



CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA 32 – ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO



1ª edição revista



32

DISQUE SAÚDE
136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde



Brasília – DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Cadernos de Atenção Básica, nº 32

1ª edição revista



Brasília – DF
2013

© 2012 Ministério da Saúde.

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. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <www.saude.gov.br/editora>.

Tiragem: 1ª edição revista – 2013 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6
Edifício Premium, bloco II, subsolo
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-5905 / 3315-9031
Site: www.saude.gov.br/dab
E-mail: dab@saude.gov.br

Editor geral

Héider Aurélio Pinto

Coordenação técnica geral

Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Elisabeth Susana Wartchow

Autores

Adauto Martins Soares Filho
Ana Sudária de Lemos Serra
Carmem Lucia de Simoni
Carolina Pereira Lobato
Charleni Inês Scherer
Daisy Maria Coelho de Mendonça
Daphne Rattner
Denis Ribeiro
Deurides Ribeiro Navega Cruz
Eliane Pedrozo de Moraes
Giani Silvana Schwengber Cezimbra
Gilmara Lúcia dos Santos
Gisele Ane Bortolini
Graziela Tavares
Helaine Maria Besteti Pires
Isa Paula Hamouche Abreu
Janine Schirmer
Jefferson Drezett
José Guilherme Cecatti
José Júlio Tedesco
Joseane Prestes de Souza
Karla Lisboa Ramos
Luciana Ferreira Bordinoski
Luciane Franco
Marcela Dohms
Marcia Cavalcante Vinhas Lucas
Marcos Antonio Trajano
Maria Auxiliadora da Silva Benevides

Maria Esther de Albuquerque Vilela
Maria Sílvia Velutini Setúbal
Mary Angela Parpinelli
Mercegarilda Costa
Mônica Lopez Vázquez
Monique Nancy Sessler
Olavo de Moura Fontoura
Regina Sarmento
Ricardo H. Fescina
Rivaldo Mendes de Albuquerque
Roseli Rossi Stoicov
Rui Rafael Durlacher
Sara Araújo da Silva
Sílvia Maria Franco Freire
Susana Martha Penzo de Fescina
Suzanne Serruya
Soraia Schmidt
Thaiani Farias Vinadé
Thereza de Lamare Franco Netto
Verônica Batista Gonçalves dos Reis

Coordenação editorial

Antônio Sérgio de Freitas Ferreira
Marco Aurélio Santana da Silva

Revisão técnica geral

Bárbara Cristine Barreiros
Patrícia Sampaio Chueri

Normalização

Marjorie Fernandes Gonçalves – MS

Editora responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Revisão: Paulo Henrique de Castro e Faria
Diagramação: Kátia Barbosa de Oliveira
Normalização: Delano de Aquino Silva

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

ISBN 978-85-334-1936-0

1. Atenção Básica. 2. Atenção à Saúde. Título. II. Série.

CDU 616-083.98

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0494

Títulos para indexação

Em inglês: *Attention to the prenatal of low risk*

Em espanhol: *Atención al prenatal de bajo riesgo*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de pré-natal	55
Figura 2 – Manobras de palpação.....	93
Figura 3 – Manobras de palpação da situação fetal.....	94
Figura 4 – Tipos de apresentação fetal	94
Figura 5 – Medida da altura uterina.....	96
Figura 6 – Técnica de ausculta dos BCF – Pinard.....	99
Figura 7 – Técnica de palpação de edema maleolar.....	103
Figura 8 – Técnica de palpação de edema lombar.....	104
Figura 9 – Rastreamento e conduta na anemia gestacional	174
Figura 10 – Investigação do diabetes gestacional	177
Figura 11 – Fluxograma de gestante com RH negativo	186
Figura 12 – Úlceras genitais	206
Figura 13 – Corrimento vaginal	209
Figura 14 – Situação da malária no Brasil.....	227

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna ajustada: Brasil, 1990/2007	19
Gráfico 2 – Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas: Brasil, 1990, 2000 e 2007	20
Gráfico 3 – Razão de mortalidade materna por causas específicas de morte materna: Brasil, 1990, 2000 e 2007	20
Gráfico 4 – Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante	78
Gráfico 5 – Altura uterina vs. semanas de gestação	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Porções diárias do grupo de cereais, tubérculos e raízes.....	82
Quadro 2 – Porção diária do grupo de verduras e legumes	83
Quadro 3 – Porção diária do grupo de frutas	83
Quadro 4 – Porção diária do grupo de feijões	84
Quadro 5 – Porção diária de leites, queijos e iogurtes	84
Quadro 6 – Porção diária de carnes, peixes e ovos	85
Quadro 7 – Porção diária de óleos e gorduras.....	85
Quadro 8 – Porção diária de açúcares e doces.....	86
Quadro 9 – Avaliação da pressão arterial em gestantes.....	91
Quadro 10 – Avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF)	100
Quadro 11 – Avaliação da presença de edema	104
Quadro 12 – Roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de baixo risco.....	109
Quadro 13 – Condutas diante dos resultados dos exames complementares de rotina ...	111
Quadro 14 – Vacinação de rotina para gestantes.....	119
Quadro 15 – Vantagens e desvantagens do parto normal ou cesáreo	150
Quadro 16 – Causas de crescimento intrauterino restrito.....	171
Quadro 17 – Fatores de risco para diabetes mellitus.....	178
Quadro 18 – Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia	180
Quadro 19 – Utilização de anti-hipertensivos pela lactante (uso no período neonatal)..	184
Quadro 20 – Formas de exposição materna ao sangue fetal	185
Quadro 21 – Escolha de antibiótico para o tratamento de infecções urinárias na gravidez.	192
Quadro 22 – Classificação da sífilis.....	201
Quadro 23 – Abordagem sindrômica das DST.....	205
Quadro 24 – Critérios de risco para infecção cervical	206
Quadro 25 – Tratamento de clamídia e gonorreia.....	207
Quadro 26 – Tratamento de vaginose bacteriana	207
Quadro 27 – Resultados de IgC e IgM, conduta e seguimento.....	213
Quadro 28 – Principais fármacos utilizados no tratamento da TB e sua segurança no uso durante a gestação	221

Quadro 29 – Esquemas terapêuticos utilizados para tratamento da hanseníase.....	223
Quadro 30 – Malária complicada	229
Quadro 31 – Terapêutica para diferentes formas de malária.....	230
Quadro 32 – Medicamentos indicados na terapêutica das helmintíases e protozooses na gestação	233
Quadro 33 – Profilaxia das DST para mulheres em situação de violência sexual	241
Quadro 34 – Abordagem sorológica e profilaxia da hepatite B para gestantes vítimas de violência sexual	242
Quadro 35 – Imunoprofilaxia da hepatite B para gestantes em situação de violência sexual	242
Quadro 36 – Profilaxia para HIV em mulheres adultas, adolescentes e gestantes.....	243
Quadro 37 – Boletim de Apgar.....	253
Quadro 38 – Diferencial sinóptico dos sofrimentos mentais puerperais	267

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal por semana gestacional	75
Tabela 2 – Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial.....	77
Tabela 3 – Diagnóstico nutricional a ser realizado a cada consulta.....	79
Tabela 4 – Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas	97
Tabela 5 – Consultas subsequentes, avaliação do traçado	98
Tabela 6 – Formulário para registro diário de movimentos fetais (RDMF)	102
Tabela 7 – Esquema de vacinação de dT.....	117
Tabela 8 – Esquema básico para tratamento de adultos e adolescentes	220

Sumário

Apresentação	13
1 Introdução	17
PARTE 1. O PRÉ-NATAL.....	23
2 Avaliação Pré-Concepcional	25
3 A importância da assistência ao pré-natal	31
4 Organização dos serviços, planejamento e programação.....	35
4.1 Acolhimento	39
4.2 Condições básicas para a assistência pré-natal	40
4.3 O papel da equipe de atenção básica no pré-natal	45
4.3.1 Recomendação.....	45
4.3.2 Atribuições dos profissionais	46
4.3.3 Consulta de enfermagem/enfermeira(o) na atenção à gestante	49
5 Atenção pré-natal	51
5.1 Diagnóstico na gravidez.....	53
5.2 Classificação de risco gestacional	56
5.2.1 Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica.....	57
5.2.2 Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco	58
5.2.3 Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica	60
5.3 Calendário de consultas	62
5.4 Roteiro da primeira consulta	62
5.4.1 Anamnese	62
5.4.2 História clínica	63
5.4.3 Exame físico	67
5.4.4 Exames complementares.....	68
5.4.5 Condutas gerais	69
5.4.6 Roteiro das consultas subsequentes	70
5.5 Cálculo da idade gestacional	71
5.6 Cálculo da data provável do parto	72
5.7 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional.....	73
5.7.1 Procedimentos para a medida de peso.....	73
5.7.2 Procedimentos para a medida da altura.....	73
5.7.3 Cálculo do índice de massa corpórea ou corporal (IMC) por meio da fórmula	74
5.7.4 Procedimentos para o diagnóstico nutricional.....	74
5.7.5 Orientação alimentar para a gestante	80
5.8 Controle da pressão arterial (PA).....	88
5.9 Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU).....	92

5.9.1 Medida da altura uterina (AU)	95
5.9.2 Ausculta dos batimentos cardíofetais	98
5.9.3 Registro dos movimentos fetais.....	100
5.9.4 Teste do estímulo sonoro simplificado (Tess)	102
5.9.5 Verificação da presença de edema.....	103
5.9.6 Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncológica.....	105
5.9.7 Exame clínico das mamas.....	106
5.9.8 O preparo das mamas para a amamentação	107
5.9.9 Exames complementares de rotina e condutas	109
5.9.10 Condutas diante dos resultados dos exames complementares de rotina.....	111
5.9.11 Prescrição de suplementos alimentares	115
5.9.12 Vacinação na gestação	116
5.10 Aspectos psicoafetivos da gestação e do puerpério.....	120
5.10.1 Aspectos fundamentais da atenção integral no pré-natal e no puerpério	121
5.10.2 Aspectos emocionais da gestação	122
5.11 Queixas mais comuns na gestação	127
5.11.1 Náuseas, vômitos e tonturas	127
5.11.2 Pirose (azia).....	128
5.11.3 Sialorreia (salivação excessiva).....	128
5.11.4 Fraquezas e desmaios.....	128
5.11.5 Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal	128
5.11.6 Hemorroidas	129
5.11.7 Corrimento vaginal.....	129
5.11.8 Queixas urinárias	129
5.11.9 Falta de ar e dificuldades para respirar.....	130
5.11.10 Mastalgia (dor nas mamas)	130
5.11.11 Lombalgia (dor lombar)	130
5.11.12 Cefaleia (dor de cabeça).....	131
5.11.13 Sangramento nas gengivas	131
5.11.14 Varizes	131
5.11.15 Câimbras.....	131
5.11.16 Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto).....	132
5.11.17 Estrias	132
5.12 Situações especiais na gestação.....	132
5.12.1 Gestação múltipla.....	132
5.12.2 Gravidez na adolescência.....	135
5.13 Mudanças de hábitos de vida e medidas preventivas.....	140
5.13.1 Práticas de atividade física	140
5.13.2 Viagens durante a gravidez	140
5.13.3 Atividade sexual na gravidez.....	140
5.13.4 Trabalhando durante a gestação.....	141
5.14 As práticas integrativas e complementares	141
5.15 A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) na saúde materno-infantil.....	142
5.16 Abordagens da saúde bucal na gestação.....	143
5.17 Orientações e ações educativas	146

5.17.1 Aspectos que devem ser abordados nas ações educativas.....	146
5.18 Parto normal vs. cesariana	148
5.18.1 Indicações obstétricas de parto cesáreo.....	149
5.18.2 Desvantagens e riscos da cesariana	149
5.19 O parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais	151
5.19.1 A parteira tradicional.....	152

PARTE 2. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS MAIS FREQUENTES 155

6 Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes..... 157

6.1 Hiperêmese gravídica.....	159
6.2 Síndromes hemorrágicas.....	159
6.2.1 Abortamento	160
6.2.2 Gravidez ectópica	162
6.2.3 Doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme)	162
6.2.4 Patologias do trato genital inferior	163
6.2.5 Descolamento cório-amniótico.....	163
6.2.6 Descolamento prematuro de placenta (DPP).....	163
6.2.7 Placenta prévia (inserção baixa de placenta).....	164
6.3 Patologias do líquido amniótico.....	165
6.3.1 Oligodrâmnio.....	165
6.3.2 Polidrâmnio.....	166
6.3.3 Rotura prematura das membranas ovulares (amniorrexe prematura)	167
6.3.4 Trabalho de parto prematuro (TPP)	169
6.3.5 Gestação prolongada	170
6.3.6 Crescimento intrauterino restrito (Ciur).....	170
6.3.7 Varizes e tromboembolismo	172
6.3.8 Anemia	173
6.3.9 Doença falciforme	174
6.3.10 Diabetes gestacional	175
6.3.11 Síndromes hipertensivas na gestação.....	179
6.3.12 Doença hemolítica perinatal.....	185
6.3.13 Doenças respiratórias	187
6.3.14 Alterações fisiológicas pulmonares na gravidez.....	187
6.3.15 Asma brônquica.....	187
6.3.16 Infecção do trato urinário na gestação	190
6.3.17 Bacteriúria assintomática	191
6.3.18 Cistite aguda	191
6.3.19 Pielonefrite	192
6.3.20 Estreptococo do grupo B.....	193
6.3.21 Hepatite B	194
6.3.22 HIV	195
6.3.23 Sífilis	200
6.3.24 Demais doenças sexualmente transmissíveis na gravidez.....	204
6.3.25 Seguimento das infecções sexualmente transmissíveis após a gestação	210
6.3.25 Toxoplasmose.....	211

6.3.26 Tuberculose na gravidez	217
6.3.27 Hanseníase na gravidez.....	222
6.3.28 Malária na gravidez.....	225
6.3.29 Parasitoses intestinais.....	232
6.3.30 Epilepsia	233
6.3.31 Uso de álcool e outras drogas na gestação.....	236
6.3.32 Violência contra a mulher durante a gestação.....	239
PARTE 3. ASSISTÊNCIA AO PARTO IMINENTE	245
7 Assistência ao parto iminente	247
8 Assistência ao recém-nascido	251
PARTE 4. O PÓS-PARTO	255
9 O pós-parto.....	257
9.1 Atenção no puerpério	259
9.1.1 Ações relacionadas à puérpera.....	260
9.1.2 Ações relacionadas ao recém-nascido.....	262
9.1.3 Consulta puerperal (até 42 dias).....	264
9.1.4 Depressão puerperal	271
9.1.5 <i>Blues</i> pós-parto	271
9.1.6 Uso de método anticoncepcional durante o aleitamento	276
9.1.7 Dificuldades com o aleitamento no período puerperal.....	277
PARTE 5. ASPECTOS LEGAIS E DIREITOS NA GESTAÇÃO	281
10 Aspectos legais e direitos na gestação	283
10.1 Atenção à saúde	285
10.2 Direitos sociais	285
10.3 Estabilidade da gestante no emprego	286
10.4 Licença-maternidade	286
10.5 Funções exercidas pela gestante	287
10.6 Licença médica.....	287
10.7 Aborto.....	287
10.8 Amamentação.....	287
10.9 Atestados	288
10.10 Outros direitos reprodutivos.....	288
10.11 Direitos do pai	289
Referências.....	291
Anexos.....	305
Anexo A – Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia.....	307
Anexo B – Doenças sexualmente transmissíveis	309
Anexo C – Cartão da Gestante	312
Anexo D – Ficha Perinatal	314
Anexo E – Colaboradores.....	316

Apresentação

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Embora tenhamos observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais.

No contexto atual, frente aos desafios citados, o Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, institui a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê).

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional. O início de sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional. Desta forma, a Rede Cegonha conta com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Os princípios da Rede Cegonha são:

- humanização do parto e do nascimento, com ampliação das boas práticas baseadas em evidência;
- organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS);
- acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção;
- vinculação da gestante à maternidade;
- gestante não peregrina;
- realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno.

Este caderno está inserido no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipes de atenção básica (EAB) na qualificação do cuidado e na articulação em rede. Constitui-se em uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores, pode contribuir para a contínua melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (AB).

Para tanto, este Caderno de Atenção Básica (CAB) Pré-Natal aborda desde a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde e aspectos do planejamento, além de questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências, promoção da saúde, gestação em situações especiais, assistência ao parto, até as questões legais relacionadas à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério.

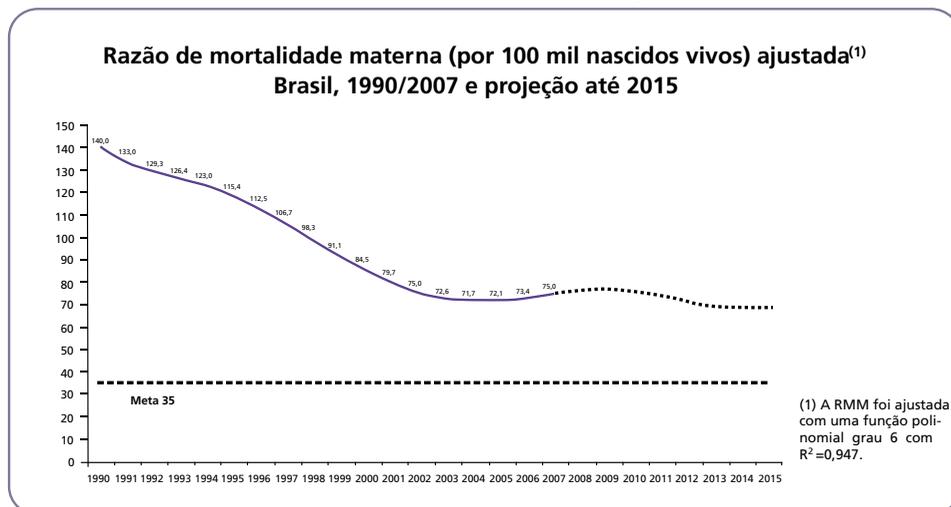
Boa leitura.

Introdução

1

O Brasil tem registrado redução na mortalidade materna desde 1990. Naquele ano, a razão de mortalidade materna (RMM) corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade. A melhoria na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série (gráfico 1).

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna ajustada: Brasil, 1990/2007



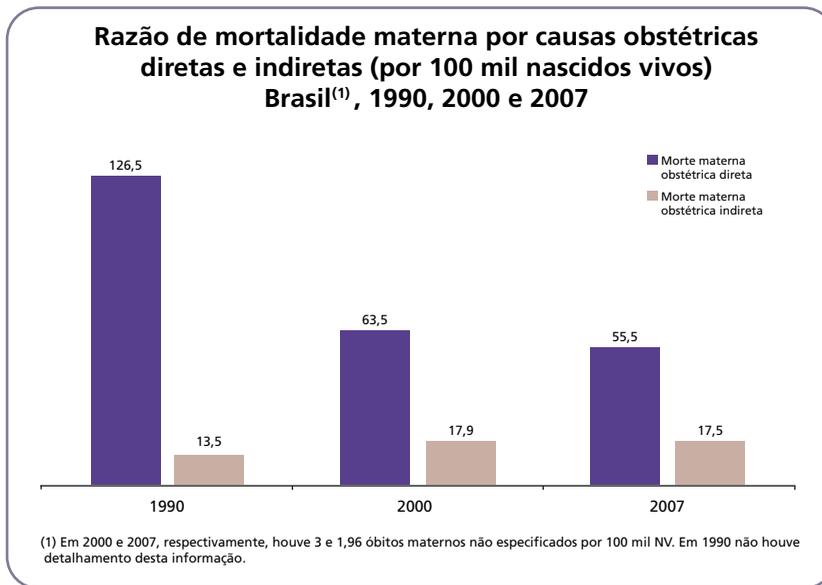
Fonte: DASIS/SVS/MS.

Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deverá apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990. A queda da morte materna se deve fundamentalmente à redução da mortalidade por causas obstétricas diretas.

As mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios.

A mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56% desde 1990 até 2007, enquanto aquela por causas indiretas aumentou 33%, de 1990 a 2000, e se manteve estável de 2000 a 2007. O aumento verificado entre 1990 e 2000 foi um reflexo da melhoria nas investigações de óbitos suspeitos de decorrência de causas indiretas. Em 1990, a mortalidade por causas diretas era 9,4 vezes superior à mortalidade por causas indiretas. Esta relação reduziu-se para 3,5 vezes em 2000 e 3,2 vezes em 2007 (gráfico 2).

Gráfico 2 – Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas: Brasil, 1990, 2000 e 2007

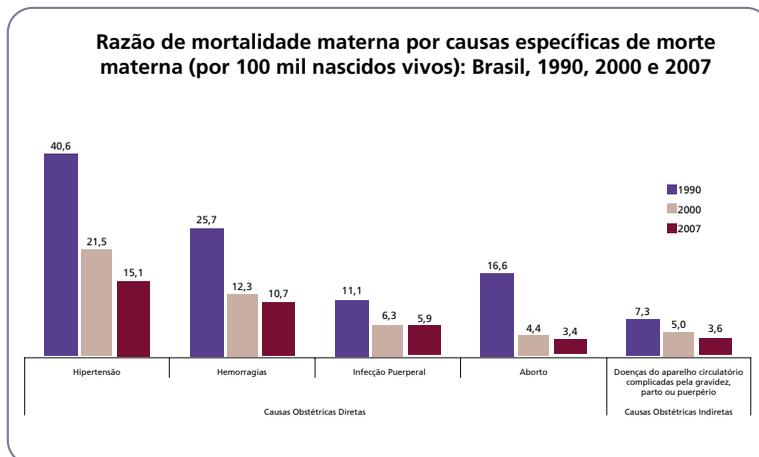


Fonte: DASIS/SVS/MS .

No período de 1990 a 2007, houve redução em todas as principais causas de morte materna. Os óbitos maternos por hipertensão foram reduzidos em 62,8%; por hemorragia, 58,4%; por infecções puerperais, 46,8%; por aborto, 79,5%; e por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, pelo parto e pelo puerpério, 50,7% (gráfico 3).

Mas ainda é preocupante a proporção de jovens que morrem por causas obstétricas. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), entre 1990 e 2007, a mortalidade materna na adolescência (de 10 a 19 anos) variou entre 13% a 16% do total de óbitos maternos (BRASIL, 2010, p. 93). A gravidez na adolescência constitui um grande desafio para os formuladores e gestores de políticas públicas do País.

Gráfico 3 – Razão de mortalidade materna por causas específicas de morte materna: Brasil, 1990, 2000 e 2007



Fonte: SIM – CGIAE/DASIS/SVS/MS .

Iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, associadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assim como os impactos da regulamentação de ações de Vigilância de Óbitos Maternos podem estar relacionados aos avanços observados na redução das mortes por causas obstétricas diretas. Contudo, as taxas por causas diretas ainda são elevadas e representam um grande desafio para o sistema de saúde. O alcance da meta proposta no âmbito deste Objetivo de Desenvolvimento do Milênio dependerá, assim, da implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a redução da mortalidade materna no Brasil.

A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação – “Vaga sempre para gestantes e bebês”, regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica (AB) com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil.

Sendo assim, este Caderno de Atenção Básica (CAB) tem por objetivo orientar o atendimento de acordo com as evidências mais atuais, objetivando a realização de uma prática humanizada, integral, em rede e custo-efetiva, garantindo um padrão de acesso e qualidade¹.

¹ No anexo A encontram-se as tabelas de níveis de evidência e os graus de recomendação e classificação do uso de drogas na gravidez que serão usados ao longo do texto.

PARTE 1

O PRÉ-NATAL

Avaliação Pré-Concepcional

2

Entende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil.

Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes.

Faz-se necessária, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez, do HIV, da sífilis e das demais DST) nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação, assim como parcerias com escolas e associações de moradores para a realização de atividades educativas.

A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, por meio da Lei nº 9.263/96, foi uma conquista importante para mulheres e homens no que diz respeito à afirmação dos direitos reprodutivos. Conforme consta na referida lei, o planejamento familiar é entendido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, de forma que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (art. 2º).

A atenção em planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil na medida em que:

- diminui o número de gestações não desejadas e de abortamentos provocados;
- diminui o número de cesáreas realizadas para fazer a ligadura tubária;
- diminui o número de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais;
- aumenta o intervalo entre as gestações, contribuindo para diminuir a frequência de bebês de baixo peso e para que eles sejam adequadamente amamentados;
- possibilita planejar a gravidez em mulheres adolescentes ou com patologias crônicas descompensadas, tais como: diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadoras do HIV, entre outras.

As atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais. A investigação dos problemas de saúde atuais e prévios e a história obstétrica são importantes para a avaliação do risco gestacional. A história clínica objetiva identificar situações de saúde que podem complicar a gravidez, como diabetes pré-gestacional, a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios da tireoide e os processos infecciosos, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis (DST). O uso de medicamentos, o hábito de fumar e o uso de álcool e drogas ilícitas precisam ser verificados, e a futura gestante deve ser orientada quanto aos efeitos adversos associados. Na história familiar, destaca-se a avaliação de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes. Na história obstétrica, é importante registrar o número de gestações anteriores e de partos pré-termo, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores, como abortamento, perdas fetais e hemorragias e malformações congênitas.

No exame geral, cabe verificar especialmente a pressão arterial (PA), o peso e a altura da mulher. É recomendada a realização do exame clínico das mamas (ECM) e do exame preventivo do câncer do colo do útero uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos, principalmente na faixa etária de risco (de 25 a 64 anos).

Podem ser instituídas ações específicas quanto aos hábitos e ao estilo de vida:

- Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado tanto da mãe como do recém-nascido, além da adoção de práticas alimentares saudáveis;
- Orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realização da substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto;
- Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais;
- Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (5mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção);
- Orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos.

Em relação à prevenção e às ações que devem ser tomadas quanto às infecções e a outras doenças crônicas, são consideradas eficazes as investigações para:

- Rubéola e hepatite B: nos casos negativos, deve-se providenciar a imunização previamente à gestação;
- Toxoplasmose: deve-se oferecer o teste no pré-natal;
- HIV/Aids: deve-se oferecer a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de teste negativo, deve-se orientar a paciente para os cuidados preventivos. Já em casos positivos, deve-se prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV. Em seguida, deve-se encaminhar a paciente para o serviço de referência especializado;
- Sífilis: nos casos positivos, deve-se tratar as mulheres e seus parceiros para evitar a evolução da doença, fazer o acompanhamento de cura e orientá-los sobre os cuidados preventivos para sífilis congênita.

Para as demais DST, nos casos positivos, deve-se instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar a paciente para a sua prevenção. Deve-se também sugerir a realização de exame de eletroforese de hemoglobina se a gestante for negra e tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou se apresentar histórico de anemia crônica.

É importante, também, a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, oferecendo a testagem para sífilis, hepatite B e HIV/Aids. A avaliação pré-concepcional tem-se mostrado altamente eficaz quando existem doenças crônicas, tais como:

- Diabetes mellitus: o controle estrito da glicemia prévio à gestação e durante esta, tanto nos casos de diabetes pré-gravídico como nos episódios de diabetes gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético, têm reduzido significativamente o risco de macrossomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. Um controle mais adequado do diabetes durante a gestação propicia comprovadamente melhores resultados maternos e perinatais;
- Hipertensão arterial crônica: a adequação de drogas, o acompanhamento nutricional e dietético e a avaliação do comprometimento cardíaco e renal são medidas importantes para se estabelecer um bom prognóstico em gestação futura;
- Epilepsia: a orientação, conjunta com neurologista, para o uso de monoterapia e de droga com menor potencial teratogênico (por exemplo, a carbamazepina) tem mostrado melhores resultados perinatais. A orientação para o uso de ácido fólico prévio à concepção tem evidenciado, da mesma forma, redução no risco de malformação fetal, porque, nesse grupo de mulheres, a terapia medicamentosa aumenta o consumo de folato;
- Infecção pela hepatite B ou C;
- Infecções pelo HIV: a orientação pré-concepcional para o casal portador do HIV pressupõe a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ (parâmetro de avaliação de imunidade), a redução da carga viral no sangue de HIV circulante para níveis indetectáveis e ausência de DST e infecções no trato genital. Esses cuidados incluem uma abordagem ativa sobre o desejo da maternidade nas consultas de rotina, o aconselhamento reprodutivo e o oferecimento de todas as estratégias que auxiliem a gravidez com menor risco de transmissão do HIV. Nas ações de prevenção da transmissão vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, deve-se incluir o uso de antirretrovirais na gestação, o uso de AZT no parto e para o recém-nascido exposto e a inibição da lactação, assim como a disponibilização da fórmula láctea, a fim de permitir circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança;
- Doença falciforme: 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 a piora da anemia e o aumento da frequência e da gravidade das crises álgicas e das infecções.

A avaliação pré-concepcional também tem sido muito eficiente em outras situações, como nos casos de anemias, carcinomas de colo uterino e de mama.

A importância da assistência ao pré-natal

3

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal (grau de recomendação B). Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (grau de recomendação B).

Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos (grau de recomendação A). Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos (grau de recomendação A). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de recomendação D). Não existe alta do pré-natal.

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas.

Organização dos serviços, planejamento e programação

4

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.

A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária.

Neste sentido, a integralidade deve ser entendida como a capacidade de:

- integrar os trabalhos disciplinares dos diversos profissionais das equipes de forma a produzir um efeito potencializador para suas ações;
- integrar a demanda espontânea e a demanda programada, considerando-se a existência e o acúmulo dos diversos programas nacionais estruturados por diferentes áreas técnicas, e respeitar a demanda imediata da população, componente essencial para a legitimação dessas equipes;
- integrar, em sua prática, ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos;
- ser um espaço de articulação social, a fim de localizar e buscar articular instituições setoriais e extrassetoriais dentro de seu território de atuação.

Mesmo antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal.

Neste contexto, as equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.

Assim, a partir da avaliação da necessidade de cada usuária e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Oncológica etc.) deve ser garantido às gestantes, conforme a organização locorregional da linha de cuidado materno-infantil. Isso se torna possível por meio da pactuação das formas de referência e contrarreferência entre a Rede de Atenção Básica e as demais redes assistenciais e a partir da garantia de acesso aos equipamentos do sistema de saúde (exames de imagem e laboratoriais, consultas e procedimentos especializados, internação hospitalar, medicamentos, vacinas etc.).

Para cada localidade, então, deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral. Por exemplo: definição do local onde serão realizados os diversos exames complementares, solicitados conforme avaliação da equipe e de acordo com os protocolos clínicos locais; qual será o hospital de referência para a realização do parto das gestantes dessa localidade e para o encaminhamento das urgências/emergências obstétricas e intercorrências clínicas/obstétricas; onde será realizado o pré-natal de alto risco, entre outros detalhes.

Em situações de urgência/emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) pode ser solicitado e deve atender às necessidades das gestantes e dos recém-natos de nossa população, oferecendo a melhor resposta de pedido de auxílio, por meio de centrais de regulação médica. O médico regulador poderá dar um conselho, uma orientação ou até deslocar uma equipe com médico e enfermeiro e todos os equipamentos de uma UTI, inclusive equipamentos para atendimento ao neonato, a depender da necessidade de cada caso.

Estados e municípios, portanto, necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência, garantindo-se os seguintes elementos:

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica

- 1º PASSO:** Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
- 2º PASSO:** Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3º PASSO:** Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
- 4º PASSO:** Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
- 5º PASSO:** Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
- 6º PASSO:** É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
- 7º PASSO:** Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
- 8º PASSO:** Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
- 9º PASSO:** Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
- 10º PASSO:** As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

4.1 Acolhimento

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados.

O profissional deve permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e, quando necessário, possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde.

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente. A história de vida e o contexto de gestação trazidos pela mulher durante a gravidez devem ser acolhidos integralmente a partir do seu relato e da fala de seu parceiro. Tal contexto implica mudanças nas relações estabelecidas entre a mulher e a família, o pai e a criança. Além disso, gera mudanças na relação da gestante consigo mesma, no modo como ela entende seu autocuidado, bem como modificações em como ela percebe as mudanças corporais, o que interfere muitas vezes no processo de amamentação.

É cada vez mais frequente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto, como parte do planejamento familiar. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, pois constituem momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais.

É importante acolher o(a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. O(a) acompanhante pode ser alguém da família, amigo(a) ou a doula, conforme preconiza a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

O benefício da presença do(a) acompanhante já foi comprovado. Vários estudos científicos nacionais e internacionais evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. Também houve redução do uso de medicações para alívio da dor, da duração do trabalho de parto e do número de cesáreas. Alguns estudos sugerem, inclusive, a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto.

Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas que são tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou a necessidade de esclarecimentos.

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto.

Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, de forma que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o seu conhecimento sobre si mesma, contribuindo para que tanto o parto quanto o nascimento sejam tranquilos e saudáveis.

Escutar uma gestante é algo mobilizador. A presença da grávida remete as pessoas à condição de poder ou não gerar um filho, seja para um homem, seja para uma mulher. Suscita solidariedade, apreensão. Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito dispõe-se a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida, o que, por isso, exige grande esforço para ele compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os(as) usuários(as), mediante atitudes profissionais humanizadoras, que compreendem iniciativas tais como as de: (i) se apresentar; (ii) chamar os(as) usuários(as) pelo nome; (iii) prestar informações sobre condutas e procedimentos que devam ser realizados; (iv) escutar e valorizar o que é dito pelas pessoas; (v) garantir a privacidade e a confidencialidade das informações; e (vi) incentivar a presença do(a) acompanhante, entre outras iniciativas semelhantes. De igual forma, o acolhimento também se mostra: (i) na reorganização do processo de trabalho; (ii) na relação dos trabalhadores com os modos de cuidar; (iii) na postura profissional; e (iv) no vínculo com a mulher gestante e sua família, o que facilita, assim, o acesso dela aos serviços de saúde.

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário(a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Portanto, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde.

4.2 Condições básicas para a assistência pré-natal

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso.

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal.

Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir:

- Discussão permanente com a população da área (em especial com as mulheres) sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias;
- Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas. Deve-se garantir a possibilidade de que as mulheres realizem o teste de gravidez na unidade de saúde sempre que necessário. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção;
- Acolhimento imediato e garantia de atendimento a todos os recém-natos e à totalidade das gestantes e puérperas que procurarem a unidade de saúde;
- Realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, por intermédio do preenchimento da ficha de cadastramento do SisPreNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados, fornecendo e preenchendo o Cartão da Gestante;
- Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;
- Acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), acompanhando-as tanto nas unidades de saúde quanto em seus domicílios, bem como em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico, a fim de evitar sofrimento fetal por pós-datismo. Toda gestante com 41 semanas deve ser encaminhada para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal;
- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea;
- Realização de anamnese, exame físico e exames complementares indicados;
- Imunização antitetânica e para hepatite B;
- Oferta de medicamentos necessários (inclusive sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico, com uso recomendado desde o período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação);
- Diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama;
- Avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação;
- Atenção à adolescente conforme suas especificidades;
- Realização de práticas educativas, abordando principalmente: (a) o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; (b) a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; (c) os cuidados com o recém-nascido; (d) a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do

planejamento familiar; (e) os direitos da gestante e do pai; (f) os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; e (g) o uso de medicações na gestação. Tais práticas podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, por meio de grupos de gestantes, sala de espera, intervenções comunitárias etc.;

- Identificação do risco de abandono da amamentação e encaminhamento da gestante aos grupos de apoio ao aleitamento materno e/ou ao banco de leite humano (BLH) de referência;
- Oferta de atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência, seja esta de qualquer tipo (doméstica, física, sexual, psicológica etc.), seja àquela em risco de depressão pós-parto, referenciando-a para equipes especializadas e/ou encaminhamento para serviços específicos, conforme fluxograma local;
- Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto, com o objetivo de monitorar a mulher e a criança, orientar cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários;
- Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto;
- Sistema eficiente de referência e contrarreferência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal (em todos os níveis do sistema de saúde) para todas as gestantes, conforme a exigência de cada caso. Toda gestante encaminhada para um diferente serviço de saúde deverá levar consigo o Cartão da Gestante, bem como informações sobre o motivo do encaminhamento e os dados clínicos de interesse. Da mesma forma, deve-se assegurar o retorno da gestante à unidade básica de origem, que está de posse de todas as informações necessárias para o seu seguimento;
- Vinculação das unidades básicas de saúde (UBS) aos hospitais, às maternidades, às casas de parto, às residências de parto domiciliar (feito por parteira) de referência e aos serviços diagnósticos, conforme definição do gestor local, além do registro do nome do hospital ou da maternidade ou da casa de parto ou das residências de parto domiciliar no Cartão da Gestante. Deve-se informar à gestante a possibilidade de realizar uma visita ao serviço de saúde onde provavelmente se realizará o parto e, caso seja de seu interesse, agendar a visita por volta do sexto mês de gestação. Toda gestante deve ser orientada a procurar o referido serviço quando apresentar intercorrências clínicas/obstétricas ou quando estiver em trabalho de parto;
- Vinculação à central de regulação obstétrica e neonatal, quando existente, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado (Samu), mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
- Atendimento às intercorrências obstétricas e neonatais, assim como controle de doenças crônicas e profilaxia de doenças infecciosas;
- Registro das informações em prontuário, no Cartão da Gestante e no SisPreNatal, inclusive com preenchimento da Ficha Perinatal, abordando a história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências/emergências que requeiram avaliação hospitalar;
- Atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto e na consulta puerperal (até o 42º dia após o parto).

Para que tais práticas sejam desenvolvidas, faz-se necessário haver:

- Recursos humanos que possam acompanhar a gestante no seu contexto familiar e social e segundo os princípios técnicos e filosóficos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Área física adequada para o atendimento da gestante e dos familiares nos serviços de saúde com condições adequadas de higiene e ventilação. A privacidade é um fator essencial nas consultas e nos exames clínicos e/ou ginecológicos;
- Equipamento e instrumental mínimo, devendo ser garantida a existência de: (a) mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada; (b) mesa de exame ginecológico; (c) escada de dois degraus; (d) foco de luz; (e) balança para adultos (peso/altura) com capacidade para até 300kg; (f) esfigmomanômetro; (g) estetoscópio clínico; (h) estetoscópio de Pinard; (i) fita métrica flexível e inelástica; (j) espéculos; (k) pinças de Cheron; (l) material para realização do exame colpocitológico; (m) sonar *doppler* (se possível); e (n) gestograma ou disco obstétrico;
- Medicamentos básicos e vacinas (contra tétano e hepatite B);
- Realização de testes rápidos na unidade básica de saúde, assim como apoio laboratorial, garantindo a realização dos seguintes exames de rotina:
 - i) teste rápido de gravidez;
 - ii) teste rápido de triagem para sífilis e sorologia para sífilis (VDRL/RPR);
 - iii) teste rápido diagnóstico para HIV e sorologia para HIV I e II;
 - iv) proteinúria (teste rápido);
 - v) dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht);
 - vi) grupo sanguíneo e fator Rh;
 - vii) teste de Coombs;
 - viii) glicemia em jejum;
 - ix) teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose em 2 (duas) horas (dextrosol);
 - x) exame sumário de urina (tipo I);
 - xi) urocultura com antibiograma;
 - xii) exame parasitológico de fezes;
 - xiii) colpocitologia oncótica;
 - xiv) bacterioscopia do conteúdo vaginal;
 - xv) eletroforese de hemoglobina.
- Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, para permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, mediante a coleta e a análise dos dados obtidos em cada encontro, seja na unidade ou no domicílio.

O fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contrarreferência, deve ser garantido. Para tanto, devem ser utilizados e realizados os seguintes instrumentos e procedimentos:

- Cartão da Gestante (veja o anexo C): instrumento de registro. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, sendo importante para a referência e a contrarreferência. Deverá ficar, sempre, com a gestante;
- Mapa de Registro Diário (veja o anexo D): instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal. Deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta prestada;
- Ficha Perinatal (veja o anexo E): instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério;
- Avaliação permanente da assistência pré-natal: procedimento com foco na identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como no desempenho do serviço. Deve subsidiar, quando necessário, a mudança da estratégia de ação e da organização dos serviços com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência. A avaliação será feita segundo os indicadores construídos a partir dos dados registrados na ficha perinatal, no Cartão da Gestante, nos Mapas de Registro Diário da unidade de saúde, nos relatórios obtidos por intermédio do SisPreNatal e no processo de referência e contrarreferência.

A avaliação deve utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º e 3º);
- Porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo (número de gestantes na área ou número previsto);
- Porcentagem de abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas;
- Porcentagem de óbitos de mulheres por causas associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério em relação ao total de gestantes atendidas;
- Porcentagem de óbitos por causas perinatais em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de crianças com tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de recém-nascidos vivos de baixo peso (com menos de 2.500g) em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos em relação ao total de exames realizados;
- Porcentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após o encaminhamento.

O novo sistema SisPreNatal *web* tem a finalidade de cadastrar as gestantes por intermédio do acesso à base do Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CAD-SUS), disponibilizando informações em tempo real na plataforma *web*, o que torna possível a avaliação dos indicadores pela Rede Cegonha e o cadastramento das gestantes para vinculação ao pagamento de auxílio-deslocamento, conforme dispõe a Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011.

Além disso, o preenchimento da Ficha de Cadastro da Gestante no sistema e da Ficha de Registro dos Atendimentos da Gestante no SisPreNatal possibilita : (i) a vinculação da gestante ao local do

parto; (ii) o acesso ao pré-natal para os casos de alto risco; (iii) o acompanhamento odontológico; (iv) o monitoramento da solicitação e dos resultados dos exames em tempo oportuno; (v) o monitoramento da efetividade do vínculo ao local do parto; (vi) o monitoramento da efetividade da presença do(a) acompanhante; e (vii) o cadastro das informações do RN como escala ou índice de Apgar, além das informações sobre aleitamento, possível anomalia ou malformação congênita.

4.3 O papel da equipe de atenção básica no pré-natal

É importante ressaltar que as atribuições dos profissionais são de grande valia em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos.

Não podemos esquecer a participação dos profissionais nas atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais.

Alguns estudos apresentaram comparações entre desfechos no acompanhamento do pré-natal de médicos generalistas e gineco-obstetras. Uma revisão sistemática desenvolvida pelo grupo Cochrane Database (VILLAR; KHAN-NEELOFUR, 2003) estudou o acompanhamento de 3.041 gestantes e nenhuma diferença estatística foi encontrada nos desfechos de trabalho de parto prematuro, cesarianas, casos de anemia, infecções do trato urinário, hemorragia no terceiro trimestre e mortalidade neonatal. Contudo, ao se comparar o grupo acompanhado por médicos generalistas e parteiras, constatou-se que houve uma redução significativa de DHEG (doença hipertensiva específica na gestação) para o primeiro grupo. Não houve diferença de satisfação dos usuários nos diferentes grupos.

Sendo assim, nesta metanálise comprovou-se que não houve aumento nos desfechos adversos perinatais naquelas pacientes acompanhadas por médicos generalistas ou parteiras (associadas a médicos generalistas) quando comparados com gineco-obstetras em pré-natal de baixo risco.

4.3.1 Recomendação

O modelo de acompanhamento de pré-natal de baixo risco por médicos generalistas deve ser oferecido para as gestantes. O acompanhamento periódico e rotineiro por obstetras durante o pré-natal não traz melhoria aos desfechos perinatais em comparação com o encaminhamento destas pacientes em casos de complicações durante o acompanhamento (grau de recomendação A – nível de evidência I).

4.3.2 Atribuições dos profissionais

46

4.3.2.1 Agente comunitário de saúde:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

4.3.2.2 Auxiliar/técnico(a) de enfermagem:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SisPreNatal;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite B;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);

- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

4.3.2.3 Enfermeiro(a):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

4.3.2.4 Médico(a):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;

- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a);
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar testes rápidos;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

4.3.2.5 Cirurgião-dentista:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;

- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

4.3.3 Consulta de enfermagem/enfermeira(o) na atenção à gestante

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo.

Os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio. Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, os referidos profissionais devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência.

50

Prestar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez – período quando ocorrem mudanças físicas e emocionais, época que cada gestante vivencia de forma diferente – é uma das atribuições da enfermagem nas equipes de AB. Outras atribuições são também a solicitação de exames complementares, a realização de testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública (como o pré-natal) e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

As atividades da(o) parteira(o) são exercidas sob supervisão de enfermeiro obstetra quando realizadas em instituições de saúde e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Atenção pré-natal

5

5.1 Diagnóstico na gravidez

Para ampliar a captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Rede Cegonha, incluiu o *Teste Rápido de Gravidez* nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria UBS, o que acelera o processo necessário para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal.

Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o *Teste Imunológico de Gravidez* (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. Este teste é considerado o método mais sensível e confiável, embora seja também um teste caro [grau de recomendação D]. Alguns testes urinários têm baixa taxa de resultados falsos positivos, mas elevada taxa de resultados falsos negativos, o que pode atrasar o início do pré-natal.

A dosagem de gonadotrofina coriônica humana (β HCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, com a utilização de medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou este teste mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. O β HCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção. Os níveis plasmáticos aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez. A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30mUI/ml. Resultados falsos positivos ocorrem na faixa entre 2 a 25mUI/ml. Do ponto de vista prático, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos.

Considerando-se que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, pode-se oferecer à gestante, quando possível, o exame ultrassonográfico, que, além de melhor determinar a idade gestacional, auxilia na detecção precoce de gestações múltiplas (inclusive, evidencia o tipo de placentação nestes casos) e de malformações fetais clinicamente não suspeitas. Idealmente, o exame deve ser realizado entre 10 e 13 semanas, utilizando-se o comprimento cabeça-nádega para determinar a idade gestacional. A partir da 15ª semana, a estimativa de idade gestacional será feita pela medida do diâmetro biparietal. Todavia, os possíveis benefícios da ultrassonografia de rotina durante a gestação sobre outros resultados permanecem ainda incertos, de modo que a não realização deste exame não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal (CROWTHER et al., 1999).

Se o atraso menstrual for superior a 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG. O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes por intermédio dos sinais clínicos, dos sintomas e do exame físico em gestações mais avançadas.

As queixas principais são devidas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais [grau de recomendação D (1)].

Sinais de presunção de gravidez:

- Atraso menstrual;

- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal).

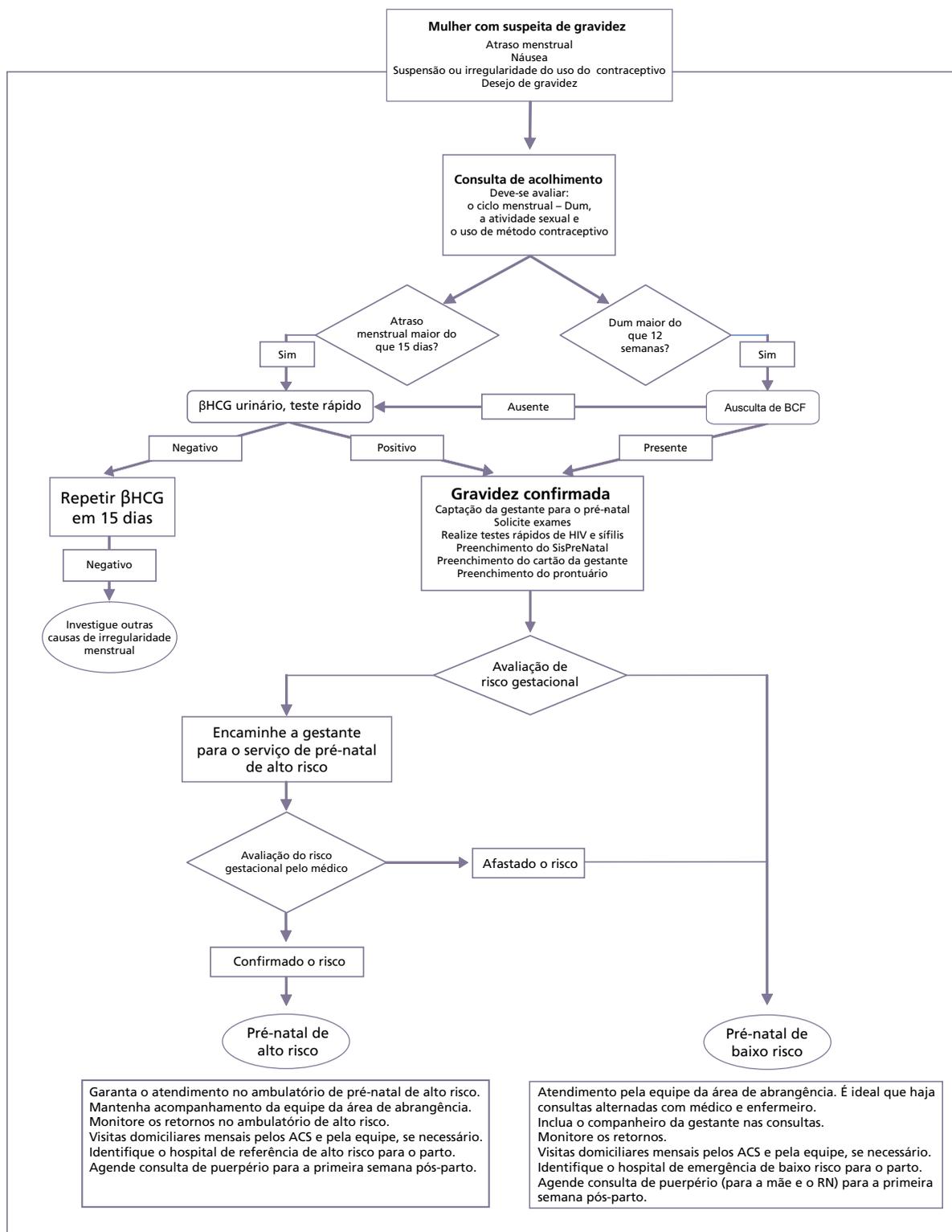
Sinais de probabilidade:

- Amolecimento da cérvix uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

Sinais de certeza:

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;
- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais.

Figura 1 – Fluxograma de pré-natal



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no SisPreNatal. Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na Ficha de Pré-Natal e no Cartão da Gestante.

A partir desse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento de pré-natal: sequência de consultas (mensalmente, se possível), visitas domiciliares e grupos educativos. Deverão ser fornecidos:

- O Cartão da Gestante, com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional da Saúde, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre este;
- O calendário de vacinas e suas orientações;
- A solicitação dos exames de rotina;
- As orientações sobre a participação nas atividades educativas (reuniões e visitas domiciliares).

É importante enfatizar que duas informações essenciais que devem constar explicitamente no Cartão da Gestante são as relacionadas ao nome do hospital de referência para o parto e as relativas às intercorrências durante a gestação. Se, no decorrer da gestação, surgir alguma situação que caracterize risco gestacional, com mudança do hospital ou da maternidade de referência, isso também deve estar escrito no cartão. Esta informação é considerada fundamental para que a mulher e seu companheiro ou familiares possam reivindicar o direito de atendimento na respectiva unidade de saúde.

5.2 Classificação de risco gestacional

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas “gestantes de alto risco”.

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento.

De maneira geral, o acolhimento, em especial à gestante, objetiva fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, conseqüentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridades, podem levar à morte, por exemplo, uma gestante com síndrome hipertensiva.

Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico

materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica.

Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco. Assim definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período.

A atenção básica deve ser entendida como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, como ordenadora do sistema de saúde brasileiro. Nas situações de emergência obstétrica, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar o suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção, para que haja a adequada continuidade do atendimento para os serviços de referência de emergências obstétricas da Rede de Atenção à Saúde.

Dessa forma, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento.

A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde.

A seguir, são apresentados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica. É importante que a equipe de atenção básica se baseie em sua experiência clínica para o encaminhamento da paciente.

5.2.1 Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica

Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;

- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor do que 1,45m;
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Macrossomia fetal;
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Ganho ponderal inadequado;
- Infecção urinária;
- Anemia.

5.2.2 Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A).

Fatores relacionados às condições prévias:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);

- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligoidrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);

Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.

- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

5.2.3 Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contrarreferência para acompanhamento pela atenção básica.

São fatores de risco:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140/90$, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria;

Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico (grau de recomendação C).

- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);

- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (Tax > = 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de lvas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrâmnio;
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica.

Óbito fetal

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. É importante também que a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contrarreferência, assim como são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

5.3 Calendário de consultas

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal.

O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos.

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

Até 28ª semana – mensalmente;

Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;

Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto.

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas.

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada.

5.4 Roteiro da primeira consulta

5.4.1 Anamnese

A seguir, são apresentados os componentes da história clínica que precisam ser abordados durante o pré-natal [grau de recomendação D].

Na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação

da gravidez atual. Os principais componentes podem ser assim listados: (i) data precisa da última menstruação; (ii) regularidade dos ciclos; (iii) uso de anticoncepcionais; (iv) paridade; (v) intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; (vi) detalhes de gestações prévias; (vii) hospitalizações anteriores; (viii) uso de medicações; (ix) história prévia de doença sexualmente transmissível; (x) exposição ambiental ou ocupacional de risco; (xi) reações alérgicas; (xii) história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; (xiii) gemelaridade anterior; (xiv) fatores socioeconômicos; (xv) atividade sexual; (xvi) uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; (xvii) história infecciosa prévia; (xviii) vacinações prévias; (xix) história de violências.

Na pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser questionada a existência de náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas [grau de recomendação D].

É importante sanar dúvidas e minimizar a ansiedade do casal. Informações sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, assim como presença de corrimentos ou outras perdas vaginais ajudam a identificar situações de risco gestacional e orientam medidas educativas que devem ser enfatizadas durante o pré-natal.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade (Ficha Clínica de Pré-Natal) quanto no Cartão da Gestante. Em cada consulta, o risco obstétrico e perinatal deve ser reavaliado. As ações da equipe devem contemplar as seguintes atividades:

- Preenchimento da ficha de cadastramento da gestante no SisPreNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados;
- Preenchimento do Cartão da Gestante e da Ficha Clínica de Pré-Natal: identificação e demais dados da anamnese e exame físico; número do Cartão Nacional de Saúde; hospital de referência para o parto;
- Verificação da situação vacinal e orientação sobre a sua atualização, se necessário;
- Solicitação dos exames de rotina;
- Realização dos testes rápidos;
- Orientação sobre as consultas subseqüentes, as visitas domiciliares e as atividades educativas.

Os fatores de risco deverão ser identificados em destaque no Cartão da Gestante, uma vez que tal procedimento contribui para alertar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal.

5.4.2 História clínica

- Identificação:
 - Nome;
 - Número do Cartão Nacional de Saúde;
 - Idade;

- Cor;
 - Naturalidade;
 - Procedência;
 - Endereço atual;
 - Unidade de referência.
- Dados socioeconômicos:
 - Grau de instrução;
 - Profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco);
 - Estado civil/união;
 - Número e idade de dependentes (deve-se avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico);
 - Renda familiar;
 - Pessoas da família com renda;
 - Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
 - Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
 - Distância da residência até a unidade de saúde.
 - Antecedentes familiares:
 - Hipertensão arterial;
 - Diabetes mellitus;
 - Malformações congênitas e anomalias genéticas;
 - Gemelaridade;
 - Câncer de mama e/ou do colo uterino;
 - Hanseníase;
 - Tuberculose e outros contatos domiciliares (deve-se anotar a doença e o grau de parentesco);
 - Doença de Chagas;
 - Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.
 - Antecedentes pessoais gerais:
 - Hipertensão arterial crônica;
 - Diabetes mellitus;
 - Cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
 - Doenças renais crônicas;

- Anemias e deficiências de nutrientes específicos;
 - Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
 - Epilepsia;
 - Doenças da tireoide e outras endocrinopatias;
 - Vírus (rubéola, hepatites);
 - Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas;
 - Portadora de infecção pelo HIV (deve-se anotar se a paciente está em uso de antirretrovirais e especificar o esquema utilizado);
 - Infecção do trato urinário;
 - Doenças neurológicas e psiquiátricas;
 - Cirurgia (tipo e data);
 - Transfusões de sangue;
 - Alergias (inclusive medicamentosas);
 - Doenças neoplásicas;
 - Vacinação;
 - Uso de medicamentos;
 - Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.
- Antecedentes ginecológicos:
 - Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade; idade da menarca);
 - Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
 - Infertilidade e esterilidade (tratamento);
 - Doenças sexualmente transmissíveis, inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
 - Cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
 - Malformações uterinas;
 - Mamas (patologias e tratamento realizado);
 - Última colpocitologia oncótica (papanicolau ou “preventivo”, data e resultado).
 - Sexualidade:
 - Início da atividade sexual (idade da primeira relação);
 - Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
 - Prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores;

- Número de parceiros da gestante e de seu parceiro em época recente ou pregressa;
- Uso de preservativos masculinos e/ou femininos (“uso correto” e “uso habitual”).
- Antecedentes obstétricos:
 - Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
 - Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações);
 - Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento);
 - Número de filhos vivos;
 - Idade na primeira gestação;
 - Intervalo entre as gestações (em meses);
 - Isoimunização Rh;
 - Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
 - Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g;
 - Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional;
 - Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
 - Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
 - Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu);
 - Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneo- transfusões;
 - Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (deve-se especificá-las);
 - Complicações nos puerpérios (deve-se descrevê-las);
 - Histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).
- Gestação atual:
 - Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);
 - Peso prévio e altura;
 - Sinais e sintomas na gestação em curso;
 - Hábitos alimentares;
 - Medicamentos utilizados na gestação;
 - Internação durante a gestação atual;
 - Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;

- Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- Identificar gestantes com fraca rede de suporte social;
- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.

5.4.3 Exame físico

São indispensáveis os seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional.

No exame físico, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal são os seguintes: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades.

No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, no toque bidigital, o útero e os anexos. Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar-doppler [grau de recomendação D].

Nas visitas subseqüentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de anemia de mucosas, a existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Deve-se avaliar o mamilo para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana [grau de recomendação D].

- Exame físico geral:
 - Inspeção da pele e das mucosas;
 - Sinais vitais: aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar;
 - Palpação da tireoide, região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
 - Ausculta cardiopulmonar;
 - Exame do abdome;
 - Exame dos membros inferiores;

- Determinação do peso;
- Determinação da altura;
- Cálculo do IMC;
- Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial;
- Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).
- Exame físico específico (gineco-obstétrico):
 - Palpação obstétrica;
 - Medida e avaliação da altura uterina;
 - Ausculta dos batimentos cardíacos;
 - Registro dos movimentos fetais;
 - Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess);
 - Exame clínico das mamas;
 - Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico, toque vaginal).

Obs.: O exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes.

5.4.4 Exames complementares

Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde efetue os procedimentos técnicos de forma correta e uniforme durante a realização dos exames complementares, assim como quando da realização dos exames clínico e obstétrico. Do contrário, ocorrerão diferenças significativas, prejudicando a interpretação dos dados e a comparação entre eles. Cabe aos profissionais de formação universitária promover a capacitação dos demais membros da equipe, a fim de garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos.

É importante ressaltar, no contexto da qualidade da atenção e da proteção biológica, a necessidade da lavagem das mãos do examinador antes e após o atendimento à gestante e, especialmente, na eventualidade da realização de procedimentos.

Devem ser solicitados na primeira consulta os seguintes exames complementares:

- Hemograma;
- Tipagem sanguínea e fator Rh;
- Coombs indireto (se for Rh negativo);

- Glicemia de jejum;
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR;
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV;
- Anti-HIV;
- Toxoplasmose IgM e IgG;
- Sorologia para hepatite B (HbsAg);
- Exame de urina e urocultura;
- Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional;
- Citopatológico de colo de útero (se necessário);
- Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica);
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica);
- Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica).

5.4.5 Condutas gerais

- Deve haver a interpretação dos dados da anamnese, o exame clínico/obstétrico e a instituição de condutas específicas;
- Deve-se orientar a gestante sobre a alimentação e o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Deve-se incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Deve-se fornecer todas as informações necessárias e respostas às indagações da mulher, de seu companheiro e da família;
- Deve-se prescrever suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia) para profilaxia da anemia;
- Deve-se orientar a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- Deve-se referenciar a gestante para atendimento odontológico;
- Deve-se encaminhar a gestante para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a paciente não estiver imunizada;
- Deve-se referenciar a gestante para serviços especializados quando o procedimento for indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica de saúde;

- Deve-se realizar ações e práticas educativas individuais e coletivas. Os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos dessa faixa etária, devendo abordar temas de interesse do grupo. Recomenda-se dividir os grupos em faixas de 10-14 anos e de 15-19 anos, para obtenção de melhores resultados;
- Deve-se agendar consultas subsequentes.

5.4.6 Roteiro das consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes, devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
- Exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal);
- Verificação do calendário de vacinação;
- Deve-se avaliar o resultado dos exames complementares;
- Devem ser feitas a revisão e a atualização do Cartão da Gestante e da Ficha de Pré-Natal.

Além disso, devemos executar as seguintes tarefas:

I. Controles maternos:

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- Pesquisa de edema;
- Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo.

II. Controles fetais:

- Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/ registro dos movimentos fetais;
- Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess), se houver indicação clínica.

III. Conduas:

- Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;
- Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia), para profilaxia da anemia;
- Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
- Faça o agendamento das consultas subsequentes.

5.5 Cálculo da idade gestacional

Os métodos para esta estimativa dependem da data da última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual referido pela mulher.

I. Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa:

É o método de escolha para se calcular a idade gestacional em mulheres com ciclos menstruais regulares e sem uso de métodos anticoncepcionais hormonais:

- Uso do calendário: some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas);
- Uso de disco (gestograma): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

II. Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceda, então, à utilização de um dos métodos descritos .

III. Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:

Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data

provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas. Pode-se utilizar a altura uterina e o toque vaginal, considerando-se os seguintes parâmetros:

- Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;
- Na 8ª semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- Na 10ª semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- Na 12ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
- Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

Quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional, solicite o mais precocemente possível a ultrassonografia obstétrica.

5.6 Cálculo da data provável do parto

Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM), mediante a utilização de calendário.

Com o disco (gestograma), coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês da última menstruação e observe a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto.

Outra forma de cálculo consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Esta forma de cálculo é chamada de Regra de Nägele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

Exemplos

Data da última menstruação (DUM): 13/09/04

Data provável do parto (DPP): 20/06/05 ($13 + 7 = 20/9 - 3 = 6$)

Data da última menstruação: 10/02/04

Data provável do parto: 17/11/04 ($10 + 7 = 17/2 + 9 = 11$)

Data da última menstruação: 27/01/04

Data provável do parto: 03/11/04 ($27 + 7 = 34/34 - 31 = 03/1 + 9 + 1 = 11$)

5.7 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional

A avaliação do estado nutricional da gestante consiste na tomada da medida do peso e da altura e o cálculo da semana gestacional, o que permite a classificação do índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional.

Com base no IMC obtido na primeira consulta de pré-natal, é possível conhecer o estado nutricional atual e acompanhar o ganho de peso até o final da gestação. Recomenda-se que a gestante seja pesada em todas as consultas. A estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta, desde que não seja gestante adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente.

5.7.1 Procedimentos para a medida de peso

Recomenda-se a utilização de balança eletrônica ou mecânica, certificando-se de que estas se encontram calibradas e em bom funcionamento, a fim de se garantir a qualidade das medidas coletadas. Tendo-se como base uma balança de adulto, tipo plataforma, cuja escala tenha intervalos de até 100 gramas, devem ser feitos os seguintes procedimentos:

- Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada;
- A gestante, descalça e vestida apenas com avental ou roupas leves, deve subir na plataforma e ficar em pé, de costas para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio;
- Mova o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança incline-se para baixo; volte-o, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima);
- Mova o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja equilíbrio entre o peso da escala e o peso da gestante (o braço da balança fica em linha reta, e o cursor aponta para o ponto médio da escala);
- Leia o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considere o menor valor. Por exemplo: se o cursor estiver entre 200g e 300g, considere 200g;
- Anote o peso encontrado no prontuário e no Cartão da Gestante.

5.7.2 Procedimentos para a medida da altura

- A gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo. Quando disponível, poderá ser utilizado o antropômetro vertical;

- Calcânhares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança;
- A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo;
- O encarregado de realizar a medida deverá baixar lentamente a haste vertical, pressionando suavemente os cabelos da gestante até que a haste encoste-se ao couro cabeludo;
- Faça a leitura da escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considere o menor valor. Anote o resultado no prontuário.

5.7.3 Cálculo do índice de massa corpórea ou corporal (IMC) por meio da fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)}}$$

5.7.4 Procedimentos para o diagnóstico nutricional

A avaliação nutricional, na primeira consulta, subsidia a previsão de ganho de peso até o fim da gestação.

1. Calcule a idade gestacional em semanas.

Obs.: Quando necessário, arredonde a semana gestacional da seguinte forma: 1, 2, 3 dias, considere o número de semanas completas; e 4, 5, 6 dias, considere a semana seguinte.

Exemplos:

Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas;

Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas.

2. Localize, na primeira coluna da tabela 1, a seguir, a semana gestacional calculada e identifique, nas colunas seguintes, em que faixa está situado o IMC da gestante.

3. Classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo o IMC, por semana gestacional, da seguinte forma:

Baixo peso: quando o valor do IMC for igual ou menor do que os valores apresentados na coluna correspondente a baixo peso;

Adequado: quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a adequado;

Sobrepeso: quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a sobrepeso;

Obesidade: quando o valor do IMC for igual ou maior do que os valores apresentados na coluna correspondente a obesidade.

Obs.: O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional.

Tabela 1 – Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso: IMC menor do que	Adequado: IMC entre	Sobrepeso: IMC entre	Obesidade: IMC maior do que
6	19,9	20,0 – 24,9	25,0 – 30,0	30,1
7	20,0	20,1 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
8	20,1	20,2 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
9	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
10	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
11	20,3	20,4 – 25,3	25,4 – 30,3	30,4
12	20,4	20,5 – 25,4	25,5 – 30,3	30,4
13	20,6	20,7 – 25,6	25,7 – 30,4	30,5
14	20,7	20,8 – 25,7	25,8 – 30,5	30,6
15	20,8	20,9 – 25,8	25,9 – 30,6	30,7
16	21,0	21,1 – 25,9	26,0 – 30,7	30,8
17	21,1	21,2 – 26,0	26,1 – 30,8	30,9
18	21,2	21,3 – 26,1	26,2 – 30,9	31,0
19	21,4	21,5 – 26,2	26,3 – 30,9	31,0
20	21,5	21,6 – 26,3	26,4 – 31,0	31,1
21	21,7	21,8 – 26,4	26,5 – 31,1	31,2
22	21,8	21,9 – 26,6	26,7 – 31,2	31,3
23	22,0	22,1 – 26,8	26,9 – 31,3	31,4
24	22,2	22,3 – 26,9	27,0 – 31,5	31,6
25	22,4	22,5 – 27,0	27,1 – 31,6	31,7
26	22,6	22,7 – 27,2	27,3 – 31,7	31,8
27	22,7	22,8 – 27,3	27,4 – 31,8	31,9
28	22,9	23,0 – 27,5	27,6 – 31,9	32,0
29	23,1	23,2 – 27,6	27,7 – 32,0	32,1
30	23,3	23,4 – 27,8	27,9 – 32,1	32,2
31	23,4	23,5 – 27,9	28,0 – 32,2	32,3
32	23,6	23,7 – 28,0	28,1 – 32,3	32,4

continua

continuação

Semana gestacional	Baixo peso: IMC menor do que	Adequado: IMC entre	Sobrepeso: IMC entre	Obesidade: IMC maior do que
33	23,8	23,9 – 28,1	28,2 – 32,4	32,5
34	23,9	24,0 – 28,3	28,4 – 32,5	32,6
35	24,1	24,2 – 28,4	28,5 – 32,6	32,7
36	24,2	24,3 – 28,5	28,6 – 32,7	32,8
37	24,4	24,5 – 28,7	28,8 – 32,8	32,9
38	24,5	24,6 – 28,8	28,9 – 32,9	33,0
39	24,7	24,8 – 28,9	29,0 – 33,0	33,1
40	24,9	25,0 – 29,1	29,2 – 33,1	33,2
41	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3
42	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3

Fonte: (ATALAH et al., 1997, p. 1429-1436).

Conduas conforme o diagnóstico nutricional realizado:

Baixo peso (BP): investigue a história alimentar, a hiperêmese gravídica, as infecções, as parasitoses, as anemias e as doenças debilitantes. Dê a orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis. Remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual. Caso necessário, é interessante discutir o caso com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Adequado (A): siga o calendário habitual. Explique à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional. Dê-lhe orientação nutricional, visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis;

Sobrepeso e obesidade (S e O): investigue a obesidade pré-gestacional, casos de edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla. Dê orientação nutricional à gestante, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso, pois é desejável mantê-lo. Remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual. Caso necessário, é interessante discutir o caso com os profissionais do Nasf.

Sabe-se que a obesidade está associada a uma frequência mais alta de distócias, diabetes e hipertensão e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, na gestante com baixo peso há um risco maior de parto prematuro.

Estimativa do ganho de peso para as gestantes durante a gestação:

Em função do estado nutricional pré-gestacional ou no início do pré-natal (tabela 1), estime o ganho de peso total até o fim da gestação (tabela 2). Para cada situação nutricional inicial (baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade) há uma faixa de ganho de peso recomendada. Para o primeiro trimestre, o ganho foi agrupado para todo o período, enquanto que, para o segundo e o terceiro trimestre, o ganho é previsto por semana. Portanto, já na primeira consulta, deve-se estimar quantos gramas a gestante deverá ganhar no primeiro trimestre, assim como o ganho por semana até o fim da gestação. Esta informação deve ser fornecida à gestante.

Tabela 2 – Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres*	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m ²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m ²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m ²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m ²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: (INSTITUTE..., 1990; WHO, 1995b).

* *Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5 – 2,0kg*

Observe que as gestantes deverão ter ganhos de peso distintos, de acordo com seu IMC inicial. Para a previsão do ganho, faz-se necessário calcular quanto a gestante já ganhou de peso e quanto ainda deve ganhar até o fim da gestação em função da avaliação clínica.

Gestantes de baixo peso deverão ganhar entre 12,5 e 18,0kg durante toda a gestação, sendo este ganho, em média, de 2,3kg no primeiro trimestre da gestação (até a 13ª semana) e de 0,5kg por semana no segundo e terceiro trimestres de gestação.

Essa variabilidade de ganho recomendado deve-se ao entendimento de que gestantes com BP acentuado (ou seja, aquelas muito distantes da faixa de normalidade) devem ganhar mais peso (até 18,0kg) do que aquelas situadas em área próxima à faixa de normalidade, cujo ganho deve situar-se em torno de 12,5kg.

Da mesma forma, gestantes com IMC adequado devem ganhar, até o fim da gestação, entre 11,5 e 16,0kg; aquelas com sobrepeso devem acumular entre 7 e 11,5kg; e as obesas devem apresentar ganho em torno de 7kg, com recomendação específica e diferente por trimestre.

A Vigilância Alimentar e Nutricional pressupõe o monitoramento contínuo do estado nutricional e do consumo alimentar da população. Neste sentido, o Ministério da Saúde adota o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), destinado a atender todas as fases da vida, como crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes².

Procedimentos para as avaliações nutricionais subsequentes e o monitoramento do ganho de peso gestacional:

Nas consultas subsequentes, a avaliação nutricional deve ser feita repetindo-se os procedimentos do item 5.7.4 (Procedimentos para o diagnóstico nutricional). Esta avaliação permite acompanhar a evolução do ganho de peso durante a gestação e examinar se este ganho está adequado em função do estado nutricional da gestante no início do pré-natal.

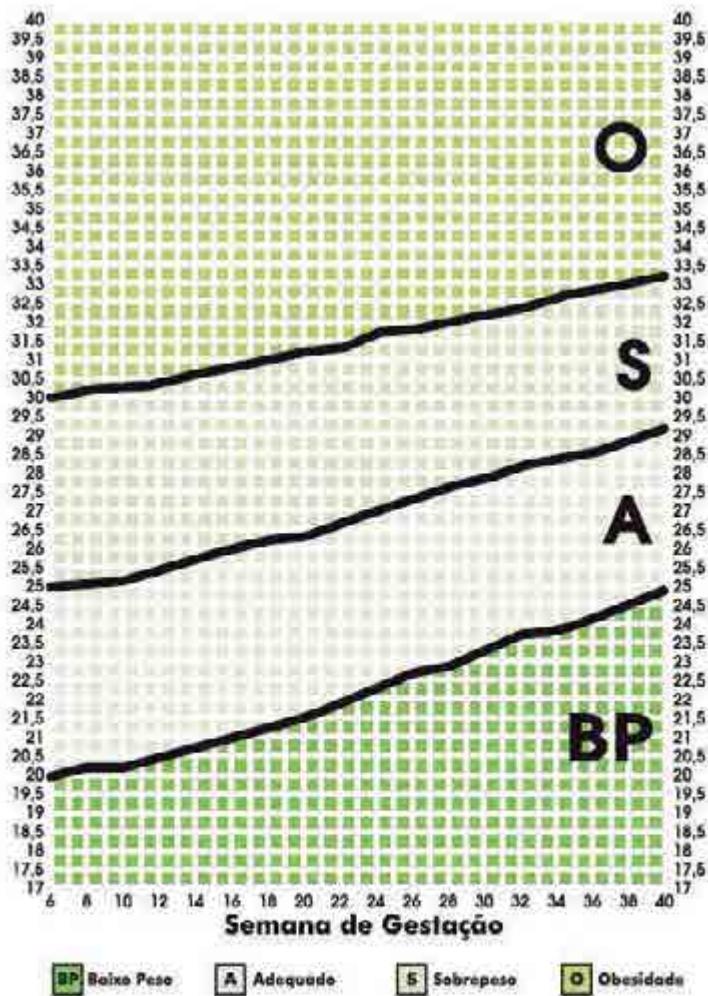
Este exame pode ser feito com base em dois instrumentos: a tabela 2, que indica qual é o ganho de peso recomendado segundo o estado nutricional da gestante no início do pré-natal; e a tabela 4, no qual se acompanha a curva do índice de massa corporal segundo a semana gestacional (ascendente, horizontal, descendente).

² Para mais informações sobre coleta e análise de dados antropométricos, consulte a publicação: BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Realize o acompanhamento do estado nutricional utilizando o gráfico de IMC por semana gestacional. O gráfico é composto por um eixo horizontal, com valores de semana gestacional, e por um eixo vertical, com valores de IMC [peso (kg)/altura² (m)]. O interior do gráfico 4 apresenta o desenho de três curvas, que delimitam as quatro faixas para classificação do EN: baixo peso (BP), adequado (A), sobrepeso (S) e obesidade (O).

Gráfico 4 – Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

Índice de Massa Corporal segundo a semana de gestação

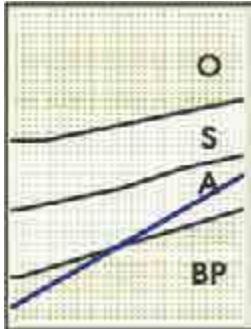
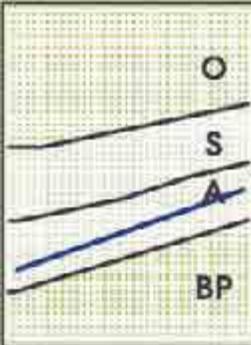
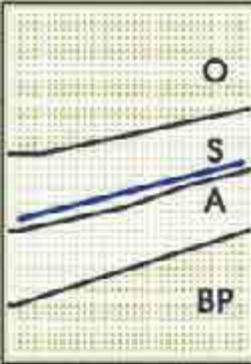
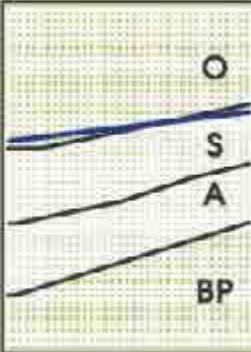


Fonte: Adaptado de: Atalah Samur E, Castillo L C, Castro Santoro R, Aldea P A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chile* 1997;125 (12):1429-36.

Fonte: (INSTITUTE..., 1990; WHO, 1995b).

Para realizar o diagnóstico de cada consulta, deve-se proceder conforme descrito na tabela a seguir:

Tabela 3 – Diagnóstico nutricional a ser realizado a cada consulta

EN da gestante	Inclinação da curva	Exemplo
Baixo peso (BP)	Deve apresentar inclinação maior do que a da curva que delimita a parte inferior da faixa de estado nutricional adequado.	
Adequado (A)	Deve apresentar inclinação paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado no gráfico.	
Sobrepeso (S)	Deve apresentar inclinação ascendente, semelhante à da curva que delimita a parte inferior da faixa de sobrepeso ou à da curva que delimita a parte superior dessa faixa, a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior dessa faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior dessa faixa no gráfico.	
Obesidade (O)	Deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.	

Fonte: (BRASIL, 2005e).

É de extrema importância o registro do estado nutricional tanto no prontuário quanto no Cartão da Gestante. A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer informações importantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e à nutrição. Contudo, vale ressaltar a importância da realização de outros procedimentos que possam complementar o diagnóstico nutricional ou alterar a interpretação deste, conforme a necessidade de cada gestante. Assim, destacam-se a avaliação clínica para a detecção de doenças associadas à nutrição (por exemplo: diabetes), a observação da presença de edema, que acarreta aumento de peso e confunde o diagnóstico do estado nutricional, e a avaliação laboratorial, para o diagnóstico de anemia e outras doenças de interesse clínico, conforme as normas deste manual.

Gestante adolescente – observações:

Deve-se observar que a classificação do estado nutricional na gestação aqui proposta não é específica para gestantes adolescentes, devido ao crescimento e à imaturidade biológica nesta fase do ciclo de vida. No entanto, esta classificação pode ser usada, desde que a interpretação dos achados seja flexível e considere a especificidade desse grupo. Para adolescentes que engravidaram dois ou mais anos depois da menarca (em geral, maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente à das adultas. Para gestantes que engravidaram menos de dois anos após a menarca, é provável que se observe que muitas serão classificadas como de baixo peso.

5.7.5 Orientação alimentar para a gestante

O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez. A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos das gestantes e de nutrientes para o crescimento fetal. Assim, a nutrição é de fundamental importância para o prognóstico da gestação. É importante que a gestante esteja consciente disto e que o profissional de saúde saiba orientá-la e motivá-la a ter hábitos alimentares saudáveis nesse período.

As orientações descritas a seguir subsidiarão os profissionais de saúde na orientação alimentar das gestantes. Gestantes com excesso de peso ou baixo peso necessitam de cuidado individual e orientações direcionadas. Apresentaremos a seguir uma versão adaptada dos *Dez Passos da Gestante*, elaborada pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição e por colaboradores³.

Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Gestantes

Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições, beba água, pelo menos 2 litros (de 6 a 8 copos) por dia.

Para ajudar a controlar o peso durante a gravidez, deve-se orientar a gestante a evitar “pular” as refeições e “beliscar” entre as refeições. Ao fazer todas as refeições, a gestante deve saber que isso evita que seu estômago fique vazio por muito tempo, o que diminui o risco de sentir

³ A publicação encontra-se disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br>>.

náuseas, vômitos, fraquezas ou desmaios. Além disso, contribui para que ela não sinta muita fome, não exagerando na próxima refeição. Os excessos podem causar desconforto abdominal, principalmente nos últimos meses de gestação, quando o útero está maior e comprime o estômago.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Apreciar cada refeição, comer devagar, mastigar bem e de forma que evite qualquer tipo de estresse na hora da alimentação.
- Evitar consumir líquidos durante as refeições, para reduzir os sintomas de pirose. Deve preferir consumir, após as refeições, frutas com alto teor de líquidos, como, por exemplo, laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outras.
- Evitar deitar-se logo após as refeições, pois assim pode evitar mal-estar e pirose.
- Beber água entre as refeições. A água é muito importante para o organismo, pois melhora o funcionamento do intestino e hidrata o corpo. Além disso, o profissional deve explicar que as bebidas açucaradas (como os refrigerantes e os sucos industrializados) e as bebidas com cafeína (café, chá preto e chá mate) não substituem a água, dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes e devem ser evitadas durante o período de gestação para favorecer o controle de peso.
- Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho) e tubérculos, como as batatas e raízes, como mandioca/macaxeira/aipim. É importante que dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois – além do fato de que são fontes de carboidratos – são ainda boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.

Os cereais são os alimentos que representam as fontes de energia mais importantes da nossa alimentação e devem estar em maior quantidade nas refeições. É necessário incentivar o consumo de cereais na sua forma mais natural (integral), pois oferecem maior quantidade de fibras, que auxiliam a regularizar o funcionamento intestinal. Farinha integral, pão integral, aveia e linhaça são alguns exemplos de alimentos integrais.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a distribuir as seis porções recomendadas desse grupo de alimentos em todas as refeições e os lanches do dia. Sugira que, nas refeições principais, a gestante preencha metade do seu prato com esses alimentos. Se ela for adolescente, a quantidade de porções que deve ser consumida poderá ser diferente. Gestantes adolescentes precisam de mais energia e nutrientes para garantir o próprio crescimento físico e o seu desenvolvimento, além de preparar o seu organismo para a amamentação. Portanto, o profissional de saúde deve acompanhar e orientar a gestante adolescente quanto às suas necessidades.

A seguir, são apresentados alguns exemplos de porções de alimentos do grupo dos cereais, dos tubérculos e das raízes:

- Arroz, pães, massas, batata e mandioca = deve-se consumir seis porções ao dia (uma porção = 150kcal).

Quadro 1 – Porções diárias do grupo de cereais, tubérculos e raízes

Alimentos	1 porção equivale a:
Arroz branco cozido	4 colheres de sopa
Batata cozida	1 unidade e meia
Biscoito tipo "cream cracker"	5 unidades
Bolo de milho	1 fatia
Cereais matinais	1 xícara de chá
Farinha de mandioca	2 colheres de sopa
Inhame cozido/amassado	3 colheres e meia de sopa
Macarrão cozido	3 colheres e meia de sopa
Mandioca/macaxeira/aipim cozido	4 colheres de sopa
Milho verde em espiga	1 espiga grande
Pão de forma tradicional	2 fatias
Pão francês	1 unidade
Purê de batata	3 colheres de sopa

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

Deve-se procurar consumir diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e nos lanches.

O incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras deve ser uma prática constante do profissional de saúde na atenção à saúde da gestante. Tais alimentos são ótimas fontes de vitaminas, minerais e fibras e, no caso das gestantes, são essenciais para a formação saudável do feto e a proteção da saúde materna. Por isso, deve-se recomendar que os citados alimentos estejam presentes em todas as refeições e lanches do dia.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Montar um prato colorido e variar os tipos de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana, considerando a disponibilidade de alimentos regionais;
- Consumir hortaliças verde-escuras (por exemplo: couve, brócolis, agrião, taioba, rúcula) e outros alimentos coloridos, como mamão, abóbora, cenoura, laranja, acerola, tomate, caju, pitanga, pêsego, manga, jabuticaba e ameixa;
- Dar preferência a frutas, legumes e verduras crus para obter mais fibras em sua alimentação;
- Lavar em água corrente as frutas, os legumes e as verduras e colocá-los de molho por dez minutos, em água clorada, utilizando produto adequado para este fim (deve-se ler o rótulo da embalagem), na diluição de uma colher de sopa do produto para cada litro de água. Depois, é necessário enxaguar o alimento em água corrente;
- Beber sucos naturais de frutas feitos na hora, pois são melhores fontes de nutrientes. No caso da polpa congelada, ela perde alguns nutrientes, mas ainda é uma opção melhor do que os sucos artificiais, em pó ou em caixinha, e aqueles industrializados, ricos em açúcar, como os néctares de fruta.

A seguir, são apresentados alguns exemplos de porções para o referido grupo de alimentos:

- Verduras e legumes = deve-se consumir três porções ao dia (uma porção = 15kcal).

Quadro 2 – Porção diária do grupo de verduras e legumes

Alimentos	1 porção equivale a:
Abóbora cozida	1 colher e meia de sopa
Alface	15 folhas
Berinjela cozida	2 colheres de sopa
Beterraba crua ralada	2 colheres de sopa
Brócolis cozido	4 colheres e meia de sopa
Cenoura crua (picada)	1 colher de servir
Chuchu cozido	2 colheres e meia de sopa
Espinafre cozido	2 colheres e meia de sopa
Jiló cozido	1 colher e meia de sopa
Pepino picado	4 colheres de sopa
Quiabo picado	2 colheres de sopa
Repolho branco cru (picado)	6 colheres de sopa
Rúcula	15 folhas
Tomate comum	4 fatias

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

- Frutas = deve-se consumir três porções ao dia (uma porção = 70kcal).

Quadro 3 – Porção diária do grupo de frutas

Alimentos	1 porção equivale a:
Abacaxi	1 fatia
Ameixa preta seca	3 unidades
Banana prata	1 unidade
Caqui	1 unidade
Goiaba	Meia unidade
Laranja-pêra	1 unidade
Maçã	1 unidade
Mamão-papaia	Meia unidade
Melancia	2 fatias
Salada de frutas (banana, maçã, laranja, mamão)	Meia xícara de chá
Suco de laranja (puro)	Meio copo de requeijão

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

Deve-se comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes na semana. Este prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e é excelente para a saúde.

Quanto à recomendação para a ingestão desses alimentos, deve-se consumir uma parte de feijão para duas partes de arroz cozido. É interessante incentivar que a gestante varie os tipos de feijão usados de acordo com a disponibilidade regional (preto, da colônia, cariquinha, verde, de corda, mulatinho, fradinho, andu, branco e outros) e as formas de preparo, mas evitando o uso de carnes gordas e salgadas ou embutidos, pois elevam a quantidade de gorduras e sal na alimentação.

É importante lembrar que o feijão não é o único alimento do grupo das leguminosas. Logo, o profissional de saúde pode orientar a gestante quanto ao consumo de outros tipos de alimentos desse grupo, como a soja, o grão-de-bico e a lentilha, que podem ser usados no preparo de saladas frias (sempre deve-se considerar o contexto em que a gestante está inserida).

A seguir, apresentamos alguns exemplos de porções para este grupo:

- Feijões = deve-se consumir uma porção ao dia (uma porção = 55kcal).

Quadro 4 – Porção diária do grupo de feijões

Alimentos	1 porção equivale a:
Feijão cozido (50% de caldo)	1 concha
Lentilha cozida	2 colheres de sopa
Soja cozida	1 colher de servir

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

Outra orientação que pode ser feita é a respeito do consumo de sementes (de girassol, gergelim, abóbora e outras) e castanhas (do Brasil, de caju, nozes, amendoim, amêndoas e outras). Tais alimentos são fontes de proteínas e de gorduras de boa qualidade. Ao recomendar o seu consumo, o profissional de saúde deve se lembrar de que é melhor comer as sementes sem sal e, se for preciso, assadas.

Deve-se consumir diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. É necessário retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando tais alimentos mais saudáveis.

Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação. Carnes, aves, peixes e ovos fazem parte de uma alimentação nutritiva e são ricos em proteínas de boa qualidade.

Alguns exemplos de porções para estes dois grupos de alimentos são apresentados a seguir:

- Leites, queijos, iogurtes = deve-se consumir três porções ao dia (uma porção = 120kcal).

Quadro 5 – Porção diária de leites, queijos e iogurtes

Alimentos	1 porção equivale a:
Iogurte desnatado de frutas	1 pote
Iogurte integral natural	1 copo de requeijão
Leite tipo C	1 copo de requeijão
Queijo tipo Minas frescal	1 fatia grande
Queijo tipo muçarela	3 fatias

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

- Carnes, peixes e ovos = deve-se consumir uma porção ao dia (uma porção = 190kcal).

Quadro 6 – Porção diária de carnes, peixes e ovos

Alimentos	1 porção equivale a:
Bife grelhado	1 unidade
Carne assada	1 fatia pequena
Filé de frango grelhado	1 unidade
Omelete simples	1 unidade
Peixe espada cozido	1 porção

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Evitar acrescentar café ou achocolatado ao leite, pois tais alimentos também reduzem o aproveitamento do cálcio do leite. Recomende o consumo de leite e derivados nas formas integrais, caso não haja orientação contrária do nutricionista ou de outro profissional de saúde.
- Consumir mais peixes e frangos e sempre preferir as carnes magras, retirando a pele e a gordura visível. Estimule o consumo de peixe fresco pelo menos duas vezes por semana. Tanto os de água doce como os de água salgada são saudáveis.
- Evitar carnes cruas ou mal passadas, porque podem transmitir doenças, como verminose, entre outras. Deve-se orientá-la sempre para um adequado preparo desses alimentos.
- Diminuir o consumo de gorduras. Deve-se consumir, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Além disso, ela deve ficar atenta aos rótulos dos alimentos e preferir aqueles livres de gorduras trans.

O consumo excessivo de alimentos fontes de gorduras está associado ao surgimento de obesidade, pressão alta e outras doenças do coração. Portanto, deve-se sempre recomendar a redução desses tipos de alimentos.

A seguir, encontram-se exemplos de porções deste grupo de alimentos:

- Óleos e gorduras = deve-se consumir uma porção ao dia (uma porção = 73kcal).

Quadro 7 – Porção diária de óleos e gorduras

Alimentos	1 porção equivale a:
Óleo vegetal	1 colher de sopa
Azeite de oliva	1 colher de sopa
Manteiga	Meia colher de sopa
Margarina vegetal	Meia colher de sopa

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Reduzir para, no máximo, uma vez por semana o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura visível, embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto, mortadela), queijos amarelos, salgadinhos, chocolates e sorvetes.
- Saber também que alimentos com pequena quantidade de gordura contribuem para reduzir o desconforto das náuseas e dos vômitos.
- Usar óleos vegetais (de soja, canola, girassol, milho ou algodão) em vez de margarina, gordura vegetal, manteiga ou banha para cozinhar.
- Ter atenção à quantidade: uma lata de óleo por mês é suficiente para uma família de quatro pessoas. Além disso, no lugar das frituras, deve-se preferir preparações assadas, cozidas, ensopadas e grelhadas.
- Dar preferência ao azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade. Deve-se evitar usá-lo para cozinhar, pois o azeite perde sua qualidade nutricional quando aquecido.
- Evitar refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia.

O consumo frequente e em grande quantidade de sobremesas doces aumenta o risco de complicações na gestação, como excesso de peso, obesidade, diabetes gestacional e pressão alta, que prejudicam o adequado crescimento do feto. Além disso, o excesso de açúcar está relacionado ao surgimento das cáries dentárias. Por isso, o profissional de saúde deve sempre recomendar a redução desses alimentos e sugerir opções mais saudáveis, como as frutas.

O quadro a seguir apresenta exemplos de porções desse grupo de alimentos:

- Açúcares e doces = deve-se consumir no máximo uma porção ao dia (uma porção = 110kcal).

Quadro 8 – Porção diária de açúcares e doces

Alimentos	1 porção equivale a:
Açúcar cristal	1 colher de sopa
Geleia de frutas	1 colher de sopa

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Preferir consumir frutas como sobremesa. Além de saborosas, são opções de alimentos mais saudáveis e ricos em vitaminas e minerais.
- Consumir no máximo uma porção por dia, caso deseje consumir açúcares e doces. É importante que sejam citados os riscos relacionados ao consumo destes alimentos para a saúde da gestante e do feto, a fim de alertar a gestante quanto à importância do seu autocuidado à saúde.
- Valorizar o sabor natural dos alimentos e das bebidas, evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles.

- Evitar, na gravidez, refrigerantes e sucos industrializados, porque contêm corantes artificiais, aromatizantes e açúcar. O uso de adoçantes durante a gestação deve ser reservado para as mulheres que precisam controlar o ganho de peso e para as diabéticas. Para estes casos, o profissional de saúde deve fornecer as informações necessárias sobre o uso de adoçantes.
- Diminuir a quantidade de sal na comida e retirar o saleiro da mesa. Deve-se evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.

A quantidade de sal por dia deve ser de, no máximo, uma colher de chá rasa (5g), por pessoa, distribuída em todas as refeições. O consumo excessivo de sódio (presente no sal de cozinha e em alimentos industrializados) aumenta o risco de pressão alta, doenças do coração e rins, além de causar ou agravar o edema comum na gravidez. A maioria das mortes maternas no Brasil ocorre por complicações da pressão alta durante a gravidez.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Utilizar temperos naturais, como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal.
- Ler o rótulo, ao comprar produtos industrializados, e escolher aqueles com menor quantidade de sódio. Deve lembrar que o sal também pode apresentar-se na lista de ingredientes com o nome de cloreto de sódio.
- Utilizar somente sal iodado. O iodo é um importante mineral para o corpo humano e, por isso, recomenda-se o uso do sal iodado. Deve-se evitar o uso de sal destinado ao consumo animal, porque este sal não tem iodo. A falta do citado mineral durante a gestação está associada a uma série de riscos, como aborto, baixo peso da criança ao nascer, retardamento mental e físico ou risco de apresentar dificuldades de aprendizado.
- Em casa, guardar o sal sempre em local fresco e ventilado, longe do calor do sol, do forno ou fogão.
- Para evitar a anemia, consumir diariamente alimentos que são fontes de ferro, como carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais e castanhas, entre outros. Deve-se consumir, juntamente com esses alimentos, aqueles que são fontes de vitamina C, como acerola, laranja, caju e limão, entre outros.

A anemia é uma doença causada, principalmente, pela ingestão insuficiente de ferro. Na gestação, está associada ao maior risco de morte tanto para a mãe quanto para a criança, além de parto prematuro, baixo peso ao nascer e o surgimento de infecções. Para evitar a anemia, a gestante deve consumir diariamente alimentos de origem animal e vegetal ricos em ferro (BRASIL, 2004g).

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Consumir diariamente alimentos de origem animal ricos em ferro, tais como: carnes em geral, vísceras (fígado, coração, moela), entre outros. Deve consumir também os alimentos de origem vegetal: feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras (por exemplo: brócolis, couve, espinafre, rúcula e taioba), grãos integrais, nozes e castanhas, goiaba, carambola, mangaba, açaí, entre outros.

- Procurar o serviço de saúde do seu município, a partir da 20ª semana de gestação e até o 3º mês pós-parto, para receber a suplementação de ferro preventiva. Ela também deve ser informada de que as farinhas de trigo e milho comercializadas no Brasil são enriquecidas com ferro e ácido fólico, para ajudar na prevenção e no controle da anemia.
- Manter o ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Deve ainda praticar, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física, além de evitar as bebidas alcoólicas e o fumo.

O ferro nos alimentos de origem animal é absorvido de forma melhor pelo organismo do que o ferro dos alimentos vegetais. Para aproveitar melhor o ferro dos alimentos de origem vegetal, a gestante deve consumir, logo após as refeições, meio copo de suco de fruta natural ou a própria fruta que seja fonte de vitamina C, como acerola, laranja, caju e limão, entre outras.

É essencial que o nutricionista ou outro profissional de saúde acompanhe a evolução do peso da gestante, durante o pré-natal, e que incentive que a própria gestante também faça seu acompanhamento por meio do Cartão da Gestante. De uma forma geral, recomenda-se que: (i) as gestantes que iniciaram a gravidez com baixo peso ganhem entre 12,5kg e 18kg; (ii) as que iniciaram a gravidez com peso normal ganhem entre 11,5kg e 16kg; (iii) as que iniciaram a gravidez com sobrepeso ganhem entre 7kg e 11,5kg; e (iv) as que iniciaram a gravidez com obesidade ganhem entre 5kg e 9kg durante todo o período gestacional. A adequação do ganho de peso saudável durante a gravidez deve ser feita por um profissional de saúde durante as consultas do pré-natal⁴.

O excesso de peso materno é fator de risco para diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e outros problemas circulatórios. Além disso, está relacionado ao nascimento prematuro, a defeitos no sistema nervoso da criança e ao aumento de partos cesáreos.

A alimentação saudável, a atividade física e a prática corporal regular são aliadas fundamentais no controle do peso, na redução do risco de doenças e na melhoria da qualidade de vida. As práticas corporais agregam diversas formas de o ser humano se manifestar por meio do corpo e contemplam, além das modalidades esportivas conhecidas e das caminhadas, o *tai chi chuan*, o *lian gong*, a *ioga*, entre outras.

O incentivo, a orientação e a promoção da alimentação saudável, da atividade física e das práticas corporais no âmbito da atenção básica da saúde da gestante devem ser ações constantes do profissional de saúde, a fim de tornar o dia a dia da gestante mais ativo.

É importante lembrar à gestante que, além de uma alimentação saudável e da prática corporal/atividade física regular, ela deve evitar o fumo e o consumo de álcool, pois são hábitos prejudiciais para a sua saúde e o crescimento do feto e que aumentam o risco de nascimento prematuro.

5.8 Controle da pressão arterial (PA)

Os *guidelines* recomendam a medida da PA em todas as consultas de pré-natal (grau de recomendação C).

⁴ Para mais informações sobre a avaliação nutricional da gestante, consulte os protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), disponíveis na página: <<http://nutricao.saude.gov.br>>.

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação a partir dos seguintes parâmetros:

- A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. Este conceito é mais simples e preciso. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff.
- O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação, representa um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns. Entretanto, apresenta alto índice de falsos positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- Pré-eclâmpsia: caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas;
- Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;
- Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas;
- Hipertensão arterial sistêmica crônica: é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto;
- Hipertensão gestacional: caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão).

As alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. Nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo.

I. Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial:

- Preparo da paciente:

1. Explique o procedimento à gestante e a deixe em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Ela deve ser instruída a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

2. Certifique-se de que ela não:

- está com a bexiga cheia;

- praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
- ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- fumou nos 30 minutos anteriores.

3. Posicionamento da gestante: ela deve estar na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (no nível do ponto médio do esterno ou no 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. A PA também pode ser medida no braço esquerdo, na posição de decúbito lateral esquerdo, em repouso, e a gestante não deve diferir da posição sentada.

Para a medida propriamente, após certificar-se de que o esfigmomanômetro esteja calibrado:

1. Obtenha a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida, selecione o manguito de tamanho adequado ao braço.
2. Coloque o manguito, sem deixar folgas, a 2 ou 3cm acima da fossa cubital.
3. Centralize o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
4. Estime o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
5. Palpe a artéria braquial na fossa cubital e coloque a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Infle rapidamente o equipamento até ultrapassar 20 a 30mmHg do nível estimado da pressão sistólica obtido pela palpação.
7. Proceda à deflação lentamente (velocidade de 2mmHg por segundo).
8. Determine a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e depois aumente ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determine a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10. Ausculte cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som, para confirmar seu desaparecimento, e depois proceda à deflação rápida e completa.
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determine a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anote os valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora este aspecto seja controverso.
13. Informe os valores de pressões arteriais obtidos para a paciente.
14. Anote os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

II. Conduta conforme a medida da pressão arterial:

Quadro 9 – Avaliação da pressão arterial em gestantes

Achados	Condutas
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Manutenção dos mesmos níveis de PA.	Níveis tensionais normais: <ul style="list-style-type: none"> • Mantenha o calendário habitual; • Cuide da alimentação; • Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA desconhecidos antes da gestação: Valores da pressão < 140/90mmHg.	Considere o aumento dos níveis tensionais em relação aos níveis anteriores à gestação: <ul style="list-style-type: none"> • Diminua a ingestão de sal; • Aumente a ingestão hídrica. • Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Aumento da PA, mantendo nível < 140/90mmHg.	Sinal de alerta: <ul style="list-style-type: none"> • Diminua a ingestão de sal; • Aumente a ingestão hídrica; • Pratique atividade física regularmente. • Agende controles mais próximos.
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores da PA > 140/90mmHg e < 160/110, sem sintomas e sem ganho ponderal maior do que 500g semanais.	Considere HAS na gestação: <ul style="list-style-type: none"> • Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG); • Realize proteinúria (teste rápido); • A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gravidez gemelar, mola hidatiforme; • Solicite ultrassonografia, se possível; • Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da gestante para o serviço de alto risco.
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores de PA > 140/90mmHg, proteinúria (teste rápido) positiva e/ou com sintomas clínicos (cefaleia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, porém com níveis de PA > 160/110mmHg.	Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave: <ul style="list-style-type: none"> • Deve-se referir imediatamente a gestante ao pré-natal de alto risco e/ou à unidade de referência hospitalar.
Paciente com hipertensão arterial crônica, moderada ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva.	Paciente de risco: <ul style="list-style-type: none"> • Deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

Fonte: Brasil, 2005e.

Obs.: O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando-se maior risco de pré-eclâmpsia.

5.9 Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)

Objetivos:

- Identificar o crescimento fetal;
- Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional;
- Identificar a situação e a apresentação fetal.

(Grau de recomendação B)

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (este procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando-se identificar os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.

A percepção materna e a constatação objetiva de movimentos fetais, além do crescimento uterino, são sinais de boa vitalidade fetal.

Técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold):

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos (grau de recomendação B):

- Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;
- Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;
- Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;
- Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.

Manobras de palpação:

Figura 2 – Manobras de palpação

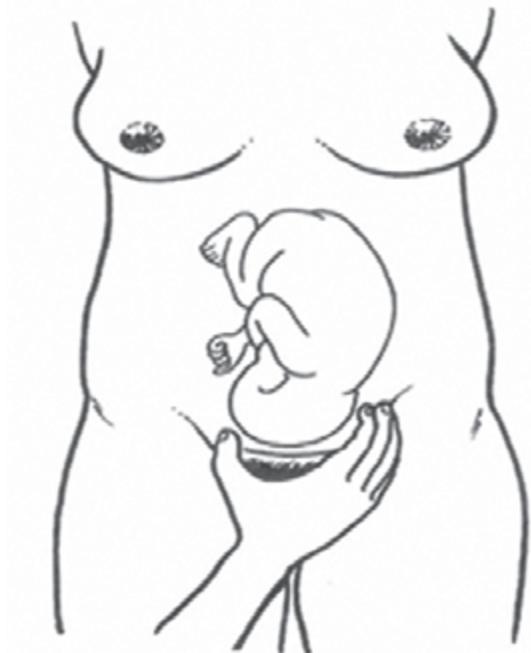
1º tempo

2º tempo



3º tempo

4º tempo



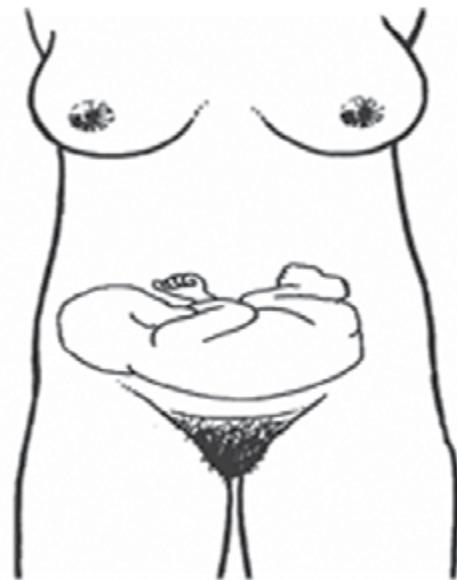
O feto pode estar em situação longitudinal (mais comum) ou transversa. A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional. As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.

Figura 3 – Manobras de palpação da situação fetal

Situação

Longitudinal

Transversa



Fonte: (BRASIL, 2005e).

Figura 4 – Tipos de apresentação fetal

Apresentação

Cefálica

Pélvica



Fonte: (BRASIL, 2005e).

A situação transversa e a apresentação pélvica, ao final da gestação, podem significar risco no momento do parto. Nestas condições, a mulher deve ser referida para a unidade hospitalar de referência que tenha condições de atender caso de distócia.

5.9.1 Medida da altura uterina (AU)

Objetivo:

Visa ao acompanhamento do crescimento fetal e à detecção precoce de alterações. Use como indicador a medida da altura uterina e sua relação com o número de semanas de gestação (grau de recomendação B).

Padrão de referência: curvas de altura uterina para idade gestacional desenhadas a partir dos dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (Clap). Existem, ainda, outras curvas nacionais e internacionais utilizadas por alguns serviços isoladamente (grau de recomendação B).

Ponto de corte: serão considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10 (para o limite inferior) e o percentil 90 (para o limite superior).

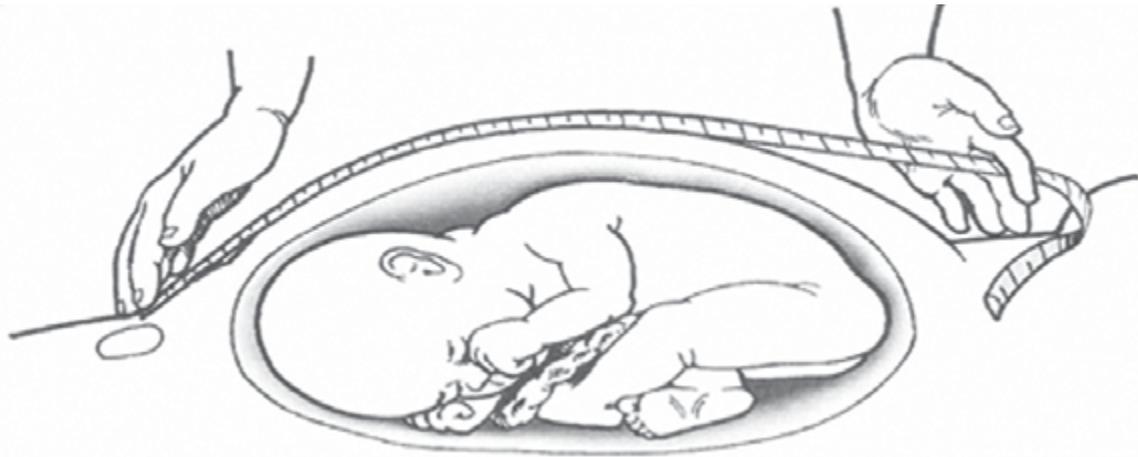
Representação do indicador por meio de gráfico constituído de duas linhas: a inferior representa o percentil 10, e a superior, o percentil 90.

O resultado estará adequado quando estiver contido entre as duas linhas: excessivo (acima do percentil 90) e deficiente (abaixo do percentil 10).

I. Técnica para medida da altura uterina:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
- Delimite a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Por meio da palpação, procure corrigir a comum dextroversão uterina;
- Fixe a extremidade inicial (0cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio.
- Deslize a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão;
- Proceda à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;
- Anote a medida (em centímetros) na ficha e no cartão e marque o ponto na curva da altura uterina.

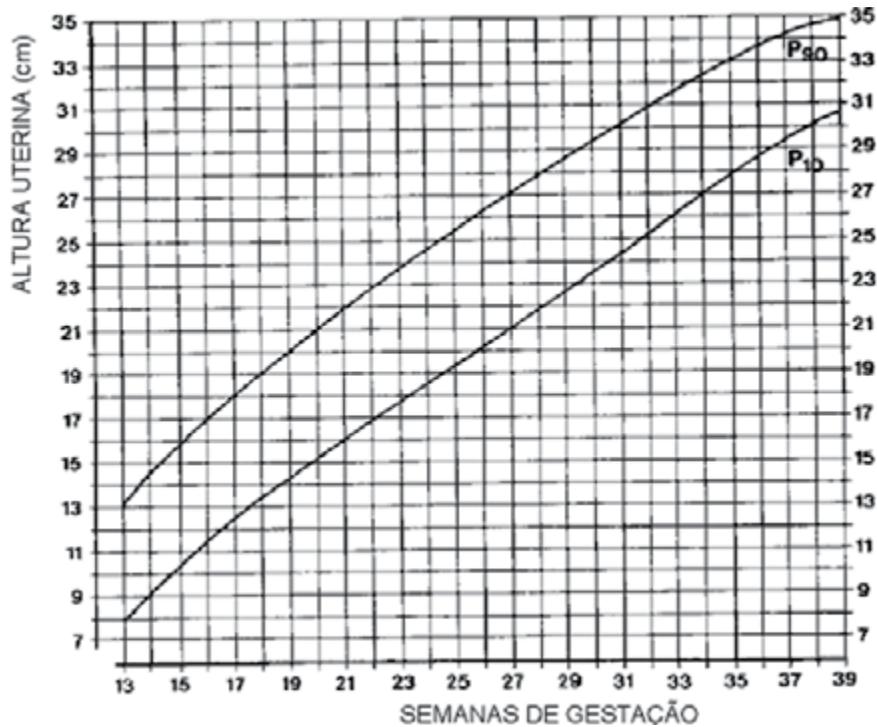
Figura 5 – Medida da altura uterina



Fonte: (BRASIL, 2005e).

O útero aumenta seu tamanho com a idade gestacional (veja o diagnóstico da gravidez e a determinação da idade gestacional). Foram desenvolvidas curvas de altura uterina em função da idade gestacional, nas quais os percentis 10 e 90 marcam os limites da normalidade.

Gráfico 5 – Altura uterina vs. semanas de gestação



Fonte: (BRASIL, 2000).

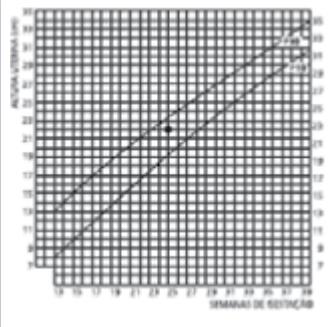
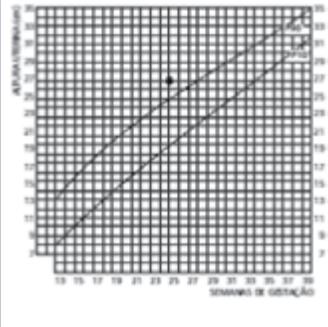
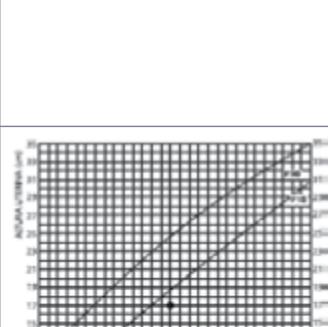
Quando os dados da amenorria são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligoâmnio, a medida da altura uterina permite diagnosticar o crescimento intrauterino retardado com uma sensibilidade de 56% e uma especificidade de 91%.

A sensibilidade da altura uterina para o diagnóstico de macrosomia fetal é de 92% e sua especificidade 72%, uma vez que tenham sido excluídos a gravidez gemelar, os polidrâmnios e a miomatose uterina.

Existem diferentes métodos de medida que oferecem valores diferentes; por isso, é imprescindível normalizar a forma de medir e utilizar padrões normais de referência que tenham sido elaborados com a mesma técnica (BRASIL, 2000b).

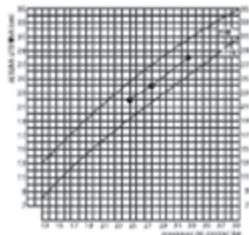
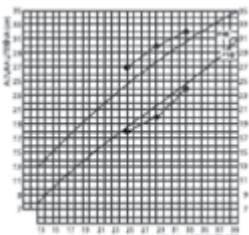
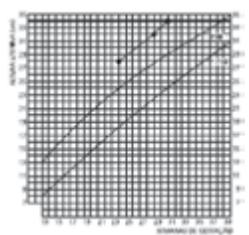
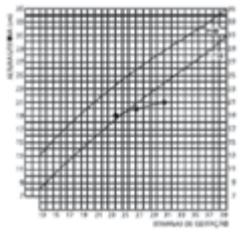
II. Interpretação do traçado obtido e condutas:

Tabela 4 – Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

Gráfico	Ponto	Conduta
	Entre as curvas inferiores e superiores.	Siga o calendário de atendimento de rotina.
	Acima da curva superior.	Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrosomia, gestação gemelar, mola hidatiforme. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.
	Abaixo da curva inferior.	Atente para a possibilidade de erro de cálculo da IG. A gestante deve ser vista pelo médico da unidade para se avaliar a possibilidade de feto morto, oligodrâmnio, ou restrição de crescimento intrauterino. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

Tabela 5 – Consultas subsequentes, avaliação do traçado

Gráfico	Traçado	Interpretação	Conduta
	Evoluindo entre as curvas superiores.	Crescimento normal.	Siga o calendário de atendimento de rotina.
	Evoluindo acima da curva superior (a) ou abaixo da curva inferior (b) com a mesma inclinação destas.	É possível que a IG seja maior (a) ou menor (b) do que a estimada.	Encaminhe a gestante à consulta médica para: <ol style="list-style-type: none"> 1. confirmar tipo de curva; 2. confirmar a IG, se possível com USG; 3. referir a paciente ao PN de alto risco, na suspeita de desvio do crescimento.
	Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior do que esta.	É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia ou outra situação.	É necessário referir a paciente ao pré-natal de alto risco. Se possível, solicite USG.
	Evoluindo com inclinação persistentemente menor do que a curva inferior.	Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, há provável restrição do crescimento.	É necessário referir a paciente ao pré-natal de alto risco.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

Observação: deve-se pensar em erro de medida quando ocorrer queda ou elevação abrupta em curva que vinha evoluindo normalmente.

5.9.2 Ausculta dos batimentos cardíofetais

Objetivo:

Constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação, ou com Pinard, após 20 semanas (grau de recomendação C).

É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto.

Observação: após uma contração uterina, a movimentação fetal ou o estímulo mecânico sobre o útero, um aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade. Por outro lado, uma desaceleração ou a não alteração da frequência cardíaca fetal, concomitante a estes eventos, é sinal de alerta, o que requer aplicação de metodologia para avaliação da vitalidade fetal. Nestes casos, recomenda-se referir a gestante para um nível de maior complexidade ou à maternidade.

I. Técnica para ausculta dos batimentos cardíofetais:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Identifique o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto;
- Segure o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal;
- Encoste o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio;
- Faça, com a cabeça, leve pressão sobre o estetoscópio e, só então, retire a mão que segura o tubo;
- Quando disponível, utilize o sonar *doppler*;
- Procure o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;
- Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;
- Conte os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo;
- Registre os BCF na ficha perinatal e no Cartão da Gestante;
- Avalie resultados da ausculta dos BCF.

Figura 6 – Técnica de ausculta dos BCF – Pinard



Fonte: (BRASIL, 2005e).

Quadro 10 – Avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

Achado	Conduta
BCF não audíveis com estetoscópio de Pinard, quando a idade gestacional for igual ou maior do que 24 semanas.	Alerta: Verifique o erro de estimativa da idade gestacional. Afastar as condições que prejudiquem uma boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal. Mantenha o calendário mínimo de consulta, se houver percepção materna e constatação objetiva de movimentos fetais e/ou se o útero estiver crescendo. Agende consulta médica ou faça a referência da paciente para o serviço de maior complexidade, se a mãe não mais perceber movimentação fetal e/ou se o crescimento uterino estiver estacionário.
Bradicardia e taquicardia.	Sinal de alerta: Afastar a febre e/ou recomende o uso de medicamentos pela mãe. Deve-se suspeitar de sofrimento fetal. O médico da unidade de saúde deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhe a gestante para o serviço de maior complexidade ou para o pronto-atendimento obstétrico.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

Além dos eventos registrados, pode-se utilizar, ainda, o registro diário da movimentação fetal realizado pela gestante (RDMF ou mobilograma) e/ou o teste de vitalidade fetal simplificado, para o acompanhamento do bem-estar fetal.

O *kit* da UBS, contemplado na Rede Cegonha, conta com sonar, fita métrica, gestograma, caderno de atenção básica (CAB) pré-natal e balança de adulto.

Em UBS com até 3 EAB/ESF, será disponibilizado um sonar. Em UBS com mais de 3 EAB/ESF, estará disponível um sonar para cada equipe. O *kit* da UBS será doado pelo MS a todos os municípios do País, independentemente da adesão à Rede Cegonha.

5.9.3 Registro dos movimentos fetais

Objetivo:

Avaliação clínica do bem-estar fetal na gravidez a partir da 34ª semana gestacional (grau de recomendação C).

A presença de movimentos do feto sempre se correlacionou como sinal e constatação de vida; todavia, o monitoramento dos movimentos fetais como meio de avaliação do seu bem-estar é relativamente recente.

Os padrões da atividade fetal mudam com a evolução da gravidez. Inicialmente, os movimentos são débeis e pouco frequentes, podendo ser confundidos pela gestante com outros fenômenos, como o peristaltismo. Gradativamente, à medida que prossegue a integração do sistema nervoso central com o sistema muscular do feto, os movimentos tornam-se rítmicos, fortes e contínuos. O ritmo da atividade fetal pode sofrer interferência tanto de fatores endógenos (como a presença de insuficiência placentária, isoimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas) quanto de fatores exógenos (como a atividade materna excessiva, o uso de medicamentos sedativos, álcool e nicotina, entre outros).

A presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal. Dada a boa correlação entre a subjetividade da percepção materna e a ultrassonografia em tempo real, resulta lógica a utilização do controle diário de movimentos fetais (mobilograma), realizado pela gestante, como instrumento de avaliação fetal simples, de baixo custo, que não requer instrumentalização e não tem contraindicações.

Não existe na literatura padronização quanto ao método de registro. O importante é utilizar técnica simples e por período de tempo não muito longo, para não se tornar exaustivo e facilitar a sua realização sistemática pela mulher. Em gestação de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 34ª semana gestacional. Existem vários métodos descritos (Cf. BRASIL, 2010d). O método a seguir é recomendado por sua praticidade.

5.9.3.1 Método de registro diário de movimentos fetais (RDMF)

O método descrito já foi testado e é utilizado em vários serviços. A gestante recebe as seguintes orientações:

- Escolha um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;
- Alimente-se previamente ao início do registro;
- Sente-se com a mão sobre o abdome;
- Registre os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro.

A contagem dos movimentos é realizada por período máximo de uma hora. Caso a gestante consiga registrar seis movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa. Entretanto, se após uma hora ela não foi capaz de contar seis movimentos, deverá repetir o procedimento. Se na próxima hora não sentir seis movimentos, deverá procurar imediatamente a unidade de saúde. Assim, considera-se como “inatividade fetal” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.

Para favorecer a cooperação materna em realizar o registro diário dos movimentos fetais, é importante que a gestante receba orientações adequadas quanto à importância da atividade do feto no controle de seu bem-estar. Outro fator que interfere na qualidade do registro é o estímulo constante dado a cada consulta de pré-natal pelo profissional de saúde.

1º Alimente-se antes de começar o registro;

2º Fique em posição semi-sentada, com a mão no abdome;

3º Marque o horário de início;

4º Registre seis movimentos e marque o horário do último;

5º Se, em uma hora, o bebê não se mexer seis vezes, pare de contar os movimentos. Repita o registro. Se persistir a diminuição, procure a unidade de saúde.

Tabela 6 – Formulário para registro diário de movimentos fetais (RDMF)

Dia	Horário de início	Movimentos fetais						Horário de término
		1	2	3	4	5	6	

Fonte: (BRASIL, 2005e).

Obs.: A rotina de avaliação da movimentação fetal não deve ser recomendada (grau de recomendação A). Não existem parâmetros na literatura médica para quantificar a normalidade dos movimentos fetais. A movimentação deve ser valorizada de acordo com a situação clínica de cada paciente. Há evidências contrárias à realização da cardiocografia anteparto em gestações de baixo risco (em torno de 50% de falsos positivos).

5.9.4 Teste do estímulo sonoro simplificado (Tess)

1. Material necessário:

- Sonar *doppler*;
- Buzina de Kobo (buzina de bicicleta).

2. Técnica:

- Coloque a mulher em decúbito dorsal com a cabeceira elevada (posição de Fowler);
- Palpe o polo cefálico;
- Ausculte os BCF por quatro períodos de 15 segundos e calcule a média (obs.: a gestante não deve estar com contração uterina);
- Realize o estímulo sonoro, colocando a buzina sobre o polo cefálico fetal com ligeira compressão sobre o abdome materno (aplique o estímulo entre três e cinco segundos ininterruptos). Durante a realização do estímulo, deve-se observar o abdome materno, procurando identificar movimentos fetais visíveis;
- Imediatamente após o estímulo, repita a ausculta dos BCF por novos quatro períodos de 15 segundos e refaça a média dos batimentos.

3. Interpretação do resultado:

- Teste positivo: presença de aumento mínimo de 15 batimentos em relação à medida inicial ou presença de movimentos fetais fortes e bruscos na observação do abdome materno durante a realização do estímulo;
- Teste negativo: ausência de resposta fetal identificada tanto pela falta de aumento dos BCF quanto pela falta de movimentos fetais ativos. O teste deverá ser realizado duas vezes, com intervalo de, pelo menos, dez minutos para se considerar negativo.

Na presença de teste simplificado negativo e/ou desaceleração da frequência cardíaca fetal, está indicada a utilização de método mais apurado para avaliação da vitalidade fetal. Faça a referência da paciente para um serviço especializado no atendimento à gestante ou um pronto-atendimento obstétrico.

5.9.5 Verificação da presença de edema

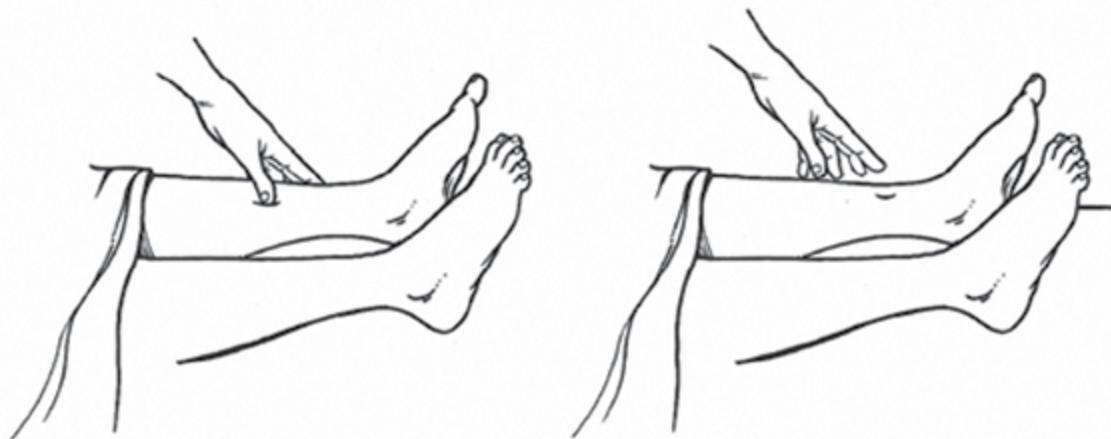
Objetivo:

Detectar precocemente a ocorrência de edema patológico (grau de recomendação C).

Nos membros inferiores:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressione a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial). O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.

Figura 7 – Técnica de palpação de edema maleolar

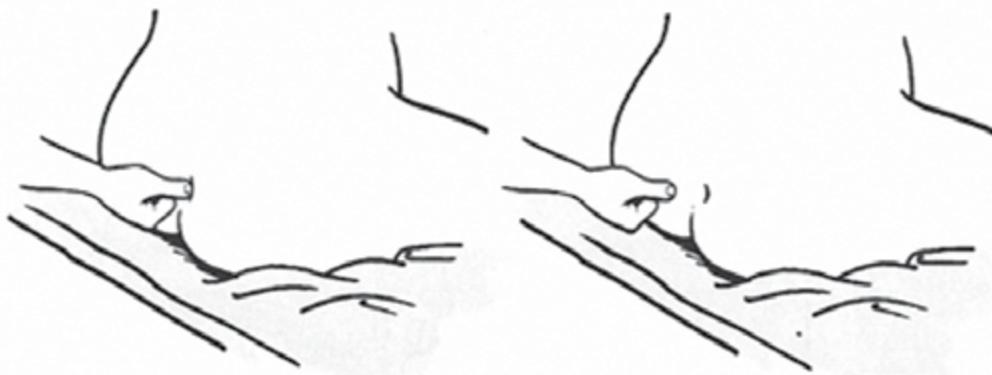


Fonte: (BRASIL, 2005e).

Na região sacra:

- Posicione a gestante em decúbito lateral ou sentada;
- Pressione a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar. O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.

Figura 8 – Técnica de palpação de edema lombar



Fonte: (BRASIL, 2005e).

Na face e nos membros superiores, identifique a presença de edema pela inspeção.

A presença de edema ocorre em 80% das gestantes e ele é pouco sensível e específico para o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Quadro 11 – Avaliação da presença de edema

Achados	Anote	Condutas
Edema ausente.	-	Acompanhe a gestante, seguindo o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+)	Verifique se o edema está relacionado à postura, ao fim do dia, ao aumento da temperatura ou ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.	(++)	Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogue a gestante sobre os movimentos fetais. Marque retorno em sete dias, na ausência de sintomas. A gestante deve ser avaliada e acompanhada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de rotina. Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco. Se houver presença de proteinúria, veja a conduta específica (tabela 9).

continua

Achados	Anote	Condutas
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+++)	Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.		Suspeita de processos tromboticos (tromboflebite, TVP). A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

5.9.6 Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica

O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês.

Exame ginecológico:

- Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal;
- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia;
- Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia;
- Coleta de material para exame colpocitopatológico;
- Realize o teste das aminas, quando necessário (KOH a 10%);
- Toque bimanual: avalie as condições do colo uterino (permeabilidade), o volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais.

Coleta do material para exame colpocitopatológico

A coleta do material do colo do útero para exame colpocitopatológico deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice. A coleta da parte interna, a endocérvice, não deve ser realizada nas gestantes. Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa do colo por meio de uma espátula de madeira (espátula de Ayre)⁵.

⁵ Um detalhamento da técnica de coleta pode ser encontrado nas referências: Brasil, 2006f.

Conduta frente ao resultado:

- Citologia normal ou citologia inflamatória: oriente a usuária a realizar o controle anual;
- Citologia com NIC I (neoplasia intra-epitelial cervical), displasia leve: as alterações de diferenciação celular se limitam ao terço do epitélio de revestimento da cérvix, sendo praticamente unânime a presença do efeito citopático compatível com o vírus do papiloma humano (HPV). Em casos de NIC I, deverá ser repetida citologia após seis meses.
- NIC II e III, displasia moderada e displasia intensa ou carcinoma *in situ*, respectivamente: atualmente, estas lesões são colocadas no mesmo patamar biológico e são chamadas de lesões de alto grau. Alterações como estas devem ser encaminhadas ao Centro de Referência em Saúde da Mulher.
- Carcinoma escamoso invasivo: trata-se de células escamosas com grande variação de forma e alterações celulares como as descritas anteriormente. Necessita de comprovação histopatológica.
- Adenocarcinoma *in situ* ou invasivo: representa alterações celulares semelhantes às descritas anteriormente, mas detectadas nas células glandulares do colo do útero.

É mínimo o risco da progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor durante o período gestacional. Já a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta (69%). Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a mesma conduta recomendada para as mulheres não grávidas na unidade básica de saúde.

No centro de referência regional, o objetivo principal é afastar a possibilidade de lesão invasora. Confirmada a invasão pela biópsia, a paciente deverá ser encaminhada à unidade de assistência de alta complexidade (Unacon) ou ao centro de assistência de alta complexidade em oncologia (Cacon).

A conduta obstétrica, em princípio, para resolução da gravidez, não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos, citopatológicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão ou obstrução do canal do parto.

Após o parto, as reavaliações colposcópica e citopatológica deverão ser realizadas, entre seis e oito semanas, em um centro de referência regional.

5.9.7 Exame clínico das mamas

O exame clínico das mamas é realizado com a finalidade de se detectar anormalidades nas mamas e/ou avaliar sintomas referidos pelas gestantes para, assim, identificar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução.

É também uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre: (i) o câncer de mama, seus sintomas, seus fatores de risco e sua detecção precoce; (ii) sobre a composição e a variabilidade da mama normal; e (iii) sobre a importância do aleitamento materno para a criança, para a própria gestante e para a família e a sociedade, pois nesta fase a mulher e sua família estão mais atentas e dispostas a receber informações e realizar atividades de promoção e prevenção à sua saúde.

Algumas orientações relacionadas ao cuidado com as mamas para o aleitamento podem ser enfatizadas:

- Sugere-se o uso de sutiã durante a gestação;
- Sugerem-se banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas) ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância;
- É desaconselhável o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo;
- É contraindicada a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro.

Para exame clínico das mamas (ECM), procede-se:

- À inspeção estática e dinâmica: identifique visualmente achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas, assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura e no padrão de circulação venosa.
- À palpação: consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele etc⁶.

5.9.8 O preparo das mamas para a amamentação

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, no sentido de colaborar para que a mãe e a criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito.

Levando-se em conta que a mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, entende-se que o preparo para a amamentação deva ser iniciado ainda no período de gravidez. No caso de gestante adolescente, é importante que a abordagem seja sistemática e diferenciada, porque a jovem está em etapa evolutiva de grandes modificações corporais, que são acrescidas daquelas referentes à gravidez e que podem dificultar a aceitação da amamentação.

Durante os cuidados no pré-natal, é importante conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher, a criança, a família e a comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo da amamentação.

Vantagens da amamentação:

Para a mulher:

- Fortalece o vínculo afetivo;
- Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia;

⁶ Outros detalhes sobre a técnica para o ECM podem ser encontrados nas referências: BRASIL, 2006f. Achados anormais requerem encaminhamento da gestante ao Centro de Referência Regional em Saúde da Mulher.

- Contribui para o retorno ao peso normal;
- Contribui para o aumento do intervalo entre gestações.

Para a criança:

- É um alimento completo; não necessita de nenhum acréscimo até os seis meses de idade;
- Facilita a eliminação de mecônio e diminui a incidência de icterícia;
- Protege contra infecções;
- Aumenta o vínculo afetivo;
- Diminui as chances de desenvolvimento de alergias.

Para a família e a sociedade:

- É limpo, pronto e na temperatura adequada;
- Diminui as internações e seus custos;
- É gratuito.

Manejo da amamentação:

O sucesso do aleitamento materno está relacionado ao adequado conhecimento quanto à posição da mãe e do bebê e à pega da região mamilo areolar.

Posição:

É importante respeitar a escolha da mulher, pois ela deverá se sentir confortável e relaxada. A amamentação pode acontecer nas posições sentada, deitada ou em pé. O posicionamento da criança deve ser orientado no sentido de garantir o alinhamento do corpo, de forma a manter a barriga da criança junto ao corpo da mãe para, assim, facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da deglutição.

Pega:

A pega correta acontece quando o posicionamento é adequado e permite que a criança abra a boca de forma a conseguir abocanhar quase toda, ou toda, a região mamilo areolar. Deste modo, é possível garantir a retirada adequada de leite do peito, capaz de proporcionar conforto para a mulher e o adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

Preparando as mamas para o aleitamento:

- Avalie as mamas na consulta de pré-natal;
- Oriente a gestante a usar sutiã durante a gestação;
- Recomende banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas) ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância;
- Esclareça que deve ser evitado o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo;
- Oriente que é contraindicada a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro.

É importante identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação, que tipo de experiência possui ou se já vivenciou alguma vez a amamentação. Além disso, é importante também oferecer às gestantes oportunidades de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo que objetivem informar as vantagens e o manejo para facilitar a amamentação.

Vale ressaltar que a amamentação é contraindicada para gestantes infectadas pelo HIV e pelo HTLV, pelo risco de transmissão do vírus da mãe para o bebê (BRASIL, 2009a).

5.9.9 Exames complementares de rotina e condutas

No quadro a seguir está descrito um roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de baixo risco, de acordo com a idade gestacional.

Quadro 12 – Roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de baixo risco

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo)

continua

Período	Exames
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)

Fonte: Brasil, 2005e.

Segundo as evidências científicas disponíveis, o rastreamento de condições clínicas pode ser ou não recomendado rotineiramente durante o pré-natal:

- Vaginose bacteriana assintomática: não deve ser oferecido, pois as evidências sugerem que a identificação e o tratamento dessa condição não diminuem o risco de parto prematuro e outros problemas reprodutivos (grau de recomendação A);
- *Chlamydia trachomatis* assintomática: não deve ser realizado, porque não há evidência suficiente da sua efetividade e do custo/efetividade (grau de recomendação A);
- *Cytomegalovirus*: a evidência disponível não embasa o rastreamento de rotina;
- *Streptococcus* do grupo B: não deve ser realizado, pois a evidência de sua efetividade clínica permanece incerta (grau de recomendação A);
- Vírus da hepatite C: não há evidência suficiente da sua efetividade como rastreamento de rotina (grau de recomendação C). Deve ser solicitado em situações especiais de alto risco, como uso de drogas injetáveis e/ou parceiro usuário, transfusões de sangue ou múltiplos parceiros de um ou de ambos;
- Vírus da hepatite B: o rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas, porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão mãe-filho (grau de recomendação A). Deve-se solicitar o rastreamento na primeira consulta (grau de recomendação A) – pois se o resultado for negativo e não houver história de vacinação prévia recomenda-se a vacinação – e no terceiro trimestre;
- HIV (A): deve ser oferecido na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal, porque as intervenções podem reduzir a transmissão materno-fetal (grau de recomendação A);
- Rubéola: deve ser oferecido para identificar mulheres em risco de contrair infecção e possibilitar vacinação no período pós-natal, protegendo gestações futuras (grau de recomendação B);
- Sífilis: é recomendado na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal. Se o resultado for positivo, recomenda-se tratamento imediato, já que o tratamento durante a gestação é benéfico para a mãe e para o feto (grau de recomendação B);
- Ecografia obstétrica: poderá ser solicitada para a gestante quando houver impossibilidade de determinação da idade gestacional correta e na presença de intercorrências clínicas ou

obstétricas, assim como detecção precoce de gestações múltiplas e retardo de crescimento intrauterino. Existem evidências de que sua realização poderá detectar malformações fetais não suspeitas. Embora seja um exame muito útil em diversas situações, na ausência de uma indicação específica, é bastante discutida a sua solicitação. Além disso, não existem dados até o momento que suportem sua recomendação como rotina. De igual forma, não há evidência da sua efetividade na redução da morbimortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A). Se for solicitada, na ausência de indicações específicas, a época ideal seria em torno de 16 a 20 semanas de gestação, quando podemos detectar malformações fetais e calcular a idade gestacional (grau de recomendação A).

5.9.10 Conduas diante dos resultados dos exames complementares de rotina

Quadro 13 – Conduas diante dos resultados dos exames complementares de rotina

Exames de rotina	Resultados	Conduas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

continua

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Sorologia para sífilis (lues)	VDRL positivo	<p>Trate a gestante e seu parceiro.</p> <p>Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega).</p> <p>Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI.</p> <p>Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI.</p> <p>Realize exame mensal para controle de cura.</p>
	VDRL negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

continuação

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Urina tipo I e urocultura	Proteinúria	<p>“Traços”: repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>“Traços” e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>“Maciça”: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>
	Piúria/bacteriúria/leucocitúria Cultura positiva (> 105 col/ml)	<p>Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma.</p> <p>Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento.</p> <p>Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.</p>
	Hematúria	<p>Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior.</p> <p>Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.</p>
	Cilindrúria	É necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Outros elementos	Não necessitam de condutas especiais.

continua

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: <ul style="list-style-type: none"> • Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; • Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Glicemia em jejum	85 – 119mg/dl	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.
	> 110mg/dl	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional.
TTGO 75g (2h)	Jejum < 110mg/dl 2h < 140mg/dl	Teste negativo.
	Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl	DM gestacional.
Proteinúria (teste rápido)		

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Teste rápido diagnóstico para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	TR negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
Sorologia para HIV	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita o exame no 3º trimestre.
Sorologia para hepatite B	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência.
	Teste negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

5.9.11 Prescrição de suplementos alimentares

- **Ferro e folato:** a suplementação rotineira de ferro e folato parece prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e no puerpério. Existem poucas informações em relação a outros parâmetros de avaliação da mãe e de seu recém-nascido (grau de recomendação A). O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, criado por meio da Portaria MS nº 730, de 13 de maio de 2005, recomenda a suplementação de 40mg/dia de ferro elementar (200mg de sulfato ferroso). Orienta-se que a ingestão seja realizada uma hora antes das refeições. A suplementação de ferro deve ser mantida no pós-parto e no pós-aborto por 3 meses;
- **Folato peri-concepcional:** tem forte efeito protetor contra defeitos abertos do tubo neural. Deve ser usado rotineiramente pelo menos dois meses antes e nos dois primeiros meses da gestação. Esta informação deve ser difundida por programas educacionais de saúde. Mulheres que tiveram fetos ou neonatos com defeitos abertos do tubo neural têm que usar folato continuamente se ainda desejam engravidar (grau de recomendação A);
- **Piridoxina (vitamina B6):** não há evidências para indicá-la como suplemento na gravidez, embora os resultados de um trabalho sugiram que seu uso pode ter efeito protetor em relação ao esmalte dentário (grau de recomendação A);
- **Cálcio:** seu uso parece ser benéfico em mulheres que apresentam alto risco de desenvolver hipertensão na gestação e naquelas que têm baixa ingestão de cálcio. Novas investigações

são necessárias para a definição da melhor dose a ser utilizada na gestação (grau de recomendação A);

- Zinco: não existem evidências suficientes para avaliar os efeitos do seu uso na gravidez. Os possíveis efeitos benéficos sobre a prevenção do trabalho de parto prematuro necessitam de novas avaliações (grau de recomendação A);
- Proteínas: a suplementação balanceada parece melhorar o crescimento fetal e reduzir os riscos de morte fetal e neonatal. As evidências são insuficientes para afirmar se existem outras vantagens potenciais (grau de recomendação A).

5.9.11.1 Suplementação de vitamina A

A vitamina A é nutriente que atua no sistema imunológico, auxiliando no combate às infecções, à diarreia e ao sarampo. Ajuda também no crescimento e desenvolvimento, além de ser muito importante para o bom funcionamento da visão. A falta de vitamina A pode resultar em cegueira.

O Programa de Suplementação de Vitamina A acontece em todos os Estados da Região Nordeste e nos municípios do Estado de Minas Gerais (no Norte do Estado e nos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri), pois são áreas consideradas endêmicas para a deficiência de vitamina A.

Dados de pesquisas importantes têm correlacionado a adequação das reservas corporais maternas de vitamina A com a redução da mortalidade desse contingente populacional. Portanto, nas regiões citadas, toda puérpera no pós-parto imediato, ainda na maternidade, deve receber uma megadose de 200.000 UI de vitamina A (1 cápsula VO), garantindo-se, assim, reposição dos níveis de retinol da mãe e níveis adequados de vitamina A no leite materno até que o bebê atinja os 6 meses de idade, diminuindo-se o risco de deficiência dessa vitamina entre as crianças amamentadas.

As mulheres não devem receber suplementação de vitamina A em outros locais (na rede básica de saúde, por exemplo) ou em outros períodos de sua vida reprodutiva, para que seja evitado o risco de teratogenicidade para o feto, caso haja nova gravidez em curso.

5.9.12 Vacinação na gestação

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados (raiva humana e influenza, por exemplo), de bactérias mortas, toxoides (tetânico e diftérico) e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos (hepatite B, por exemplo) acarrete qualquer risco para o feto. A seguir estão as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, para a vacinação das gestantes.

5.9.12.1 Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)

A vacina dT é indicada para a proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal.

Gestante não vacinada e/ou com situação vacinal desconhecida:

Deve-se iniciar o esquema o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional. No esquema recomendado constam três doses, podendo ser adotado um dos esquemas da tabela 7.

Para os vacinados anteriormente com 3 (três) doses das vacinas DTP, DT ou dT, deve-se administrar reforço dez anos após a data da última dose. Em caso de gravidez e ferimentos graves, deve-se antecipar a dose de reforço, sendo a última dose administrada a mais de 5 (cinco) anos. A última dose deve ser administrada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Diante de um acaso suspeito de difteria, deve-se avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados, deve-se iniciar esquema com três doses. Nos comunicantes com esquema incompleto de vacinação, este deve ser completado. Nos comunicantes vacinados que receberam a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço.

Tabela 7 – Esquema de vacinação de dT

1ª dose	2ª dose	3ª dose
Precoce	30 a 60 dias depois da 1ª dose	30 a 60 dias depois da 2ª dose
Precoce	60 dias depois da 1ª dose	60 dias depois da 2ª dose

Fonte: (BRASIL, 2001a).

Gestante vacinada:

Gestante sem nenhuma dose registrada: inicie o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.

Gestante com esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses): em qualquer período gestacional, deve-se completar o esquema de três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias entre elas.

Gestante com menos de 3 doses registradas: complete as 3 doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.

Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais) e última dose há menos de cinco anos: não é necessário vaciná-la.

Gestante com esquema completo (3 doses ou mais) e última dose administrada há mais de cinco anos e menos de 10 anos: deve-se administrar uma dose de reforço tão logo seja possível, independentemente do período gestacional.

Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos: aplique uma dose de reforço.

Contraindicações:

A vacina está contraindicada nas seguintes situações:

- Ocorrência de hipersensibilidade após o recebimento de dose anterior;
- História de hipersensibilidade aos componentes de qualquer um dos produtos;

- História de choque anafilático após administração da vacina;
- Síndrome de Guillain-Barré nas seis semanas após a vacinação anterior contra difteria e/ou tétano.

Eventos adversos

Manifestações locais:

- Dor, vermelhidão e edema são frequentes.

Manifestação sistêmica:

Febre, cefaleia, irritabilidade, sonolência, perda do apetite e vômito. Com menos frequência podem ocorrer anafilaxia e a síndrome de Guillan Barré, que são extremamente raras.

5.9.12.2 Vacina contra influenza (fragmentada)

A vacina contra a influenza é recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional. O PNI disponibiliza esta vacina na rede pública de saúde a todas as gestantes durante a campanha anual contra influenza sazonal. O esquema consta de uma dose no período da campanha.

Esta recomendação se deve ao ocorrido anteriormente durante a epidemia de influenza sazonal, no decorrer de pandemias anteriores e quando houve pandemia de influenza A (H1N1), em 2009, ocasiões em que a gravidez representou um risco ampliado para as mulheres saudáveis, sendo as gestantes consideradas de alto risco para a morbidade e a mortalidade, o que reforçou a necessidade de vacinação.

Contraindicações:

A vacina contra influenza sazonal não deve ser administrada em:

- Pessoas com história de alergia severa à proteína do ovo e aos seus derivados, assim como a qualquer componente da vacina;
- Pessoas que apresentaram reações anafiláticas graves a doses anteriores da vacina.

5.9.12.3 Vacinação contra hepatite B (recombinante)

Por considerar os riscos da gestante não vacinada de contrair a doença e de haver transmissão vertical, o PNI reforça a importância de que a gestante receba a vacina contra a hepatite B após o primeiro trimestre de gestação, independentemente da faixa etária. O esquema desta vacina deve ser seguido conforme os calendários de vacinação do adolescente e do adulto.

A seguir, destaca-se a recomendação de acordo com a situação apresentada:

- Gestantes com esquema incompleto (1 ou 2 doses): deve-se completar o esquema.
- Gestantes com esquema completo: não se deve vaciná-las.

Quadro 14 – Vacinação de rotina para gestantes

Imunobiológico	Recomendação	Esquema
Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não se perder a oportunidade de vacinação. Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.
Vacina contra influenza (fragmentada)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Dose única durante a Campanha Anual contra Influenza.
Vacina contra hepatite B	Gestantes após o primeiro trimestre de gestação.	Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.

Fonte: (BRASIL, 2001a).

Para a prevenção da transmissão vertical, no caso de recém-nascido de mãe sabidamente positiva para a hepatite B, é fundamental a administração precoce da vacina contra hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas, bem como da imunoglobulina humana específica (IGHB - 0,5mL). A vacina deve ser utilizada mesmo que a imunoglobulina não esteja disponível.

Além da vacina, é necessária a administração da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) em recém-nascido de mãe sabidamente positiva para a hepatite B.

5.9.12.4 Vacina contra raiva humana

Em situações de pós-exposição, a vacina contra raiva humana não é contraindicada durante a gestação. Na pré-exposição, a gestante também pode ser vacinada. Entretanto, devido ao risco da ocorrência de eventos adversos, é preferível que ela receba a vacina somente se não puder evitar as situações de possível exposição ao vírus rábico⁷.

5.9.12.5 Vacina contra febre amarela (atenuada)

Na rotina do serviço de vacinação, a gestante não deve receber a vacina contra febre amarela. Entretanto, em situações de surto, se a gestante reside ou vai se deslocar para área com

⁷ A gestante deve seguir o esquema recomendado para situações de pré ou pós-exposição, conforme orientação do Manual de Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana, 2011.

recomendação de vacinação para febre amarela, ela deve ser vacinada se o risco de adoecer for maior do que o risco de receber a vacina.

É importante ressaltar que as lactantes que amamentam crianças menores de seis meses de idade também não devem ser vacinadas.

Observações gerais:

As vacinas virais vivas que contêm os componentes do sarampo, da rubéola, da caxumba e da febre amarela não são recomendadas em situações normais. Contudo, quando for alto o risco de ocorrer a infecção natural pelos agentes dessas doenças (viagens a áreas endêmicas ou vigência de surtos ou epidemias), deve-se avaliar cada situação, sendo válido optar-se pela vacinação quando o benefício for considerado maior do que o possível risco.

Após a vacinação com tríplice viral, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), apenas por precaução. Entretanto, se a mulher engravidar antes desse prazo ou se houver administração inadvertida durante a gestação, não se justifica o aborto em nenhum desses casos, por se tratar apenas de risco teórico. A gestante deverá ser acompanhada pelo serviço de saúde.

Gestante suscetível que tenha contato com varicela deve receber a imunoglobulina humana antivaricela-zoster (IGHVAZ).

5.10 Aspectos psicoafetivos da gestação e do puerpério

A integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que, juntamente com a universalidade do acesso, a equidade das ofertas em saúde e a participação da comunidade, modificam os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. De acordo com este princípio, o sujeito passa a ser percebido de forma integral (não fragmentada) e ocorre a incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras. Dessa forma, a atenção à gestante, à puérpera e à criança deve ser concebida de forma integral, indissociada das questões físicas, emocionais, de seu contexto familiar, comunitário e de relações sociais.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS), atua ativamente no pré-natal e nas consultas de puerpério, tendo papel importante no cuidado integral à gestante, à dupla mãe-bebê e para a inserção do pai (ou companheiro) e da família nessa atenção.

Ressalta-se que as expressões *família*, *companheiro* e *pai* serão entendidas neste texto de forma ampliada, levando-se em consideração as diferentes formas existentes de organização familiar. Lembra-se ainda que, para compreender a família em sua complexidade, é importante suspender os conceitos fechados, lineares e prontos, os quais tendem a reduzir tal concepção.

Para auxiliar a qualificação das ações de pré-natal e puerpério, tendo como foco a atenção integral, este capítulo abordará aspectos emocionais que estão presentes durante a gestação, o parto e o puerpério. Busca-se auxiliar os profissionais das equipes de atenção primária na compreensão desses aspectos, bem como auxiliar na detecção precoce de situações de sofrimento psíquico, principalmente no puerpério, e subsidiar o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e tratamento em saúde mental.

5.10.1 Aspectos fundamentais da atenção integral no pré-natal e no puerpério

O compromisso das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) em relação à saúde integral no pré-natal e no puerpério envolve várias ações, desde a atenção à mulher que deseja engravidar, o cuidado no pré-natal, o cuidado após o parto, ao recém-nascido, à mãe, ao pai ou companheiro e à família (incluindo aqui filhos mais velhos que precisam de atenção, devendo ser preparados para a chegada do bebê, além do apoio dos avós, da família extensa etc.). O foco baseado somente nos aspectos físicos não é suficiente. A compreensão dos processos psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal deve ser potencializada na escuta e abordagem das equipes.

Neste sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua integralidade, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos, a sua família, o ambiente em que vive, se possui rede de apoio social e emocional, estabelecendo uma relação próxima e valorizando a singularidade de cada pessoa, contexto e situação. Muitos dos sintomas físicos manifestados pela gestante podem estar encobrendo questões emocionais, ansiedades e medos que muitas vezes não são percebidos pela mulher. Sendo assim, é fundamental a sensibilidade do profissional para entender o que está ocorrendo com cada gestante.

Por isso, em vez de fazer uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, é importante permitir que a mulher fale de si. Esta maneira de abordar é chamada de “abordagem centrada na pessoa”, que se contrapõe à abordagem centrada na doença. Significa buscar a compreensão da pessoa como um todo, em seu contexto de vida, o que inclui considerar aspectos que envolvem família, trabalho, crenças, dificuldades e potencialidades. Esta forma de atuação requer a valorização da relação estabelecida entre o profissional e as pessoas assistidas.

Para se obter um plano de cuidado resolutivo, é importante buscar a concordância entre os sujeitos dessa relação no que se refere aos objetivos da atenção, às prioridades, à natureza dos problemas e às responsabilidades (do profissional e da pessoa sob atenção). Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber *o que* e *como* dizer, pois essa habilidade é crucial para uma atenção adequada. De igual forma, a aptidão de escutar o outro pressupõe a capacidade de silenciar. Uma escuta qualificada é aquela feita de presença e atenção, livre de preconceitos. A escuta atenta e livre auxiliará o estabelecimento da confiança, que é necessária para o vínculo (RESSÉGUIER, 1988).

Além disso, é importante resgatar os significados essenciais das ações que são executadas cotidianamente pelos profissionais de saúde e que são, muitas vezes, banalizadas a ponto de se tornarem mecânicas. Romper com a abordagem puramente biológica requer que o profissional de saúde transcenda o mecanicismo das condutas diagnósticas e terapêuticas biologicistas e resgate os significados essenciais que essas ações possuem. Por exemplo, nos procedimentos de pré-natal e puericultura que implicam tocar/examinar o corpo das pessoas, é preciso lembrar que o que se faz é uma espécie de escuta do corpo, que também deve ser atenta e respeitosa.

Outra habilidade importante a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde é a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade das outras pessoas, mesmo quando não se teve as mesmas experiências. Uma presença sensível transmite serenidade e confiança, favorece a criação do vínculo e a corresponsabilidade.

5.10.2 Aspectos emocionais da gestação

Atualmente, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são reconhecidos. A maioria dos estudos converge para a ideia de que são períodos de grandes transformações psíquicas, o que requer escuta e atenção qualificada por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

A gravidez é considerada, no ciclo vital da mulher, um período de transição, assim como são os períodos da adolescência e do climatério. Durante a gestação ocorrem importantes mudanças metabólicas, época em que a mulher sente-se em estado temporário de instabilidade emocional. Neste período, ela vivencia novas adaptações e reorganizações interpessoais e intrapsíquicas, assim como a perspectiva de mudança no papel familiar e social, pois – além de mulher e filha – ela passa a se perceber e a ser vista como mãe (no caso da primeira gestação) e, quando múltipara, surgem novas mudanças, com a chegada de outros filhos. A mudança de papéis também pode ser observada no homem, uma vez que a paternidade é considerada como uma transição no desenvolvimento emocional (MALDONADO, 1986).

As transições demarcam a mudança de um período de vida para outro. São marcos importantes na vida de cada pessoa, pois envolvem transformações significativas, reorganizações e aprendizagens. As experiências de ter um filho, iniciar a vida profissional, casar-se, descasar-se, aposentar-se e entrar na menopausa representam exemplos de situações de transição (MALDONADO, 1986).

Também é importante ressaltar os fatores socioeconômicos na saúde mental da gestante. Numa sociedade em que, principalmente nas áreas urbanas, a mulher trabalha fora de casa, é responsável pelo orçamento familiar e mantém interesses diversos (profissionais, sociais etc.), o fato de ter um filho acarreta consequências bastante significativas, o que pode gerar o sentimento de ambivalência entre ser mãe e não ser. A preocupação com o futuro pessoal e do filho pode gerar apreensão, raiva e medo, o que dificulta a sensação de gratificação com a gravidez (MALDONADO, 1986).

Um dos temores que acompanha grande parte das gestantes está associado às alterações do esquema corporal: o medo da irreversibilidade, ou seja, a dificuldade de acreditar que as várias partes do corpo têm a capacidade de voltar ao estado anterior à gravidez. Este temor, quando extremo, pode significar um medo que a gestante tem de se transformar em outra pessoa, não mais conseguindo recuperar a sua identidade antiga. A maioria das gestantes, também, demonstra-se muito sensível neste período, necessitando de maior atenção das pessoas ao seu redor. O afeto oferecido é importante para que ela se sinta mais segura e feliz com a gestação (MALDONADO, 1986).

A gravidez representa a possibilidade de uma mudança afetiva na mulher, permitindo seu crescimento emocional. Porém, alguns comportamentos e expectativas com o nascimento do bebê merecem atenção por parte dos profissionais de saúde, tais como a expectativa de que o recém-nascido preencha certas necessidades da mãe ou do companheiro, como evitar a solidão, satisfazer a carência de afeto, trazer a sensação de utilidade, ocupar o lugar de um ente falecido etc. De igual forma, a maneira como a mãe imagina seu bebê pode dar indícios de dificuldades na relação com a futura criança, como na situação de uma mãe que só consegue imaginar seu filho como uma criança mais velha, indicando que provavelmente terá dificuldade de cuidar do recém-nascido.

Em relação ao casamento, a gravidez também pode auxiliar na maior integração e no aprofundamento do relacionamento do casal, mas, por outro lado, pode também despertar ciúmes, sensação de abandono por parte do homem e até provocar rupturas no relacionamento (MALDONADO, 1986).

O nascimento do bebê fornece uma nova dimensão na vida dos pais, solicitando um comprometimento relacional e afetivo que eles vivenciam por intermédio da *parentalidade*. O termo parentalidade envolve a preparação para o processo de tornar-se pai e mãe e se autorredefine no tempo mediante a interação e a aprendizagem entre as gerações. O conceito de parentalidade contém a ideia da função parental e de parentesco, da história da origem do bebê e das gerações que precedem seu nascimento. Tornar-se mãe ou pai reaviva desejos antigos experimentados na infância em face de seus próprios pais, considerados como adultos “todopoderosos” (DEBRAY, 1988). Significa ocupar o lugar de “pais” na cadeia de gerações, o que implica que se aceite, de certo modo, o caráter finito do tempo de vida, submetendo-se a esta lei da natureza que, quando o indivíduo se torna pai ou mãe, assinala o acesso à maturidade e anuncia, ao mesmo tempo, o futuro desaparecimento por intermédio da morte (THÉVENOT; NAOURI, 2004).

Sendo assim, os profissionais da Estratégia Saúde da Família devem ficar atentos aos aspectos psicoafetivos da gravidez, procurando identificar os sinais e sintomas que sugerem dificuldades em aceitar a gestação, expectativas e comportamentos em relação ao bebê, à maternidade e à paternidade. Além disso, é fundamental conhecer os aspectos emocionais que acompanham a maioria das gestantes, a fim de qualificar a atenção no pré-natal e no puerpério.

A seguir, serão listados alguns desses aspectos, tais como ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos. De igual forma, serão elencadas possíveis formas de abordá-los no espaço de interação do profissional com a gestante, buscando-se auxiliar o profissional na atenção durante o período gravídico-puerperal. A divisão por trimestre tem o objetivo de destacar as principais características de cada etapa e facilitar a conduta das equipes; porém, destaca-se que este processo não é estático, podendo algumas características se manifestar no decorrer de outros momentos da gestação.

Na primeira consulta de pré-natal:

Para algumas mulheres, a percepção da gravidez pode ocorrer antes da confirmação do exame clínico ou até mesmo antes da data que a menstruação deveria ocorrer. Mas há outras que somente confirmam a gravidez no quarto ou quinto mês, e os motivos podem ser os mais variados possíveis: ou porque têm pouca sintonia com seu corpo ou porque negam as mudanças corporais provocadas pela gestação ou porque têm histórias ginecológicas de amenorreias prolongadas ou porque confundem com menstruação os sangramentos eventuais do primeiro trimestre (MALDONADO, 1986).

A equipe de Saúde da Família possui papel importante na identificação e captação precoce dessas gestantes, devendo ficar alerta para sinais e sintomas que muitas vezes não são percebidos pelas próprias mulheres.

Ao procurar o profissional para a primeira consulta de pré-natal, pressupõe-se que a mulher já pôde sentir e refletir minimamente sobre o impacto de estar grávida. Nesse momento, já ocorreram reflexões quanto à possibilidade de dar continuidade ou não à gestação. No entanto, existem inseguranças e, no primeiro contato com o profissional, a gestante busca:

- confirmar sua gravidez;
- amparar suas dúvidas e ansiedades;
- certificar-se de que tem bom corpo para gestar;
- certificar-se de que o bebê está bem;
- apoiar-se para seguir nessa “aventura”.

É importante que o profissional de saúde:

- Acolha a gestante e seu companheiro. O acolhimento pressupõe receber, escutar e tratar as pessoas com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas. O acolhimento implica, também, a responsabilização dos profissionais pela condução do cuidado e na corresponsabilização dos usuários pela sua saúde.
- Reconheça o estado normal de ambivalência com relação à gravidez. Toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos aparecem, razão pela qual é necessário compreender esta circunstância sem julgamentos;
- Acolha as dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar este novo papel de forma satisfatória;
- Identifique as condições emocionais da gestação: se a gestante tem um companheiro, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família ou de amigos, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez, enfim, o contexto em que a gravidez ocorreu e suas repercussões na vida da gestante, de sua família e do seu entorno;
- Compreenda este estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;
- Perceba que a gestante pode estar buscando uma figura de apoio. Assim, o profissional passa a ser mais procurado às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas muito ameaçadoras para ela;
- Estabeleça uma relação de confiança e respeito mútuos;
- Proporcione espaço na consulta para a participação do(a) parceiro(a), para que ele(a) possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo a reflexão e o diálogo sobre as mudanças que ocorrerão com a chegada de um filho.
- Informe a gestante sobre seu direito ao acompanhante no pré-parto, no parto e no pós-parto e informe também a maternidade de referência, para que possam visitá-la. Isso o deixará mais tranquilos quanto à hora do parto.
- Compreenda que o processo de mudança na identidade e no papel ocorre também com o homem, porque a paternidade também é entendida como um processo de transição emocional e existencial.

E quando a gestante menciona que não deseja ter a criança e pensa em aborto? O que o profissional da Estratégia Saúde da Família pode fazer?

Primeiramente, é necessário estabelecer uma relação de confiança e, principalmente, respeitar o que está sendo dito. É fundamental escutar as razões, com atitude acolhedora e sem julgamentos morais, a fim de não afastar a gestante e aumentar seu sentimento de culpa e desamparo. É muito importante permitir que a grávida reflita sobre os motivos de não desejar a criança, para auxiliá-la a pensar sobre suas escolhas, ajudando-a a compreender as consequências do aborto em sua vida. A intervenção do profissional deve permitir que a gestante não tome uma atitude desesperada, com alguma solução que coloque sua vida e a do bebê em risco.

Em algumas situações, as equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental – por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – ou de outros profissionais de saúde mental do município, mas é importante acolher sempre a gestante que demonstrar essas ideias e vontades, não a deixando ir embora sem receber amparo.

Nas consultas subsequentes:

Dando-se continuidade ao pré-natal, observam-se, ao longo da gestação, algumas ansiedades, medos e sensações que acompanham a maioria das mulheres, questões emocionais que podem ser percebidas de acordo com o período gestacional.

Primeiro trimestre:

- Ambivalência (querer e não querer a gravidez).
- Momento de comunicação da gravidez ao(à) parceiro(a), aos familiares e amigos, o que tem repercussões variadas de acordo com o contexto em que ocorre a gravidez.
- Ansiedades e dúvidas sobre estar ou não grávida, uma vez que o feto não é concretamente sentido e as alterações corporais ainda são discretas.
- Medo de abortar.
- Oscilações do humor (aumento da irritabilidade, da vulnerabilidade e da sensibilidade).
- Instabilidade emocional.
- Primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, vômitos, sonolência, alterações na mama e cansaço.
- Desejos e aversões por determinados alimentos.
- Aumento do apetite.
- Ao final do primeiro trimestre, evidenciam-se as características de introspecção e passividade, que tendem a aumentar no decorrer da gravidez.

Segundo trimestre:

- As alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade. Mais comumente verifica-se a diminuição do desejo sexual. Em alguns casos, observa-se o aumento da satisfação sexual.
- Alteração da estrutura corporal, que, para a adolescente, tem uma repercussão ainda mais intensa.

- Percepção dos movimentos fetais e seu impacto (a presença do filho é concretamente sentida). Tal percepção gera alívio; caso contrário, pode provocar o temor de que algo esteja errado com sua gestação. Instalam-se mais decisivamente na mãe os sentimentos de personificação do feto, a partir de seus movimentos.
- A interpretação dos movimentos fetais constitui uma etapa da formação da relação mãe-bebê. Na fantasia da mãe, o feto começa a adquirir características peculiares e a se comunicar com ela por intermédio de seus movimentos.
- O companheiro também pode desejar sentir os movimentos fetais e comunicar-se com o bebê através da barriga da mãe. Quando isso ocorre, o feto já é incluído na dinâmica do relacionamento familiar.
- É o trimestre considerado mais estável do ponto de vista emocional.

Terceiro trimestre:

- As ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto e da mudança da rotina de vida após a chegada do bebê.
- Manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte).
- Aumentam as queixas físicas.
- Diminuição do desejo sexual.
- Maior facilidade de reviver antigas memórias e conflitos infantis da gestante com os próprios pais ou irmãos. O ressurgimento dessas vivências pode abrir a possibilidade de encontrar novas soluções e resolver conflitos antigos que poderiam interferir na relação mãe-bebê.

É importante que o profissional da Atenção Primária à Saúde:

- Evite o excesso de tecnicismo, estando atento, também, para as características comuns das diferentes etapas da gravidez, criando condições para a escuta acolhedora, em que os sentimentos bons e ruins possam aparecer;
- Identifique as pessoas que dão apoio à gestante;
- Fortaleça os grupos de casais e de gestantes. Estes são importantes para o suporte emocional, o esclarecimento de dúvidas e as orientações.
- Observe e respeite a diferença de significado da ecografia para a mãe e para o médico. Os pais geralmente relacionam a ecografia com as características e a personalidade do filho.
- Forneça, para alívio das ansiedades da mulher, orientações sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa, bem como sobre o pós-parto. Deve-se, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras e buscando observar o seu impacto em cada mulher;
- Prepare a gestante para o parto normal, ajudando a diminuir sua ansiedade e insegurança, assim como o medo do parto, da dor, de que o bebê nasça com problemas, entre outras questões emocionais;

- Estimule a presença do companheiro nas consultas de pré-natal, oferecendo escuta atenta aos seus anseios;
- Permita a expressão de crenças, sentimentos e emoções, conscientes e inconscientes, a respeito da gestação, do parto, da maternidade e da paternidade;
- Realize ações que enfoquem o fortalecimento da família e o desenvolvimento de projeto de vida, levando em consideração os sentidos atribuídos à gestação pela família e pela comunidade;
- Estimule a amamentação.

Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) podem auxiliar as equipes de Saúde da Família na atenção integral durante o pré-natal, participando de discussões de casos, momentos de educação permanente, consultas conjuntas, realização de grupos, visitas domiciliares, entre outras funções. Podem auxiliar também na identificação, no acolhimento e no atendimento às gestantes que apresentam sofrimento mental durante a gestação.

5.11 Queixas mais comuns na gestação

As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, patologias clínicas mais complexas. A maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

5.11.1 Náuseas, vômitos e tonturas

- Explique que tais sintomas são comuns no início da gestação;
- Oriente a gestante a: (i) consumir uma dieta fracionada (6 refeições leves ao dia); (ii) evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; (iii) evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; (iv) ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, como bolacha de água e sal; (v) ingerir alimentos gelados;
- Medicamentos: bromoprida, normoprida, dimenidrato, fenotiazinas, clorpromazina, levomepromazina, metoclopramida, associados ou não à vitamina B6;
- Agende consulta médica ou refira a gestante ao pré-natal de alto risco em caso de vômitos frequentes refratários às medidas citadas, pois podem provocar distúrbios metabólicos, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio (veja a conduta para hiperêmese gravídica).

5.11.2 Pirose (azia)

Oriente a gestante a:

- consumir dieta fracionada, evitando frituras;
- evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.

Obs.: Em alguns casos, a critério médico, a gestante pode fazer uso de medicamentos antiácidos.

5.11.3 Sialorreia (salivação excessiva)

- Explique que é um sintoma comum no início da gestação;
- Oriente dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos;
- Oriente a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

5.11.4 Fraquezas e desmaios

- Oriente a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;
- Indique dieta fracionada, de forma que a gestante evite jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições;
- Explique à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

5.11.5 Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal

- Certifique-se de que não sejam contrações uterinas;
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados;

Se houver flatulências (gases) e/ou obstipação intestinal:

- Oriente dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;
- Recomende que a gestante aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;

- Recomende caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;

Eventualmente, prescreva:

- Dimeticona (para os gases);
- Supositório de glicerina (para a obstipação);
- Hioscina, 1 cápsula, via oral, até 2 vezes ao dia (para as cólicas).

Solicite exame parasitológico de fezes, se necessário.

5.11.6 Hemorroidas

Recomende à gestante:

- Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescreva supositórios de glicerina;
- Que não use papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) e faça higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação;
- Que faça banhos de vapor ou compressas mornas.

Agende consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

5.11.7 Corrimento vaginal

- Explique que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;
- Não prescreva cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal;
- Agende consulta se ocorrer fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido ou caso haja prurido. Nestes casos, veja as condutas mencionadas no Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-Aids/MS.

5.11.8 Queixas urinárias

- Explique que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação (devido ao aumento do útero e à compressão da bexiga). Mesmo sendo incômodo o aumento do número de micções, é de extrema importância incentivar a ingestão hídrica adequada;

- Agende consulta médica caso exista dor ao urinar ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.

5.11.9 Falta de ar e dificuldades para respirar

Tais sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero por compressão pulmonar, assim como por consequência da ansiedade da gestante.

- Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Ouça a gestante e converse sobre suas angústias, se for o caso;
- Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar, pois – embora seja pouco frequente – pode se tratar de um caso de doença cardíaca ou respiratória;
- Agende a consulta médica caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico.

5.11.10 Mastalgia (dor nas mamas)

- Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas;
- Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;
- Oriente a gestante sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez), que pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades.

5.11.11 Lombalgia (dor lombar)

Recomende que a gestante:

- faça a correção de sua postura ao se sentar e ao andar;
- use sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- faça a aplicação de calor local;
- eventualmente, a critério e por orientação médica, use analgésico (se não for contraindicado) por tempo limitado.

5.11.12 Cefaleia (dor de cabeça)

- Afaste as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se houver mais de 24 semanas de gestação);
- Converse com a gestante sobre suas tensões, seus conflitos e seus temores;
- Refira a gestante à consulta médica, se o sintoma persistir;
- Oriente a gestante quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.

131

5.11.13 Sangramento nas gengivas

- Recomende a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dentes macia;
- Oriente a realização de massagem na gengiva;
- Recomende o uso de fio dental;
- Agende atendimento odontológico sempre que possível.

5.11.14 Varizes

Recomende que a gestante:

- não permaneça muito tempo em pé ou sentada;
- repouse (por 20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
- não use roupas muito justas e nem ligas nas pernas;
- se possível, utilize meia-calça elástica para gestante.

5.11.15 Câimbras

Recomende que a gestante:

- massageie o músculo contraído e dolorido e aplique calor local;
- evite o excesso de exercícios;
- realize alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas longas, assim como na ocasião da crise algica e quando for repousar.

5.11.16 Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)

- Explique que é uma ocorrência comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto;
- Recomende que a gestante não exponha o próprio rosto diretamente ao sol e que use protetor solar.

5.11.17 Estrias

Explique que são resultantes da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentam cor arroxeada, tendem com o tempo a ficar com uma cor semelhante à da pele.

Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de preveni-las.

5.12 Situações especiais na gestação

5.12.1 Gestação múltipla

É a gravidez que ocorre com a presença de dois ou mais fetos.

A prevalência mundial de gestação múltipla é de 10:1000 partos, com ampla variação local.

A gestação múltipla é associada a taxas mais altas de quase todas as complicações da gravidez, com exceção de macrossomia e pós-datismo.

O risco mais grave é de nascimento prematuro, que é o fator de maior impacto na mortalidade perinatal e morbidade a curto e longo prazos. Altas taxas de malformações fetais e restrição de crescimento também são importantes nos gemelares. Até 48% dos bebês decorrentes de gestações gemelares nascem antes das 34 semanas, em comparação com 9,7% dos bebês que são frutos de gestações únicas.

A gestação múltipla relaciona-se com:

- maior idade materna (entre os 15 e os 35 anos, há um aumento de mais de quatro vezes);
- a raça negra;

- multiparidade;
- história familiar (pelo lado materno);
- frequência maior de relações sexuais;
- técnicas de indução da ovulação ou de fertilização assistida.

A mortalidade perinatal é maior do que a habitual e aumenta em proporção direta ao número de fetos. É devida, principalmente, à prematuridade e à restrição do crescimento fetal e, secundariamente, à presença de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão etc. A ampliação do risco materno de mortalidade perinatal se deve, também, ao aparecimento mais frequente de hiperêmese, trabalho de parto prematuro, síndromes hipertensivas, anemia, quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas etc.

5.12.1.1 Diagnóstico

Somente o ultrassom propicia o diagnóstico de certeza. Entretanto, pode-se suspeitar de gêmeos quando há fatores de risco na anamnese e no exame físico, como história familiar positiva, hiperêmese gravídica, níveis muito elevados de Beta-HCG, altura uterina maior do que a idade gestacional e ausculta de mais de um foco de batimentos cardíacos fetais (BCF). Embora as evidências não recomendem ultrassom em gestações de baixo risco, já que não há evidências de melhores resultados perinatais, há estudos que evidenciam que um significativo número de gestações gemelares (38% em 15 mil gestantes) não é reconhecido até as 26 semanas (quando o ultrassom de rotina não é realizado no segundo trimestre) e até 13% não é reconhecido até o parto. Talvez os achados dos estudos que avaliaram o uso rotineiro de ecografia se devam ao fato de haver um pequeno número de gestações gemelares. Há uma lacuna em relação aos protocolos de seguimento de gestações múltiplas. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (Acog) recomenda o exame de ultrassom somente se houver suspeita clínica, como o aumento da altura uterina em relação à idade gestacional.

5.12.1.2 Nutrição

- Deve-se acrescentar 300 calorias a mais do que nas gestações únicas e 600 em relação às não gestantes. Estes valores representam o percentil 25 e 75 de ganho de peso para gestantes que tiveram bebês com no mínimo 2.500g.
- BMI < 18,5kg/m² (baixo peso): não há dados disponíveis suficientes para se fazer recomendações.
- BMI 18,5 para 24,9kg/m² (normal): aumento de 16,8 a 24,5kg.
- BMI 25,0 para 29,9kg/m² (sobrepeso): aumento de 14,1 a 22,7kg.
- BMI ≥ 30,0kg/m² (obesa): aumento de 11,4 a 19,1kg.
- Dieta ou suplementação de vitaminas: ferro (60mg/dia) e ácido fólico (1000mg/dia).

5.12.1.3 Prognóstico da gestação

O principal fator é a corionicidade, ou seja, a separação ou o compartilhamento da mesma placenta. Gêmeos monozigóticos, porém dicoriônicos, têm mortalidade semelhante à constatada para os dizigóticos. Já os monocoriônicos têm mortalidade 3 a 4 vezes maior.

As gestações gemelares dicoriônicas e diamnióticas não complicadas por outras complicações obstétricas podem ser acompanhadas em pré-natal de baixo risco (4). As monocoriônicas devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco devido às maiores complicações e à mortalidade perinatal.

5.12.1.4 Complicações da gestação gemelar

Perda precoce e tardia dos fetos:

- O aborto espontâneo de um dos fetos ocorre em até 27% das gestações diagnosticadas precocemente como gemelares (antes das 7 semanas). Já em ambos os sacos gestacionais, ocorre em 9%.
- Perda fetal tardia e mortalidade infantil: a mortalidade infantil em gêmeos é 5 vezes maior do que em gestações únicas (37 *versus* 7 por 1.000 nascidos vivos).
- Com a morte de um feto em idade gestacional mais avançada, há maiores riscos de coagulação intravascular disseminada, retardo de crescimento intrauterino e paralisia cerebral do feto sobrevivente.
- O aumento da mortalidade perinatal decorre principalmente da prematuridade, sendo cerca de 6 vezes maior do que nas gestações únicas.
- Nos monocoriônicos há uma complicação adicional, que é a síndrome da transfusão feto-fetal e feto acárdico. Assim, a mortalidade em monocoriônicos, independentemente da zigosidade, é 3 a 4 vezes maior.
- Malformações fetais: são 2 vezes mais frequentes em relação às gestações únicas e ainda maior nas monocoriônicas. Podem ser concordantes (em ambos os fetos) em torno de 10% das dicoriônicas e em 20% das monocoriônicas. O polidrâmnio associado à malformação é mais frequente do que em gestações únicas.
- Prematuridade: as taxas de nascimento prematuro em gemelares variam de 25 a 75%.
- Medidas do comprimento do colo uterino: medidas abaixo de 25mm são preditivas de maior risco de parto antes de 28 semanas. Entretanto, o valor preditivo positivo é baixo. O valor preditivo negativo para nascimentos antes de 32 semanas em colos com mais de 20mm é de 94% entre 21 e 24 semanas.
- Não há evidências de que a ecografia de rotina para medidas do comprimento de colo uterino possam prevenir nascimentos prematuros em gestações gemelares.
- Não há evidências para uso de progesterona, repouso, hospitalização, circlagem e tocolíticos (em gestantes assintomáticas) para prevenir a prematuridade.
- Uso de corticoides para acelerar a maturidade fetal: deve-se usar da mesma forma do que em gestações únicas, ou seja, quando há risco iminente de parto prematuro.
- Crescimento intrauterino restrito: também é uma importante causa de aumento da mortalidade perinatal.

Complicações maternas:

- Doença hipertensiva da gestação e pré-eclâmpsia (são duas vezes mais comuns), pré-eclâmpsia severa, síndrome de Hellp, degeneração gordurosa do fígado, diabetes gestacional, descolamento prematuro de placenta, Puppp (*pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy*), colestase, anemia, hiperêmese gravídica e tromboembolismo.

Via de parto:

- Não há evidências suficientes que suportem a indicação de cesárea eletiva para gestações gemelares. A via de parto deve ser escolhida dependendo da apresentação fetal, da idade gestacional, da amniocidade e da presença ou ausência de outras indicações formais de cesárea.

5.12.2 Gravidez na adolescência

A adolescência é uma importante etapa do desenvolvimento do ser humano para atingir a maturidade biopsicossocial. É durante este período que a sexualidade manifesta-se em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais, em desconhecidos desejos e na busca de relacionamento interpessoal ocasionados pelas alterações hormonais da puberdade, sendo foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos.

A maneira como os(as) adolescentes vão lidar com a sua sexualidade, como vão vivê-la e expressá-la é influenciada por vários fatores, entre os quais estão a qualidade das relações afetivas que vivenciaram e ainda vivenciam com pessoas significativas nas suas vidas, as transformações corporais, psicológicas e cognitivas trazidas pelo crescimento e desenvolvimento, até os valores, as normas culturais e as crenças da sociedade na qual estão inseridos.

É nesta fase que se iniciam os interesses pelas relações afetivas e sexuais e os momentos de “ficar”, conhecer, namorar, descobrir novas sensações, sentimentos e, em muitos casos, vivenciar a primeira relação sexual. É neste período, portanto, que os(as) adolescentes precisam ter a oportunidade de receber informações e orientações sobre a sua saúde sexual e reprodutiva para que possam ter conhecimentos e recursos que permitam ajudá-los a se prevenir de uma gravidez não planejada e se proteger de doenças, como as sexualmente transmissíveis: DST/Aids, hepatites, entre outras.

Quando e por que acontece a gravidez na adolescência?

Não existe um único motivo para a gravidez na adolescência. As causas são múltiplas e estão relacionadas aos aspectos sociais, econômicos, pessoais, às condições materiais de vida, ao exercício da sexualidade, ao desejo da maternidade e às múltiplas relações de desigualdade que constituem a vida social e cultural em nosso País.

Além disso, a falta ou a inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos referentes às especificidades da adolescência, o baixo acesso aos serviços de saúde e a falta de comunicação com os pais são outros aspectos no contexto da gravidez. Embora a ocorrência da gestação na adolescência possa ser considerada como uma espécie de “evento-

problema”, parece mais adequado entendê-la como um processo que pode resultar de uma multiplicidade de experiências de vida – razão pela qual ela pode assumir diferentes significados e ser também tratada de diferentes formas – e, por isso mesmo, pode apresentar diferentes desfechos.

O início cada vez mais precoce da puberdade e o decréscimo da idade da primeira menstruação são fatores que estão favorecendo o começo prematuro da idade reprodutiva de adolescentes. Aliadas a estes fatores estão também a facilidade das informações sobre assuntos relacionados à sexualidade na internet e na mídia, assim como a erotização precoce, favorecida pelos meios de comunicação. Segundo Heilborn (1998), as mudanças na sociedade brasileira diminuíram o valor moral que era dado à virgindade, sendo que a gravidez se tornou, então, uma forma de constituir família, de mudar de *status* social, uma vez que a maternidade é valorizada socialmente e vista como elemento formador da identidade, por meio da constituição de nova família.

Embora na última década o Brasil tenha conseguido reduzir em 30% o número de partos em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, a faixa etária de 10 a 15 anos permanece inalterada, apresentando o número de 27 mil partos a cada ano, o que representa 1% do total de partos no Brasil. Neste sentido, os serviços de saúde devem encorajar e promover um comportamento sexual e reprodutivo responsável e saudável para adolescentes, objetivando o seu bem-estar, a sua qualidade de vida e a elaboração e execução de seus projetos pessoais e profissionais.

O atendimento e a assistência à saúde aos adolescentes grávidos:

Adolescentes de ambos os sexos em situação de gravidez não devem ser tratados do mesmo modo que adultos por várias razões:

- Pela complexidade da situação, marcada pela dependência da família, pela falta de autonomia financeira e de espaço próprio, pelas dificuldades nas relações pessoais e sociais e por contextos de violência doméstica e urbana;
- Porque a família geralmente se constitui como um determinante central, exercendo forte pressão sobre as decisões sobre manter ou interromper a gravidez, sobre o processo de assistência, a relação conjugal e o estilo de vida do casal durante e, se for o caso, depois da gravidez e do parto;
- Pelas especificidades da própria faixa etária, em especial a compreendida entre os 10 e os 14 anos, que exige uma assistência à saúde diferenciada tanto para o pré-natal quanto para o parto, o puerpério e a contracepção;
- Por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, adolescentes de ambos os sexos podem apresentar pouca maturidade emocional para as decisões que devem ser tomadas no processo e para as mudanças advindas com a maternidade em condições como as descritas anteriormente.

Frequência de omissão ou negação do atraso menstrual e/ou a sua atividade sexual, trazendo queixas inespecíficas para a consulta, como dor abdominal, desmaios, sintomas gastrointestinais, até mesmo em caráter de consulta de urgência: deve-se ter muita cautela, a fim de criar um clima de segurança, privacidade e confiabilidade para a efetiva e adequada abordagem clínica, considerando-se a possibilidade de violência sexual.

Durante a assistência pré-natal, a equipe de saúde precisa ter a preocupação de orientar a adolescente sobre os aspectos específicos da gravidez, os hábitos saudáveis de nutrição, bem como sobre os cuidados que devem ser dispensados ao seu filho. Deve ser dada importância ao vínculo mãe/pai/filho, ao aleitamento materno, ao hábito de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do filho, à vacinação e à prevenção de acidentes na infância etc.

Para que a gravidez na adolescência transcorra sem maiores riscos, é importante que a captação para o início do pré-natal seja realizada o mais precocemente possível. Portanto, o momento do diagnóstico da gestação é de fundamental importância. A adolescente que chega à unidade de saúde com a suspeita de gravidez deve ser imediatamente acolhida por profissional de saúde sensibilizado. Este deve avaliar com a adolescente as expectativas quanto à possível gestação, seus medos e anseios, bem como suas reais possibilidades.

Questões que podem auxiliar o profissional de saúde na abordagem à adolescente:

- Ela tem vida sexual ativa?
- Usa algum método contraceptivo? De que forma?
- Tem atraso menstrual?
- Tem apresentado outros sinais ou sintomas, tais como: alteração das mamas, no abdome, náuseas, alteração do apetite?
- Há sinais de presunção de violência sexual?

A importância do teste imunológico de gravidez (TIG)

Para facilitar a captação precoce da adolescente gestante no pré-natal (no primeiro trimestre), deve-se ter disponível o TIG (teste imunológico de gravidez) instantâneo. Este teste com fita colorimétrica, realizado na presença da adolescente, evita o deslocamento da jovem para um laboratório e pode ser realizado por qualquer profissional de saúde qualificado. Desta forma, é possível, a partir do resultado, encaminhá-la ou admiti-la no pré-natal. Outras questões devem ser abordadas neste momento tão decisivo, como, por exemplo, a ambivalência no desejo da gravidez.

É imprescindível ressaltar a importância da participação, neste momento, de alguém de sua confiança, seja o companheiro, namorado ou algum familiar. No caso de TIG negativo, é importante enfatizar a necessidade de acompanhamento de contracepção e prevenção de uma possível gravidez.

Aspectos especiais da atenção à adolescente gestante

O atendimento diferenciado

Devido às características próprias dessa fase de desenvolvimento (em que ocorrem grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais), os serviços devem estabelecer um atendimento diferenciado às adolescentes grávidas e aos seus companheiros/parceiros, tendo como ações centrais:

- Estabelecer dias e horários específicos para a atenção às adolescentes grávidas e aos seus parceiros.

- Manter a agenda aberta, sem necessidade de marcar consulta.
- Ter disponibilidade para realizar a escuta ativa da adolescente e do seu parceiro, reduzindo suas dúvidas e prestando os esclarecimentos necessários, mesmo que necessite dispensar mais tempo na consulta.
- Favorecer espaços (nas consultas, nos grupos e nas oficinas) para que adolescentes do sexo masculino possam assumir a paternidade.
- Orientar adolescentes, pais, familiares e responsáveis para a prevenção da violência doméstica e sexual, como também alertá-los em relação a programas da *internet* sem orientação, sem monitoramento de um adulto e sem segurança, para que não se sintam vulnerabilizados com relação à pedofilia.

Pré-natal:

É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam mecanismos próprios para a captação precoce das gestantes adolescentes, proporcionando-lhes uma atenção pré-natal “diferenciada”, realizada por profissionais sensibilizados em relação às suas condições específicas e que não precisam, necessariamente, ser especialistas.

As adolescentes grávidas não possuem maior risco clínico e obstétrico em relação às grávidas de outras faixas etárias só pelo fato de que são adolescentes. Uma assistência pré-natal adequada é fundamental para garantir o baixo risco. No entanto, é preciso estar atento às gestantes da faixa etária entre 10 e 14 anos, pois apresentam maiores riscos materno-fetais. Entretanto, quando elas recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles da população em geral.

Condições de vida precárias e pressões psicológicas e sociais contribuem para a demora do início da assistência e da baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes.

As adolescentes não ficam grávidas sozinhas. Portanto, é fundamental que os adolescentes homens participem de todo o processo e estejam presentes nos momentos de cuidados necessários que devem ser tomados durante e após a gravidez.

É recomendado que a assistência à gestante adolescente seja realizada por equipe multiprofissional e que as consultas possam ser feitas pelo pré-natalista (médico/a e enfermeiro/a), não necessitando de encaminhamento para o alto risco, desde que a gestação evolua nos parâmetros de uma situação clínica-obstétrica e psicossocial favorável.

Os aspectos nutricionais, assim como o ganho de peso, a anemia, as infecções urinárias e pulmonares e o risco aumentado de trabalho de parto prematuro requerem uma atenção especial dos profissionais envolvidos na atenção às gestantes adolescentes.

É importante estar atento aos aspectos psicossociais e econômicos que envolvem a gravidez na adolescência, pois eles podem acarretar os principais riscos à mãe e ao bebê, razão pela qual devem ser cuidadosamente avaliados e monitorados.

Os serviços de saúde de qualquer nível (primário, secundário e terciário), incluindo os agentes de saúde, têm um papel fundamental no acompanhamento deste processo biopsicossocial. É uma oportunidade ímpar de promover, proteger, prevenir e assistir adequadamente os pais adolescentes e a criança.

Os serviços e profissionais de saúde precisam reconhecer que a oferta de atenção pré-natal ao grupo de adolescentes requer, apenas, sensibilidade e disponibilidade dos profissionais para exercer tais atribuições como membros da equipe de saúde.

Puerpério: mães e pais adolescentes

O acompanhamento das mães adolescentes e de seus bebês é fundamental para prevenir a depressão pós-parto e as morbimortalidades relativas à saúde materna e da criança.

É recomendado às mães e aos pais adolescentes que sejam acompanhados nas unidades de saúde, para que lhes sejam oferecidos apoio e suporte, estimulando suas capacidades, auxiliando na elaboração e execução de seus projetos de vida, na construção dos vínculos familiares, na prevenção da segunda gravidez, de DST/Aids e outros aspectos.

A equipe de saúde precisa estimular os adolescentes no desempenho das funções de mãe e pai, encorajando-os para o exercício da maternidade e paternidade responsável, evitando, no entanto, subestimar a sua capacidade.

A articulação de ações intersetoriais para apoiar socialmente pais e mães adolescentes é essencial, pois favorece o aporte das políticas sociais, além de promover ambientes protetores para que possam cuidar de si e de suas famílias.

Anticoncepção:

As ações que envolvem a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva fazem parte da atenção integral à saúde de adolescentes, com ações realizadas e articuladas com as escolas (PSE/SPE).

Mesmo assim, a repetição da gestação na adolescência é muito frequente, o que indica a necessidade fundamental de que algum método contraceptivo seguro para a adolescente, eficaz e compatível com a amamentação seja iniciado precocemente durante os 40 dias pós-parto: DIU, anticoncepcionais hormonais injetáveis mensal ou trimestralmente (somente com progestágeno), sempre associados ao preservativo.

São da responsabilidade dos profissionais da atenção a orientação e o esclarecimento sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, inclusive os naturais, para que as jovens e seus companheiros possam fazer escolhas livres e informadas, incluindo o respeito às suas concepções religiosas.

Na abordagem e disponibilidade dos métodos, sempre deve ser incluída a contracepção de emergência, quando houver falha ou acidente relativo ao método escolhido e em uso.

É preciso ressaltar o comprometimento da interação medicamentosa e da eficácia dos métodos contraceptivos utilizados em relação ao uso de outros medicamentos e drogas lícitas e ilícitas.

A promoção do autoconhecimento do corpo atua como facilitador do uso de alguns métodos contraceptivos, aumentando sua eficácia e melhorando sua adesão, como é o exemplo da camisinha feminina.

As UBS devem conhecer as questões éticas e legais que envolvem o direito à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes⁸.

⁸ Para saber mais, acesse: <www.saude.gov.br/adolescente>.

5.13 Mudanças de hábitos de vida e medidas preventivas

5.13.1 Práticas de atividade física

O exercício aeróbico regular durante a gravidez parece melhorar ou manter a capacidade física e a boa imagem corporal. Entretanto, os dados ainda são insuficientes para esclarecer os possíveis riscos e benefícios para a mãe e o recém-nascido (grau de recomendação A).

Gestantes saudáveis devem ser avaliadas antes de iniciar a atividade física. As atividades físicas recreativas, em sua grande parte, são seguras durante a gravidez. No entanto, devem ser evitados exercícios que coloquem as gestantes em risco de quedas ou trauma abdominal (como esportes de contato ou de alto impacto). Recomenda-se a prática de exercícios moderados por 30 minutos, diariamente.

5.13.2 Viagens durante a gravidez

Viagens aéreas geralmente são seguras para a grávida até quatro semanas antes da data provável do parto (grau de recomendação D). Viagens longas de avião estão associadas ao aumento de risco de trombose venosa; entretanto, não está claro se há risco adicional na gravidez ou não. Na população geral, o uso de meia de compressão é efetivo e reduz o risco.

Nas viagens de carro, as gestantes devem ser informadas sobre o uso correto dos cintos de segurança, que devem ser de três pontos, usados acima e abaixo do abdome, e não sobre ele.

5.13.3 Atividade sexual na gravidez

Manter relações sexuais na gravidez não parece estar associado a efeitos adversos. A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está associada com o aumento da mortalidade perinatal, comparando-se mulheres sem atividade sexual com aquelas com mais de quatro relações por mês (grau de recomendação B). A atividade sexual na gravidez também não está associada com o aumento da prematuridade, independentemente da presença de vaginose bacteriana ou de tricomoníase (grau de recomendação A).

A restrição à atividade sexual deve ser feita apenas a critério médico, por causa de patologias como placenta prévia ou alto risco de prematuridade.

5.13.4 Trabalhando durante a gestação

Pacientes com história prévia de dois ou mais abortamentos não devem permanecer muitas horas em pé ou caminhando, seja no trabalho ou em atividades domésticas. Aquelas que trabalham mais de sete horas em pé apresentam probabilidade maior de abortamento espontâneo.

Para gestantes sem história prévia de abortamento, não foi encontrado risco associado à atividade física durante a jornada de trabalho (grau de recomendação B).

141

5.14 As práticas integrativas e complementares

A publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Portaria nº 971/2006) inclui no SUS racionalidades médicas e recursos terapêuticos, como a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a homeopatia, a medicina antroposófica, o uso de plantas medicinais e o termalismo social/crenoterapia.

Homeopatia na saúde materno-infantil

A homeopatia caracteriza-se como uma racionalidade médica, uma vez que possui um sistema semiológico, clínico e terapêutico próprio, não obstante partilhe de diversos conhecimentos da biomedicina, em que o diagnóstico clínico é parte indispensável para o acompanhamento de cada indivíduo. Utiliza a repertorização e a matéria médica homeopática como instrumentos preferenciais.

Sua propedêutica induz a construção de estreito vínculo, fator que inegavelmente contribui para o tratamento. A investigação própria da consulta homeopática auxilia na promoção do autoconhecimento e da autonomia, estimulados pela necessidade de fornecer e processar as informações durante cada atendimento.

A homeopatia pode ser oferecida a todas as pessoas que desejem este tratamento. Não há restrições a esta terapêutica, que pode contribuir para o fortalecimento da relação estabelecida pelo binômio mãe-bebê, para a atenção à gestante, ao parto e ao puerpério e ao cuidado ao recém-nascido.

Cada mulher está imersa no seu próprio universo particular, o que a torna, em momentos especiais, mais frágeis e vulneráveis. A gestação, o parto e o puerpério são condições de grande densidade e representativas de muitas transformações no universo feminino. Por tal razão, a compreensão deste contexto e dos inúmeros fatores que possam alimentar o processo de adoecimento é indispensável para uma abordagem mais avançada. A intervenção com o uso da homeopatia supõe o reconhecimento dessas forças e a análise de como cada uma dessas mulheres vivencia e experimenta a maternidade, inserida no seu contexto de vida, superando alguns dos fatores que impedem a manutenção da saúde e sobrepujando muitos dos obstáculos à cura.

No campo de atuação clínica, a homeopatia não está circunscrita a sistemas ou patologias, nem se restringe a ciclos evolutivos, mas destina-se à pessoa que sofre. Por tal razão, pode ser aplicada aos agravos predominantes na atenção básica, tanto às doenças crônicas quanto às agudas, como,

por exemplo, para as mulheres diabéticas, hipertensas, alérgicas, com doenças respiratórias, digestivas, circulatórias, com doenças mentais etc. Nas doenças agudas e epidêmicas, a homeopatia atua de forma rápida e segura, desde que seja garantido o acesso ao acompanhamento adequado. Ou seja, durante o período gestacional, assim como no acompanhamento do trabalho de parto e no puerpério, a homeopatia pode auxiliar na prevenção, na adesão ao parto natural e no tratamento de agravos físicos e emocionais, oferecendo mais um suporte terapêutico.

No acompanhamento aos recém-nascidos, a homeopatia pode beneficiá-los, reduzindo o uso de medicamentos desnecessários, promovendo seu uso racional, além de induzir a adesão a hábitos naturais e saudáveis, especialmente o aleitamento materno. As mudanças de atitude e de comportamento em prol de uma vida mais saudável são próprias de uma postura mais equilibrada diante da vida. Desta forma, a homeopatia auxilia na prevenção e no tratamento de patologias prevalentes na referida faixa etária, contribuindo para a redução da mortalidade neonatal.

Para a intervenção em homeopatia, faz-se necessária a existência de profissional devidamente especializado. Destaca-se que todas as mulheres e os recém-nascidos podem ser acompanhados simultaneamente por outros profissionais da rede, devendo requerer, para isso, os mecanismos de referência e contrarreferência.

5.15 A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) na saúde materno-infantil

Sistema de origem oriental, surgido na antiguidade chinesa, que utiliza cosmovisão referenciada no pensamento tradicional clássico chinês. A concepção da MTC compreende a inter-relação de todos os fenômenos que compõem a vida e a natureza. Todos os elementos estão integrados e qualquer processo é dinâmico e mutável, cuja ocorrência se dá de forma múltipla e simultânea. Os conceitos intrínsecos das polaridades de Yin e Yang, a teoria dos meridianos e dos cinco elementos são os principais referenciais teóricos deste pensamento filosófico.

Não há qualquer separação do ser com seu interior ou da doença com o doente. Ao contrário: nesta abordagem, propõe-se a junção de todas as partes, constituindo assim a totalidade do ser.

A MTC tem como recursos terapêuticos a acupuntura, a moxabustão, a ventosa, a fitoterapia chinesa, massagens, a prática da meditação e a meditação em movimento (Lian Gong, Tao-In, Tai Chi Chuan, Tchi Kung, entre outras práticas).

A acupuntura pode ser usada no acompanhamento de mulheres na gravidez, na condução do trabalho de parto e no puerpério. Para toda intervenção da MTC, faz-se necessária a presença de profissional especializado.

Toda propedêutica requer um diagnóstico do padrão de desarmonia em que se ancora o tratamento preconizado de forma individualizada.

No tratamento de crianças, a MTC é pouco utilizada, mas pode ser empregada em recém-nascidos desde que haja rigor na técnica e cuidado adequado. Há algumas diferenças que devem ser observadas entre o tratamento dado aos adultos e o indicado às crianças.

Para o uso em recém-nascidos, destaca-se a Shantala, prática milenar de origem indiana de massagem para bebês que auxilia o fortalecimento do vínculo entre a mãe e o bebê, o restabelecimento das suas funções normais e o relaxamento, amenizando as cólicas abdominais e melhorando o sono, o que conseqüentemente promove a saúde materno-infantil.

5.16 Abordagens da saúde bucal na gestação

A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais de saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê. Portanto, é de extrema importância que os serviços de saúde estabeleçam como rotina a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal (BRASIL, 2006i).

Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à grávida, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento (BRASIL, 2006i). Os cirurgiões-dentistas podem compartilhar informações sobre a segurança do tratamento odontológico na gravidez com os colegas médicos, para fornecer-lhes recomendações claras (SILK et al., 2008).

Problemas bucais mais comuns na gravidez:

Os problemas bucais mais comuns durante o período gestacional são a cárie dentária, a erosão no esmalte dentário, a mobilidade dentária, a gengivite e a periodontite. Por isso, toda mulher grávida deve ser avaliada quanto aos hábitos de higiene bucal, ao acesso à água fluoretada e às doenças da boca. O exame bucal deve incluir dentes, gengiva, língua, palato e mucosa. As pacientes devem ser aconselhadas a realizar rotinas de escovação e uso do fio dental e a evitar uma quantidade excessiva de açúcar em lanches e bebidas, além de orientadas a consultar um cirurgião-dentista quando for necessário (SILK et al., 2008).

Cárie dentária:

As mulheres grávidas correm maior risco de apresentar a cárie dentária por diversas razões, incluindo o aumento da acidez na cavidade bucal, a elevação da frequência da ingestão de alimentos (devido à diminuição da capacidade fisiológica do estômago) e por causa da pouca atenção que elas dão para a saúde bucal (HEY-HADAVI, 2002). A cárie precoce aparece como áreas brancas, desmineralizadas, que mais tarde se tornam cavidades acastanhadas. Quando não tratada, pode ocasionar o abscesso bucal e a celulite facial.

Filhos de mães que têm altos níveis de cárie são mais propensos a manifestar esta doença (BERKOWITZ, 2003). Pacientes grávidas devem diminuir o risco, escovando seus dentes, no mínimo, duas vezes por dia (com creme dental fluoretado) e limitando a ingestão de alimentos açucarados (SILK et al., 2008). A técnica de adequação do meio bucal e o controle de placa são boas condutas odontológicas preventivas que podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e continuidade do tratamento após a gravidez (BRASIL, 2008d).

Erosões no esmalte dentário:

Podem ocorrer em pacientes com hiperêmese gravídica (ADA, 2006), pois durante a gestação a cavidade bucal é exposta com mais frequência ao ácido gástrico, que pode desgastar o esmalte

dentário. As estratégias de cuidado objetivam reduzir a exposição oral ao ácido por intermédio de dieta e de alterações no estilo de vida, além do uso de antieméticos, antiácidos ou ambos. Lavar a boca com uma colher de chá de bicarbonato de sódio em um copo de água após o vômito pode neutralizar o ácido (KUMAR, 2006). As mulheres grávidas devem ser aconselhadas a evitar a escovação dos dentes imediatamente após o vômito e usar uma escova de dentes com cerdas macias para reduzir o risco de danos ao esmalte. Bochechos com flúor podem proteger as pacientes da erosão de seu esmalte e da sensibilidade dentinária (LEWIS, 2003).

Mobilidade dentária:

Pode estar presente durante a gravidez mesmo na ausência de doença periodontal, devido ao aumento dos níveis de estrogênio e progesterona, que afetam o periodonto, ou seja, os ligamentos e ossos que suportam os dentes (SCHEUTZ, 2002). Os profissionais devem assegurar aos pacientes que esta condição é temporária e, por si só, não causa a perda do dente (SILK et al., 2008).

Gengivite:

É a mais comum das doenças bucais no período gestacional (ADA, 2006). Aproximadamente metade das mulheres com gengivite pré-existente sofre o agravamento significativo da referida doença bucal durante a gravidez (HEY-HADAVI, 2002). Isso ocorre pelas variações nos níveis de estrogênio e progesterona, em combinação com mudanças na flora bucal e com a diminuição da resposta imune. Medidas de higiene bucal completa, incluindo a escovação e o fio dental, são recomendadas. Os pacientes com gengivite severa podem necessitar de limpeza profissional e enxaguatórios bucais, como a clorexidina (SILK et al., 2008). A boa higiene bucal, desde o início da gestação, pode assegurar uma gengiva sadia. O uso de fluoreto pré-natal não é recomendado, pois sua eficácia não tem sido demonstrada (BRASIL, 2006i).

Periodontite:

É uma inflamação destrutiva do periodonto que afeta cerca de 30% das mulheres em idade fértil (KUMAR, 2006). Toxinas produzidas pelas bactérias estimulam uma resposta inflamatória crônica e o periodonto é dividido e destruído, criando bolsas que se tornam infectadas (AAP, 2007). Este processo pode induzir bacteremias recorrentes, resultando na produção de citocinas, prostaglandinas e as interleucinas, as quais podem afetar a gravidez (BOGGESS, 2006). Níveis elevados destes marcadores inflamatórios foram encontrados no líquido amniótico de mulheres com periodontite e parto prematuro, em comparação com o observado em pacientes-controle saudáveis (DÖRTBUDAK, 2005). Parece provável que estes marcadores inflamatórios iniciam prematuramente o trabalho de parto. Mecanismo semelhante é pensado para baixo peso ao nascer (OFFENBACHER, 2001). Xilitol e clorexidina diminuem a carga bacteriana oral materna e reduzem a transmissão das bactérias aos bebês quando tais medicamentos são utilizados na gravidez e/ou no período pós-parto. Ambos os agentes tópicos são seguros na gestação e durante o aleitamento materno (NCP, 2007).

A gravidez, por si só, não determina quadro de doença periodontal. Alterações na composição da placa subgengival, resposta imune da gestante e a concentração de hormônios sexuais são fatores que influenciam a resposta do periodonto. A gestação acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa (BRASIL, 2006i).

Atendimento odontológico de gestantes:

No atendimento odontológico à paciente gestante, é importante observar os seguintes aspectos e procedimentos:

- Baixo peso (BP): investigue a história alimentar da paciente, se há casos de hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes;
- Dê-lhe orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis;
- Remarque as consultas em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual.

Período gestacional:

1º trimestre: período menos adequado para tratamento odontológico (devido às principais transformações embriológicas). Neste período, deve-se evitar, principalmente, tomadas radiográficas.

2º trimestre: período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações.

3º trimestre: é um momento em que há maior risco de síncope, hipertensão e anemia (BRASIL, 2006i). É frequente o desconforto na cadeira odontológica, podendo ocorrer hipotensão postural e compressão da veia cava. Medidas como manter a mulher inclinada para seu lado esquerdo, alternar frequentemente as posições da gestante na cadeira e realizar consultas breves podem reduzir problemas (WASYKLO, 1998).

Na realização de tomadas radiográficas, deve-se proteger a gestante com avental de chumbo e protetor de tireoide e, se possível, utilizar filmes ultra-rápidos (BRASIL, 2006i).

O atendimento odontológico de urgência pode ser realizado em qualquer período gestacional (AAP, 2004); porém, as urgências devem ser atendidas observando-se os cuidados indicados em cada trimestre (BRASIL, 2006i). Vale ressaltar que adiar os cuidados dentais para depois do parto pode ser problemático, porque as novas mães estarão focadas no atendimento de seus recém-nascidos (BOGGESS, 2006).

O uso de alguns medicamentos pela gestante pode acarretar problemas na dentição dos bebês, pois os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de vida intrauterina e os dentes permanentes a partir do quinto mês de vida intrauterina. A tetraciclina, por exemplo, deve ser evitada em função do efeito colateral de causar pigmentação nos dentes da criança. É importante também que, durante o planejamento do tratamento odontológico, quando houver necessidade do emprego de medicamentos ou uso de anestésico local, o médico seja consultado (BRASIL, 2006i).

Neste sentido, os profissionais de saúde devem estimular o autocuidado do binômio mãe-filho, atuando como importantes agentes em educação em saúde, contribuindo com a desmistificação de medos e mitos relacionados às alterações bucodentais atribuídas ao fato de se estar grávida e à atenção odontológica durante o pré-natal. Além disso, é importante considerar que os benefícios de boas práticas de saúde certamente se estenderão ao futuro bebê, por meio da adoção de hábitos alimentares adequados e de medidas preventivas, minimizando a possibilidade de surgimento de várias patologias na criança, entre elas a cárie dentária (CODATO et al., 2011).

5.17 Orientações e ações educativas

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Esta possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias.

É necessário que o setor Saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde. As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem; porém, não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros e familiares. A posição do homem na sociedade está mudando tanto quanto os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. Portanto, os serviços devem promover o envolvimento dos homens (adultos e adolescentes), discutindo a sua participação responsável nas questões da saúde sexual e reprodutiva.

É imprescindível que as gestantes e seus acompanhantes – sejam eles os(as) companheiros(as) ou membros da família ou seus amigos – tenham contato com atividades de educação, pois muitas vezes este é o espaço onde se compartilham dúvidas e experiências que normalmente não são discutidas em consultas formais, dentro dos consultórios dos médicos, enfermeiros ou dentistas.

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. É importante que se façam grupos fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo “palestra”, que é pouco produtivo e ofusca questões subjacentes que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido.

Portanto, é importante que toda a equipe de saúde se inclua em espaços de discussão, levando à população, em espaços formais e não formais, os temas que discutimos, pois a educação popular em saúde é a forma mais democrática de construir um conceito amplo de saúde, de promover o autocuidado e de produzir melhores indicadores de saúde.

5.17.1 Aspectos que devem ser abordados nas ações educativas

Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher e sua família devem receber informações sobre os seguintes temas:

- a importância do pré-natal;
- e cuidados de higiene.

A realização de atividade física:

De acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, a realização de atividade física pode proporcionar benefícios, por meio do ajuste corporal à nova situação. Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas na assistência pré-natal e puerperal. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto.

Nutrição:

- Promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes.

Sinais de alerta:

- Sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço.

Preparo para o parto:

- Planejamento individual, considerando-se o local, o transporte, os recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, o apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Incentivo ao protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;

- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério.

Importância da participação do pai durante a gestação e o parto:

- O estabelecimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e importância das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

Orientações às gestantes:

- em relação ao estilo de vida;
- trabalho durante a gravidez.

As mulheres grávidas devem ser informadas dos seus direitos e benefícios em relação à maternidade.

Para a maioria das mulheres, é seguro continuar trabalhando durante a gravidez. Deve ser avaliada a exposição a risco ocupacional no trabalho de cada mulher.

Orientações alimentares:

Para evitar infecções alimentares:

- Beba apenas leite pasteurizado ou UHT;
- Evite comer patês;
- Não coma carnes cruas;
- Evite ovos crus e alimentos que possam conter salmonella (como maionese).

5.18 Parto normal vs. cesariana

Os índices de nascimentos por cesariana vêm aumentando por vários motivos. Inicialmente, as indicações eram por distócia mecânica, desproporção céfo-pélvica e más apresentações. O

procedimento ficou mais seguro com o uso de medicações eficazes que previnem as suas principais complicações, como a infecção puerperal, a hemorragia e as complicações anestésicas. As indicações de cesariana ampliaram-se também com a intenção de reduzir a morbimortalidade perinatal. Atualmente, outras indicações são frequentes, como feto não reativo, apresentação pélvica, gestante HIV positivo, cesárea prévia. Com o aumento do número de cesáreas primárias em pacientes jovens, a repetição também aumenta, o que representa de 15% a 45% do total dos nascimentos.

5.18.1 Indicações obstétricas de parto cesáreo

- Absolutas: desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, situação fetal transversa, herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo.
- Relativas: feto não reativo em trabalho de parto, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (dependendo do estágio do parto), apresentação pélvica, gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), cesárea prévia, macrossomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto, psicopatia.

Os benefícios da cesárea planejada incluem: conveniência, maior segurança para o bebê e menos trauma no assoalho pélvico da gestante, que, além disso, conta com a vantagem de não passar pela dor do parto. As potenciais desvantagens descritas em estudos observacionais incluem: maior morbimortalidade materna, efeitos psicológicos adversos, problemas em futuras gestações (como ruptura da cicatriz uterina), maior risco de feto morto no nascimento e morbidade neonatal.

Uma avaliação sem vieses sobre as vantagens e desvantagens deveria embasar a discussão obstétrica. Entretanto, em recente revisão de Cochrane, de abril de 2009,⁹ não foram encontrados estudos controlados e randomizados que avaliassem os riscos e benefícios da cesárea planejada sem uma indicação médica precisa.

5.18.2 Desvantagens e riscos da cesariana

Período de recuperação mais longo:

- Aumento da morbidade materna: um dos maiores estudos sobre o tema mostrou severa morbidade de 27,3 e 9,0/1000 partos para cesárea e parto vaginal respectivamente (OR 3,1, 95% CI 3,0-3,3), risco de parada cardíaca (OR 5,1), hematoma de parede (OR 5,1), histerectomia (OR 3,2), maior infecção puerperal (OR 3,0), complicações anestésicas (OR 2,3), tromboembolismo venoso (OR 2,2) e hemorragia que requer histerectomia (OR 2,1).
- Aumento do risco de problemas respiratórios neonatais: síndrome respiratória e taquipneia transitória são mais comuns em cesáreas do que em partos vaginais e podem determinar

⁹ As Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane são produzidas por *The Cochrane Library*, uma coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde.

hospitalização mais longa. A morbidade respiratória neonatal foi de 35,5/1000 para neonatos de cesárea eletiva (antes de iniciar trabalho de parto), sendo significativamente mais alta do que para neonatos de cesáreas realizadas durante o trabalho de parto (12,2/1000) ou parto vaginal (5,3/1000). Problemas respiratórios são mais frequentes após cesárea porque os mecanismos de reabsorção dos fluidos do pulmão sem o trabalho de parto não são ativados e, muitas vezes, ocorrem como resultado de prematuridade iatrogênica.

- Aumento da mortalidade neonatal: as evidências são bastante limitadas. Estudo norte-americano analisou atestados de óbito e mostrou um aumento da mortalidade neonatal pós-cesárea planejada em relação ao parto vaginal planejado, após ajustes para outras variáveis passíveis de criar confusão (OR 1,93, 95% CI 1,67-2,24) (PETITTI et al., 1982).
- Riscos para futuras gestações: riscos para placenta prévia e acreta são significativamente mais comuns após uma ou mais cesáreas.

A revisão da literatura mostra algumas evidências de alta qualidade para algumas situações e, em outras, com níveis fracos.

Recomendações para a indução do parto com alto nível de evidência:

- Gestação pós-termo (≥ 41 semanas);
- Ruptura prematura de membranas a termo ou próximo ao termo com maturidade fetal;
- Retardo de crescimento intrauterino antes do termo: a indução do parto reduz a morte fetal intrauterina, mas aumenta a taxa de cesárea e as mortes neonatais.

Casos em que as evidências são insuficientes para a indução do parto:

- Gestantes com diabetes insulino-dependentes, gestação gemelar, macrosomia fetal, oligodrâmnio, colestase da gestação, doença cardíaca materna e gastroquise fetal.

Quadro 15 – Vantagens e desvantagens do parto normal ou cesáreo

	Parto normal	Parto cesáreo
Prematuridade	Menor	Maior
Respiração do bebê	Favorece	Não favorece
Dor no trabalho de parto	Pode ser dolorosa, com gradações.	
Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou mediante aplicação de anestesia.	Idem	
Dor na hora do parto	Também pode ser controlada com anestesia.	É sempre realizada com anestesia.
Dor após o parto	Menor	Maior. Há necessidade de analgésicos mais fortes.

continua

	Parto normal	Parto cesáreo
Complicações	Menos frequentes	Acidentes anestésicos e hemorragias são mais comuns.
Infecção puerperal	Mais rara	Mais frequente
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Custo	Menor	Maior
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Muito baixo	Pequeno, porém maior do que no parto normal.
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Fonte: Brasil, 1995.

Toda gestante deve saber que o melhor tipo de parto é aquele mais adequado às condições de sua gravidez, ou seja, é o que melhor atende ao seu bebê e às possíveis complicações surgidas durante a gravidez.

De maneira geral, o parto normal ou vaginal reúne, em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que o torna a forma ideal de dar à luz. Além disso, é natural, tem menor custo e propicia à mulher uma recuperação bem mais rápida.

Deve-se ressaltar que o parto normal é também importante para ajudar a completar a maturidade da criança: ao passar pela bacia da mãe, o bebê tem seu tórax comprimido, o que ajuda a expelir a água porventura depositada em seus pulmões, facilitando-lhe a respiração e diminuindo o risco de problemas respiratórios.

5.19 O parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais

No Brasil, o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais está presente principalmente nas Regiões Norte e Nordeste, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, em meio às populações quilombolas e indígenas. Entretanto, por não estar incluído no SUS e ainda não ser reconhecido como uma ação de saúde que se desenvolve na comunidade, o parto domiciliar assistido ocorre, em geral, de forma precária e em situação de exclusão e isolamento, sem o respaldo e o apoio da Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança.

A diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País exige a adoção de diferentes modelos de atenção integral à saúde da mulher e da criança e a implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se considerar o princípio da equidade e resgatar a dívida histórica existente em relação às mulheres e às crianças assistidas por parteiras tradicionais.

É fundamental a inclusão do parto e do nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais no SUS, entre as estratégias para a atenção integral à saúde da mulher e da criança e para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

No Brasil, a questão da melhoria da assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais vem sendo amplamente discutida desde a década de 1970. Em várias regiões do País foram desenvolvidas atividades com parteiras tradicionais, com vistas à melhoria da qualidade dessa assistência, seja por parte do setor público ou de organizações da sociedade civil.

O Ministério da Saúde, a partir de 2000, vem adotando várias iniciativas para melhorar a atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Entre elas encontrava-se o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que recolocou a melhoria do parto e do nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais na pauta de discussão com gestores estaduais e municipais, como uma responsabilidade do SUS e uma atribuição da Atenção Básica.

O programa objetiva resgatar e valorizar os saberes tradicionais, articulando-os aos científicos, considerando a riqueza cultural e da biodiversidade como elementos importantes para a produção de novos conhecimentos e tecnologias.

A parteira tradicional adquire suas aptidões realizando partos por conta própria ou após aprender o ofício com outras parteiras, em geral suas mães, avós, sogras e comadres. Geralmente, inicia-se na arte de partejar ainda jovem. A formação ocorre na prática, movida pelo desejo de servir, pelo sentimento de solidariedade e pela necessidade imposta num contexto de isolamento, de exclusão e falta de acesso aos serviços públicos. O saber tradicional que as parteiras detêm, relacionado com o processo de cuidar e curar, foi transmitido de geração para geração. Por muitos milênios, o trabalho das parteiras foi a única forma de assistência obstétrica. Seu conhecimento, portanto, é ancestral, empírico e intuitivo.

Os municípios onde o parto e o nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais são uma realidade precisam assumir o compromisso de definir formas de apoio e articulação, bem como definir investimentos financeiros que promovam as condições essenciais para a superação do atual panorama de isolamento, exclusão, desigualdades e injustiças que envolvem mulheres e bebês assistidos por parteiras.

Entre as estratégias para a inclusão do parto e do nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais no SUS, é fundamental a articulação do trabalho da parteira tradicional com as equipes de atenção básica e, nas comunidades indígenas, com a equipe multidisciplinar de saúde indígena.

5.19.1 A parteira tradicional

O Ministério da Saúde define como parteira tradicional aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade com parteira.

Em muitos lugares, a parteira é conhecida como “parteira leiga”, “aparadeira”, “mãe de umbigo”, “curiosa”, entre outras denominações. Porém, o Ministério da Saúde adota a denominação de “parteira tradicional” por considerar que este termo valoriza os saberes e as práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que ela detém. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais.

A ocupação de *parteira* consta da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), edição 2002, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), sob o código 5151-15, na família ocupacional agentes comunitários de saúde e afins.

É importante enfatizar que o parto e o nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais inserem-se no contexto das ações básicas de saúde.

Entre as atividades das equipes de atenção básica para o apoio e a articulação do parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais encontram-se os seguintes procedimentos:

- Identificar as parteiras tradicionais e realizar o seu cadastramento, alimentando e mantendo atualizado o sistema de informação da atenção básica do município;
- Realizar diagnóstico (a partir das informações coletadas na ficha de cadastro) da assistência ao parto domiciliar em seu território, incluindo um levantamento das dificuldades enfrentadas pelas parteiras no desenvolvimento de seu trabalho, para aprimorar a gestão municipal no desenvolvimento de ações que possam fortalecer e integrar os serviços de saúde, consolidando a Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança;
- Estimular a vinculação solidária entre os agentes comunitários de saúde, as equipes de atenção básica e as parteiras tradicionais, de modo a garantir o acompanhamento do trabalho das parteiras tradicionais e manter informações atualizadas sobre eventos vitais (nascimentos e óbitos);
- Desenvolver estratégias para a avaliação e o acompanhamento sistemáticos da atenção ao parto e ao nascimento domiciliares;
- Garantir o acompanhamento ao pré-natal e ao puerpério e a atenção integral às mulheres e aos recém-nascidos assistidos por parteiras tradicionais (exames de rotina, preenchimento do Cartão da Gestante e da Caderneta da Criança, vacinação, teste do pezinho, planejamento familiar/reprodutivo, entre outras ações);
- Orientar as parteiras sobre a esterilização e os cuidados com o instrumental utilizado na atenção ao parto e, sempre que possível, realizar a esterilização do referido instrumental na unidade de saúde;
- Fornecer, sempre que necessário, a reposição dos materiais descartáveis do *kit* da parteira tradicional para a atenção segura ao parto, tais como: luvas, gorros, gazes esterilizadas, entre outros materiais.

PARTE 2

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E
OBSTÉTRICAS MAIS FREQUENTES

Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes

6

6.1 Hiperêmese gravídica

Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, acarretando hipocloremia, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos). Nos casos graves, pode ocasionar insuficiência hepática, renal e neurológica. Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores do citado transtorno. A hiperêmese gravídica pode, também, estar associada a questões como gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes e isoimunização Rh.

Há outros fatores que podem acarretar vômitos com a mesma gravidade e que devem ser afastados, tais como: úlcera gástrica, cisto torcido de ovário, gravidez ectópica, insuficiência renal, infecções intestinais. Os vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperêmese gravídica.

Apoio psicológico e ações educativas desde o início da gravidez, bem como reorientação alimentar, são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados. Nas situações de êmese persistente, o profissional de saúde deve prescrever drogas antieméticas, por via oral ou intravenosa, além de hidratação.

Antieméticos orais:

- Metoclopramida = 10mg de 4 em 4h;
- Dimenidrato = 50mg de 6 em 6h.

Antieméticos injetáveis:

- Metoclopramida = 10mg (uma ampola = 10mg) de 4 em 4h;
- Dimenidrato = 50mg (uma ampola = 1ml) de 6 em 6h.

Nos casos de hiperêmese gravídica que não responderam à terapêutica inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação faz-se necessária. Em tais situações, o profissional de saúde deve encaminhar a gestante imediatamente para um hospital.

Deve-se orientar o uso de bebidas geladas para a melhoria dos sintomas, assim como se deve evitar o uso de bebidas com gás e que contenham cafeína.

6.2 Síndromes hemorrágicas

As mais importantes situações hemorrágicas na gravidez são as seguintes:

- Na primeira metade da gestação: abortamento, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica e neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme);

- Na segunda metade da gestação: placenta prévia (PP) e descolamento prematuro da placenta (DPP).

Na avaliação do caso, o exame ginecológico deve ser realizado, particularmente o especular, para o diagnóstico diferencial de outras possíveis causas de hemorragia e como forma de se evitar o toque vaginal, que pode ser prejudicial no caso de placenta prévia. Nas mulheres identificadas como Rh negativo, valorize a necessidade de imunoprofilaxia Rh quando o parceiro for Rh positivo ou desconhecido. Nos casos em que houver eliminação de material pelo colo uterino, compatível com restos ovulares, providencie exame anatomopatológico.

160

6.2.1 Abortamento

É a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o conceito pesa menos de 500g. Pode ser espontâneo ou provocado. O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semanas.

O abortamento tem como fatores etiológicos os seguintes: alterações cromossômicas, anomalias do ovo e da implantação, placentopatias, mecanismos imunológicos, ginecopatias (malformações uterinas, miomatose uterina, alterações endometriais devido à curetagem uterina, infecções, cicatrizes cirúrgicas, incompetência istmo-cervical), endocrinopatias (diabetes, tireoidopatias, insuficiência do corpo lúteo), anemias graves, sífilis na gestação, além de doenças cardiorrespiratórias.

O diagnóstico é clínico e ultrassonográfico. O atraso menstrual, a perda sanguínea uterina e a presença de cólicas no hipogástrio são dados clínicos que devem ser considerados.

O exame genital é de grande importância. O exame especular permite a visualização do colo uterino, para a constatação da origem intrauterina do sangramento. Eventualmente, detectam-se fragmentos placentários no canal cervical e na vagina. Pelo toque, é possível a avaliação da permeabilidade do colo.

O exame ultrassonográfico é definitivo para o diagnóstico de certeza entre um aborto evitável (presença de saco embrionário íntegro e/ou conceito vivo), um aborto incompleto (presença de restos ovulares) ou aborto retido (presença de conceito morto ou ausência de saco embrionário).

O abortamento pode ser classificado nas seguintes formas clínicas:

- Ameaça de abortamento ou aborto evitável:
 - Caracteriza-se pela integridade do ovo, com útero compatível com a idade da gravidez e colo impérvio. Há presença de sangramento vaginal discreto ou moderado, sem que ocorra modificação cervical, geralmente com sintomatologia discreta ou ausente (dor do tipo cólica ou peso na região do hipogástrio).

O exame especular identifica sangramento em pequena quantidade proveniente do canal cervical ou apenas coletado no fundo de saco posterior. Ao toque vaginal, o colo uterino apresenta-se fechado e bem formado e os anexos e fundos de saco estão normais e livres. Em casos de dúvida, solicite ultrassonografia.

O tratamento é discutível. Como regra geral, o repouso no leito é medida aconselhável para todas as situações e deve ser preferencialmente domiciliar. O repouso diminui a ansiedade, favorecendo o relaxamento e reduzindo os estímulos contráteis do útero. A administração, por tempo limitado, de antiespasmódicos (hioscina, um comprimido, VO, de 8 em 8 horas) tem sido utilizada. O uso de tocolíticos não é eficiente, uma vez que, nesta fase de gestação, os beta-receptores uterinos não estão adequadamente sensibilizados. Tranquilizantes e/ou sedativos, em doses pequenas, podem ser administrados. Deve-se orientar abstinência sexual.

A ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável.

Na admissão hospitalar devido a abortamento, evitável ou não, deve-se solicitar o VDRL para afastar o diagnóstico de sífilis. Em caso de resultado reagente, inicie o tratamento imediatamente.

- Aborto inevitável:

- Caracteriza-se por perda da integridade do ovo, sangramento moderado a acentuado contendo coágulos e/ou restos ovulares, colo uterino permeável, dor em cólica de forte intensidade e redução do volume uterino em relação à idade gestacional. Pode culminar em abortamento completo ou incompleto.

Conduta: encaminhe a paciente para o hospital de referência obstétrica, para a realização de curetagem uterina, quando necessária, e ofereça tratamento de suporte, se for preciso, para estabilização hemodinâmica.

- Aborto retido:

- Caracteriza-se pela interrupção da gestação com permanência do produto conceptual na cavidade uterina. Pode ocorrer discreto sangramento, com colo impérvio, regressão dos fenômenos gravídicos e redução do volume uterino em relação à idade gestacional.

Conduta: encaminhe a paciente para o hospital de referência obstétrica, para a realização de curetagem uterina.

- Aborto infectado:

- Caracteriza-se por quadro infeccioso materno, com presença de ovo íntegro ou não e quadro hemorrágico variável. Associa-se, habitualmente, à manipulação uterina. Pode apresentar secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.

Na dependência do estágio clínico, pode ser dividido em:

- Grau 1: é o mais frequente; a infecção está limitada ao conteúdo da cavidade uterina;
- Grau 2: a infecção já se expande à pelve (pelvipерitonite);
- Grau 3: peritonite generalizada e infecção sistêmica com grave comprometimento do estado geral, coagulação intravascular generalizada, insuficiência renal, falência de múltiplos órgãos e choque séptico.

Conduta: fluidoterapia (para a estabilização hemodinâmica) e encaminhamento para o hospital de referência obstétrica, além de antibioticoterapia, para a cobertura da infecção polimicrobiana

(esquema sugerido: penicilina cristalina, 5.000.000 UI, EV, 4h/4h + gentamicina, 1mg/kg de peso, IM ou EV, 8h/8h + metronidazol, 500mg, EV, 6h/6h ou clindamicina, 600mg, EV, 6h/6h). Na dependência da gravidade do quadro clínico, pode ser empregado tratamento cirúrgico.

6.2.2 Gravidez ectópica

Corresponde à nidação do ovo fora da cavidade uterina, sendo mais frequente a prenhez tubária na sua porção ampular. A mulher, frequentemente, apresenta história de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, com sinais de irritação peritoneal. As repercussões hemodinâmicas podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.

No exame físico, avaliam-se as condições gerais e os sinais de irritação peritoneal. O exame especular pode mostrar a presença do sangramento. Pelo toque vaginal, verifica-se o amolecimento do colo e a presença ou não de aumento uterino. A palpação das zonas anexiais pode provocar dor e demonstrar presença de tumor.

Conduta: encaminhe a mulher para um hospital de referência obstétrica, para exame ultrassonográfico, definição e tratamento. O tratamento conservador, com utilização de metotrexato, é restrito a casos de gravidez ectópica incipiente e íntegra, com diâmetro inferior a 5cm e com embrião sem vitalidade. Diante de quadro hemorrágico secundário à rotura de prenhez ectópica, o tratamento será cirúrgico.

6.2.3 Doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme)

Caracteriza-se pela degeneração trofoblástica ocorrida após uma gestação, tópica ou ectópica, podendo apresentar-se como mola hidatiforme, *corioadenoma destruens* e coriocarcinoma.

O diagnóstico clínico pode ser feito pela presença de sangramento vaginal intermitente, geralmente de pequena intensidade, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico). A altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a idade gestacional, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona). Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas). A presença de hiperêmese é mais acentuada, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos.

Atente para a presença de hipertensão arterial precoce, já que esta é a única condição de pré-eclâmpsia previamente à 20ª semana de gestação.

A quantificação do β HCG, com níveis muito acima do valor normal, pode ajudar no diagnóstico da doença. O diagnóstico é ultrassonográfico e é confirmado pelo exame histopatológico do material curetado.

Conduta: todos os casos suspeitos devem ser encaminhados ao hospital de referência obstétrica para que se realize a confirmação diagnóstica e o tratamento.

6.2.4 Patologias do trato genital inferior

O diagnóstico diferencial dos sangramentos genitais da primeira metade da gravidez deve passar necessariamente pelo exame ginecológico na busca de lesões do trato genital que possam causar sangramento, tais como: cervicites, lacerações, pólipos, neoplasias, varizes rotas, lesões causadas por agentes químicos ou mecânicos.

6.2.5 Descolamento cório-amniótico

Caracteriza-se por sangramento genital de pequena intensidade. É diagnosticado por exame ultrassonográfico. A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular. A conduta é conservadora e, basicamente, consiste no esclarecimento à gestante.

6.2.6 Descolamento prematuro de placenta (DPP)

É a separação intempestiva da placenta do seu sítio de implantação no corpo uterino antes do nascimento do feto, em uma gestação de 20 ou mais semanas completas. Sua incidência está em torno de 0,5% a 3% das gestações, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna.

Os principais fatores predisponentes incluem: estados hipertensivos, fatores mecânicos, como traumas, retração uterina após o esvaziamento rápido do polidrâmnio e alterações placentárias (placenta circunvalada, infartos placentários decorrentes do tabagismo, má nutrição, alcoolismo, diabetes com vasculopatia). Apesar de todos estes fatores, em grande número de casos, a causa primária do descolamento é desconhecida.

O DPP inicia-se com um sangramento no interior da decídua, acarretando a formação de um hematoma e o descolamento abrupto da placenta do seu sítio normal de implantação. O sangue fica represado e se coagula atrás da placenta, caracterizando o hematoma retroplacentário. Em cerca de 80% dos casos, o sangue desloca ou rompe as membranas e flui para o exterior, ocasionando o sangramento vaginal, causando a hemorragia externa. Nos 20% restantes, o sangue fica totalmente retido atrás da placenta, caracterizando a hemorragia oculta.

O sangue pode, através de uma solução de continuidade da membrana, atingir a cavidade ovular, causando hemoâmnio. Numa grande hemorragia oculta, os componentes do sangue, provenientes do hematoma retroplacentário, podem atingir o miométrio, causando desarranjo da estrutura das miofibrilas, ocasionando a atonia uterina, quadro de apoplexia útero-placentária

ou útero de Couvelaire. Neste quadro, o aspecto do útero e dos anexos é característico, com coloração azulada marmórea, devido às infusões sanguíneas e às equimoses que se assentam sobre a serosa.

O diagnóstico é, preferencialmente, clínico, feito pelo aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável, perda sanguínea de cor vermelho-escura, com coágulos e em quantidade, às vezes, pequena, que pode ser incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque. Em alguns casos, o sangramento pode ser oculto. Ocorre na fase inicial, taqui-hipersístolia, seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais, caracterizando o sofrimento fetal pela diminuição da superfície de trocas e a morte iminente.

Ao exame obstétrico, o útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes. Há comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.

Na suspeita diagnóstica, encaminhe a paciente, como emergência, ao hospital de referência obstétrica. Deve-se lembrar que, apesar de epidemiologicamente associados à hipertensão arterial, atualmente os casos de descolamento prematuro de placenta, sobretudo aqueles ocorridos entre mulheres que vivem na periferia dos grandes conglomerados humanos, estão frequentemente associados ao uso de drogas ilícitas, notadamente a cocaína e o *crack*.

6.2.7 Placenta prévia (inserção baixa de placenta)

Corresponde a um processo patológico em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero. As mulheres múltiparas e com antecedentes de cesáreas são consideradas de maior risco. Também são considerados fatores de risco: idade avançada, curetagem uterina prévia, gravidez gemelar, patologias que deformem a cavidade uterina, cesarianas anteriores e infecção puerperal. A incidência gira em torno de 0,5% a 1% de todas as gestações.

A hemorragia espontânea produz-se porque o bordo placentário se descola na formação do segmento inferior, por despreguamento do istmo. A placenta, não podendo acompanhar, arranca as conexões com a decídua basal, o que provoca hemorragia materna, originária dos espaços intervilosos.

Na anamnese, é relatada perda sanguínea por via vaginal, súbita, de cor vermelha viva, de quantidade variável, não acompanhada de dor. É episódica, recorrente e progressiva. O exame obstétrico revela volume e tono uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala. Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos. O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal.

O diagnóstico de certeza é dado pelo exame ultrassonográfico. O profissional de saúde deve referenciar a gestante para continuar o pré-natal em centro de referência para gestação de alto risco.

6.3 Patologias do líquido amniótico

6.3.1 Oligoidrâmnio

Caracteriza-se pela acentuada diminuição do volume do líquido amniótico, diagnosticado quando o volume se apresenta inferior a 250ml, entre a 21ª e a 42ª semanas gestacionais. Incide em cerca de 3,9% a 5,5% das gestações.

As principais causas são:

- Patologias placentárias: rotura prematura de membranas, insuficiência placentária, deslocamento prematuro de placenta;
- Patologias fetais: crescimento intrauterino retardado; anomalias congênicas, principalmente as do trato urinário; anomalias cromossomiais;
- Patologias maternas: diabetes associada a vasculopatias; hipertensão arterial; hipovolemia; síndrome antifosfolípido; colagenoses; uso de drogas inibidoras da enzima conversora da angiotensina e da síntese de prostaglandinas.

O oligoidrâmnio se relaciona, frequentemente, com resultado perinatal desfavorável, seja em função da patologia de base determinante, seja devido ao efeito mecânico provocado sobre o conceito pela diminuição do volume amniótico (pressão contínua sobre o feto, o que provoca alterações musculoesqueléticas; adesões entre o âmnio e as partes fetais, o que determina graves deformidades, inclusive amputação; desenvolvimento de hipoplasia pulmonar e compressão funicular, principalmente no transcorrer do trabalho de parto). Quanto mais precoce a instalação do quadro, mais grave tende a ser o prognóstico, principalmente pela hipoplasia pulmonar e pela presença de anormalidades congênicas.

Clinicamente, haverá suspeita da patologia quando a altura uterina for inferior àquela esperada para a idade gestacional estimada, especialmente quando associada à diminuição da movimentação fetal e fácil percepção das pequenas partes fetais à palpação obstétrica. No diagnóstico diferencial, devemos lembrar a restrição do crescimento intrauterino e a subestimação da idade gestacional.

O diagnóstico ultrassonográfico será efetuado por meio da análise subjetiva ou semiquantitativa dos vários bolsões de líquido amniótico. A avaliação subjetiva permite diagnosticar a oligoidramnia quando há ausência de coleções adequadas de líquido, principalmente no nível da região cervical e dos membros fetais. As técnicas semiquantitativas são aquelas que estimam o volume por meio da mensuração da profundidade e/ou largura das coleções de fluido. Consideramos oligoidramnia quando o resultado do índice de líquido amniótico é inferior ou igual a 5,0cm.

Após a confirmação da patologia, faz-se obrigatório pesquisar as causas determinantes e, para isso, a gestante deverá ser encaminhada imediatamente ao pré-natal de alto risco. Afastada a presença de anomalias congênicas, destaque especial deverá ser dado à pesquisa de restrição do crescimento intrauterino e do sofrimento fetal pela hipoperfusão placentária.

Pode ser indicada a amniotomia, introdução de solução salina fisiológica na cavidade amniótica antes de se realizar o exame ecográfico, já que a diminuição do volume amniótico dificulta o estudo ultrassonográfico. Depois do procedimento de amniotomia, poderá ser realizada, quando indicada, a cordocentese, para a obtenção de sangue fetal, a fim de se realizar avaliação laboratorial, especialmente de cariótipo.

6.3.2 Polidramnio

A polidramnia tem sido arbitrariamente definida como o acúmulo de líquido amniótico em volume superior a 2.000ml no momento da resolução da gravidez. Ocorre por erro no mecanismo de circulação, de produção, por dificuldade de absorção ou pela associação desses fatores. Acredita-se que esteja presente em 0,4% a 1,5% das gestações, embora sua frequência possa ser influenciada pela definição e pelo método diagnóstico utilizados.

Associa-se a algumas patologias, destacando-se o diabetes mellitus, as infecções congênitas (como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes), a doença hemolítica perinatal e a gemelaridade. É também reconhecida sua relação com as anormalidades congênitas fetais, principalmente as que acometem o sistema nervoso central, o trato gastrointestinal, o coração e o sistema musculoesquelético. Da mesma forma, tem sido citada sua relação com as patologias placentárias, como os corioangiomas. Apesar de predito, em 34% a 63% das vezes, a polidramnia é rotulada como idiopática.

A morbimortalidade perinatal torna-se ampliada em decorrência de sua associação com anomalias congênitas, prematuridade, alterações cromossômicas, prolapso de cordão, descolamento prematuro de placenta ou por causa da patologia materna determinante do quadro, especialmente a isoimunização pelo fator Rh e o diabetes mellitus. Vale destacar também a relação existente com a macrosomia fetal, mesmo na ausência de diabetes materno. Parece haver também ligação entre a maior intensidade de polidramnia e a piora do resultado perinatal.

Observa-se, ainda, aumento da mortalidade materna pela ocorrência simultânea de maior número de apresentações anômalas, descolamento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas ovulares, distócia funcional e hemorragia pós-parto. Em pacientes portadoras de cicatrizes uterinas, o risco de rotura do útero estará acrescido. Existe, também, elevação do número de gestações resolvidas pela via abdominal.

Sempre haverá suspeita do diagnóstico clínico quando a altura uterina for superior àquela esperada para a idade gestacional estimada, especialmente quando a paciente referir diminuição da movimentação fetal e quando houver impossibilidade de palpar partes fetais e dificuldade de realizar a ausculta do concepto. O tônus uterino poderá estar maior e, nos casos agudos, a paciente poderá referir dor intensa. No exame clínico materno, é frequente encontrar-se edema de membros inferiores e da parede do abdome, além da presença de estrias abdominais. Em casos graves, é possível que ocorra desconforto respiratório e dispneia, devidos à elevação e à compressão do diafragma, além de oligúria, decorrente da compressão ureteral pelo útero gravídico. No diagnóstico diferencial, deve-se afastar a gemelaridade e a macrosomia fetal.

O diagnóstico ultrassonográfico será feito quando houver, subjetivamente, excessiva quantidade de líquido amniótico, especialmente na área das pequenas partes fetais, quando

o maior bolsão de líquido, mensurado verticalmente, for igual ou superior a 8,0cm ou quando o índice de líquido amniótico for superior a 24,0cm. Entre 18,0cm e 24,0cm, o líquido será considerado aumentado e servirá de alerta para a instalação da polidramnia.

Firmando-se o diagnóstico, torna-se necessário investigar o fator etiológico envolvido. Para isso, a gestante deverá ser encaminhada imediatamente ao pré-natal de alto risco. O exame ecográfico afastará a gemelaridade, as anomalias congênitas maiores e a hidropsia fetal. Testes para diagnosticar o diabetes mellitus, a isoimunização pelo fator Rh e as infecções congênitas são obrigatórios. A ecocardiografia fetal é, também, exame essencial. Além disso, a análise do cariótipo do concepto poderá ser eventualmente considerada, mesmo na ausência de anomalias estruturais.

O tratamento, idealmente, será direcionado para o fator responsável pela alteração. Quando a terapia específica não for possível, far-se-á o tratamento por meio de medidas que reduzam o volume de líquido amniótico, objetivando a melhoria das condições das gestantes e a redução da contratilidade uterina, com conseqüente diminuição da incidência de parto prematuro.

6.3.3 Rotura prematura das membranas ovulares (amniorrexe prematura)

A rotura prematura das membranas ovulares (RPMO) é caracterizada pela rotura espontânea das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto em qualquer idade gestacional. Rotulamos como *período de latência* o tempo decorrente entre a rotura das membranas e o início do trabalho de parto. Apresenta incidência entre 3% e 18,5%, com média de 10% e recorrência de 21%. Aproximadamente 25% dos casos ocorrem antes do termo e acabam respondendo por cerca de 30% de todos os recém-nascidos prematuros.

Está associada a um número considerável de complicações, que variam significativamente com a idade gestacional em que o quadro se instalou e a duração do período de latência. Há incremento de infecções maternas e perinatais, prematuridade, partos operatórios, deformações e amputações fetais e hipóxia.

É provável que fatores patológicos intrínsecos ou extrínsecos à gestação sejam responsáveis pela rotura das membranas, principalmente no período pré-termo, quando a resistência das membranas está aumentada. Evidências indicam que a infecção das membranas, por germes ascendentes do meio vaginal, pode ser a responsável por um número substancial de roturas corioamnióticas.

Pacientes com cervicodilatação precoce (a exemplo da multiparidade, da gemelaridade, do polidrâmnio, da macrossomia e da insuficiência istmo-cervical) têm maior frequência de rotura prematura de membranas. As membranas ovulares, assim expostas, apresentariam maior probabilidade de comprometimento pela agressão direta de germes vaginais ou pela ação indireta das enzimas por eles produzidas, especialmente em pacientes socioeconomicamente desfavorecidas, sem adequado acompanhamento pré-natal e sem tratamento sistemático das infecções vaginais. O pré-natal inadequado, independentemente de outros fatores, está associado ao aumento de risco de RPMO, principalmente no período pré-termo. As infecções do

trato urinário, o tabagismo materno e o sangramento transvaginal no decorrer da gestação atual estão, também, relacionados ao incremento de sua incidência.

Devemos lembrar, ainda, a maior probabilidade de ocorrência do quadro após procedimentos invasivos (amniocentese, cordocentese, transfusão intrauterina) e após circlagem do colo do útero.

168

O diagnóstico é fundamentalmente clínico. Na anamnese, o médico deverá inquirir a paciente sobre o momento da rotura, a atividade exercida, a quantidade e a continuidade da perda de líquido, a cor e o odor do fluido. Em 90% dos casos de história de perda repentina de líquido, inicialmente em grande volume e posteriormente em menor quantidade, mas continuamente, a suspeita clínica é confirmada. No diagnóstico diferencial, deve-se distingui-la da perda urinária involuntária e do conteúdo vaginal excessivo.

O exame especular, principal método diagnóstico, realizado sob assepsia, evidenciará a presença de líquido amniótico fluindo pelo canal cervical.

A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica. Tais informações podem ser facilmente obtidas por meio de exame vaginal com espéculo.

Prova de cristalização: consiste em colher material do fundo de saco vaginal e próximo do orifício do colo sobre uma lâmina. Após a secagem do material coletado, a observação ao microscópio permite confirmar a presença de líquido amniótico no conteúdo vaginal se ocorrer cristalização na forma de samambaia. Entretanto, são comuns os resultados falsos negativos, sobretudo quando decorrido maior tempo entre a rotura de membranas e o exame.

Verificação de pH do conteúdo vaginal: a indicação direta ou indireta de valores mais elevados de pH (> 6) sugere o diagnóstico de amniorrexe, embora várias situações estejam relacionadas com resultados falsos positivos e negativos.

Eventualmente, pode-se usar a manobra de Tarnier na tentativa de facilitar o fluxo de líquido amniótico pelo canal cervical. Com uma das mãos, afasta-se a apresentação fetal, deslocando-a no sentido cranial materno, enquanto pressiona-se o fundo uterino com a outra mão. Com o diagnóstico confirmado, deveremos caracterizar o líquido quanto ao cheiro, à cor e à presença de grumos.

Durante a realização do exame especular, pode-se colher material para a complementação propedêutica. Culturas cervicais e vaginais para gonococos, estreptococos do grupo B e clamídia, quando disponíveis, deverão ser solicitadas. Outros exames laboratoriais podem ser utilizados para confirmação diagnóstica: determinação do pH vaginal, que se encontra alcalinizado em presença do líquido amniótico; teste de cristalização em folha de samambaia do conteúdo endocervical, indicando a presença de cristaloides provenientes do líquido amniótico; e pesquisa de células fetais no conteúdo do meio vaginal ou endocervical.

Os casos suspeitos ou confirmados de RPMO não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

Embora a ultrassonografia não permita firmar o diagnóstico, ela pode ser muito sugestiva ao evidenciar, por intermédio da medida do ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional, em uma curva de valores normais, a presença de oligoâmnio.

Conduta:

O elemento fundamental para a conduta em cada caso diagnosticado é a idade gestacional. Nas gestações de termo, o profissional de saúde da unidade básica deverá encaminhar a gestante para a maternidade ou o hospital já designado para o atendimento ao parto. Nas gestações pré-termo, com maior risco de complicações maternas e perinatais, as mulheres devem ser imediatamente referidas para o hospital incumbido do atendimento às gestações de alto risco daquela unidade, onde procedimentos propedêuticos e terapêuticos adicionais serão realizados.

O prognóstico materno na atualidade é favorável, embora se registre ainda considerável incremento da infecção puerperal. O resultado perinatal, no entanto, continua sendo preocupante, em virtude dos elevados índices de prematuridade e de infecção perinatal.

6.3.4 Trabalho de parto prematuro (TPP)

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 semanas (ou 154 dias) e 37 semanas (ou 259 dias). Para o diagnóstico de trabalho de parto prematuro, deve-se considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais. É importante lembrar que, durante a gestação, existem contrações uterinas denominadas de Braxton-Hicks, que são diferentes daquelas do trabalho de parto, pela ausência de ritmo e regularidade.

O trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas a cada dez minutos, com ritmo e frequência regulares. Podem ser acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2cm e/ou esvaecimento maior do que 50%.

Condutas:

- Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base. Na eventualidade de as contrações persistirem, há necessidade de uso de tocolíticos e, portanto, a mulher deverá ser encaminhada para hospital de referência;
- Na presença de TPP com colo modificado, encaminhe a mulher para um hospital de referência.

O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional. Portanto, a paciente deve ser encaminhada para centro de referência. É importante lembrar, para o profissional que faz o acompanhamento pré-natal, que a história de prematuridade anterior é o fator de risco que, isoladamente, tem a maior capacidade de ajudar a se prever a prematuridade na atual gestação.

O TPP frequentemente é relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana. Por isso, nessas situações, está recomendado o rastreamento. Para a vaginose bacteriana pode ser feita a abordagem sindrômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível. Na suspeita de infecção urinária, solicite urina tipo I e urocultura.

6.3.5 Gestação prolongada

Conceitua-se gestação prolongada, também referida como pós-datismo, aquela cuja idade gestacional na mulher encontra-se entre 40 e 42 semanas. Gravidez pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.

A função placentária atinge sua plenitude em torno da 36ª semana, declinando a partir de então. A placenta senil apresenta calcificações e outras alterações que são responsáveis pela diminuição do aporte nutricional e de oxigênio ao feto, associando-se, dessa maneira, com o aumento da morbimortalidade perinatal.

A incidência de pós-datismo é em torno de 5%. O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional, que pode estar falseado na presença de irregularidades menstruais, uso de anticoncepcionais hormonais, lactação etc. Nessas situações, o exame ultrassonográfico precoce é recurso eficaz no correto estabelecimento da idade gestacional.

Conduta:

O controle da gestante nessa situação objetiva identificar a eventualidade de hipóxia consequente à insuficiência placentária. Desta forma, os cuidados dirigem-se ao controle das condições de vitalidade fetal.

Por volta da 41ª semana de idade gestacional ou antes disso, se houver diminuição da movimentação fetal, encaminhe a gestante para um centro de referência para outros testes de vitalidade fetal, incluindo cardiotocografia, ultrassonografia, dopplervelocimetria e amnioscopia (se as condições cervicais o permitirem). Nestes casos, os profissionais do centro de referência devem orientar adequadamente a gestante e a unidade básica de saúde responsável pelo pré-natal, segundo recomendações do manual técnico “Gestação de Alto Risco”. É importante enfatizar que, embora encaminhada ao centro de referência para avaliação de vitalidade, nenhuma gestante deve receber alta do pré-natal da unidade básica antes da internação para o parto.

6.3.6 Crescimento intrauterino restrito (Ciur)

Refere-se a qualquer processo capaz de limitar o potencial intrínseco de crescimento fetal intraútero. Sua incidência varia de 3% a 7% em todas as gestações, dependendo dos critérios utilizados para o diagnóstico.

A distinção entre *crescimento intrauterino restrito* (Ciur) e *pequeno para a idade gestacional* (PIG) é importante, visto que alguns recém-nascidos considerados como PIG não sofreram Ciur. Nestes casos, existem razões genéticas para o baixo peso ao nascer (constitucional). Por outro lado, alguns recém-nascidos com Ciur não são PIG, como nos casos dos fetos com potencial de crescimento, por exemplo, para atingir 4kg ao termo, mas que – como resultado de um ambiente intrauterino desfavorável – atingem somente 3kg, sendo considerados, portanto, como “adequados para a idade gestacional” (AIG). O ideal seria conseguir determinar o padrão

de crescimento do feto em estudo e, a partir daí, determinar se a curva de desenvolvimento é normal ou não.

As causas de Ciur podem ser divididas conceitualmente em três categorias principais, conforme o quadro a seguir:

Quadro 16 – Causas de crescimento intrauterino restrito

Causas maternas	Causas fetais	Causas útero-placentárias
Fatores constitucionais (peso materno pré-gravídico < 50kg; idade materna < 19 anos; condição socioeconômica desfavorável).	Anomalias cromossômicas numéricas (principalmente as trissomias 13, 18 e 21) e estruturais.	Anomalias uterinas.
Hábitos tóxicos (álcool, fumo, drogas).	Displasias esqueléticas.	Má adaptação da circulação materna.
Doenças maternas (síndromes hipertensivas, doença renal crônica, doenças cardiopulmonares, diabetes mellitus com vasculopatia, doenças autoimunes, anemias, infecção etc.).	Infecções (rubéola, toxoplasmose, citomegalovirose, herpes, sífilis, parvovirose etc.).	Mosaicismo placentar.
	Gemelaridade.	Placentação baixa.

Fonte: (RAGONESI; BERTINI, CAMANO, 1997, adaptado).

Sempre que houver discrepância entre a idade gestacional e a medida de fundo uterino, deve haver suspeita de Ciur. Na anamnese, é recomendado identificar possíveis causas maternas, inclusive abordando doenças associadas, uso de drogas, infecções, história obstétrica anterior (recém-nascidos considerados como PIG, Ciur anterior etc.).

O diagnóstico ultrassonográfico é considerado fundamental frente à suspeita de Ciur. Classicamente tem sido utilizado o peso fetal estimado abaixo do percentil 10 para a idade gestacional como parâmetro diagnóstico. Todavia, tem sido proposta a ultrassonografia seriada para avaliação do crescimento fetal, principalmente devido às diferenças existentes entre as definições de PIG e Ciur. São utilizados os seguintes parâmetros de análise:

- Biometria fetal: diâmetro biparietal (DBP), circunferência cefálica (CC), circunferência abdominal (CA), fêmur (F), diâmetro de cerebelo;
- Circunferência abdominal: isoladamente, é o melhor parâmetro para avaliação do crescimento fetal;
- Diâmetro cerebelar transverso: é um bom parâmetro para a avaliação da idade gestacional por não sofrer alteração devido ao Ciur e, com isso, permite uma boa correlação entre a idade gestacional e o crescimento fetal;
- Peso fetal: deve-se utilizar curvas conforme a população;
- Relações biométricas específicas: CC/CA diminui com a evolução da gestação normal;
- $CC/CA > 1$ até 36 semanas;

- CC/CA = 1 na 36ª semana;
- CC/CA < 1 acima de 36 semanas;
- F/CA não sofre influência da idade gestacional e tem como valor de normalidade 0,20 a 0,24.

Para a tomada de decisão, alguns fatores são importantes, tais como: idade gestacional, vitalidade e maturidade fetal, patologia materna de base, tipo de Ciur, presença de defeito congênito, presença de oligodrâmia.

É importante ressaltar que, diante de um caso suspeito de Ciur, a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco para avaliação e conduta específicas.

6.3.7 Varizes e tromboembolismo

As varizes manifestam-se ou agravam-se na gestação por fatores hereditários, pela congestão pélvica, pela compressão mecânica do útero grávido e por alterações hormonais. São mais frequentes nos membros inferiores, sobretudo no direito, mas podem aparecer também na vulva. Nessa localização, elas habitualmente desaparecem após o parto.

Na história clínica, é importante perguntar à gestante questões sobre a ocorrência de situação semelhante em familiares. As varizes estão associadas a edema e à sensação de desconforto ou dor nas pernas.

Recomende à gestante:

- Não permanecer muito tempo em pé ou sentada e evitar inatividade.
- Repousar pelo menos 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas.
- Que pode ser útil elevar os pés da cama.
- Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante; pode-se indicar meias de média compressão, com tamanho sugerido a partir da aferição da circunferência da panturrilha.
- Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.

As varizes vulvares não requerem tratamento específico e raramente são causas de sangramentos profusos. A oclusão total ou parcial de uma veia por um trombo, com reação inflamatória primária ou secundária de sua parede, caracteriza-se como tromboembolismo, sendo mais comum nos membros inferiores e como consequência de varizes, da imobilização prolongada no leito, da obesidade e/ou de compressão da musculatura da panturrilha. Podem existir antecedentes de trombose.

A suspeita diagnóstica é feita por meio da história clínica de dor na panturrilha ou na coxa, aumento da temperatura local, edema, dificuldade de deambulação e/ou dor à dorsoflexão do pé (sinal de Homans). Na suspeita dessa condição, a mulher deve ser encaminhada ao centro de referência para confirmação do diagnóstico e tratamento.

6.3.8 Anemia

Recomendação:

O rastreamento para anemia deve ser oferecido a toda gestante durante o pré-natal. O exame deve ser solicitado o mais precocemente possível (no diagnóstico de gestação) e com 28 semanas. A dosagem de hemoglobina também deve ser solicitada o mais precocemente possível (grau de recomendação A – nível de evidência II).

A anemia é definida durante a gestação com os valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 11g/dl. O rastreamento deve ser oferecido a toda gestante o mais precocemente na vinculação do pré-natal e novamente com aproximadamente 28 semanas.

A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

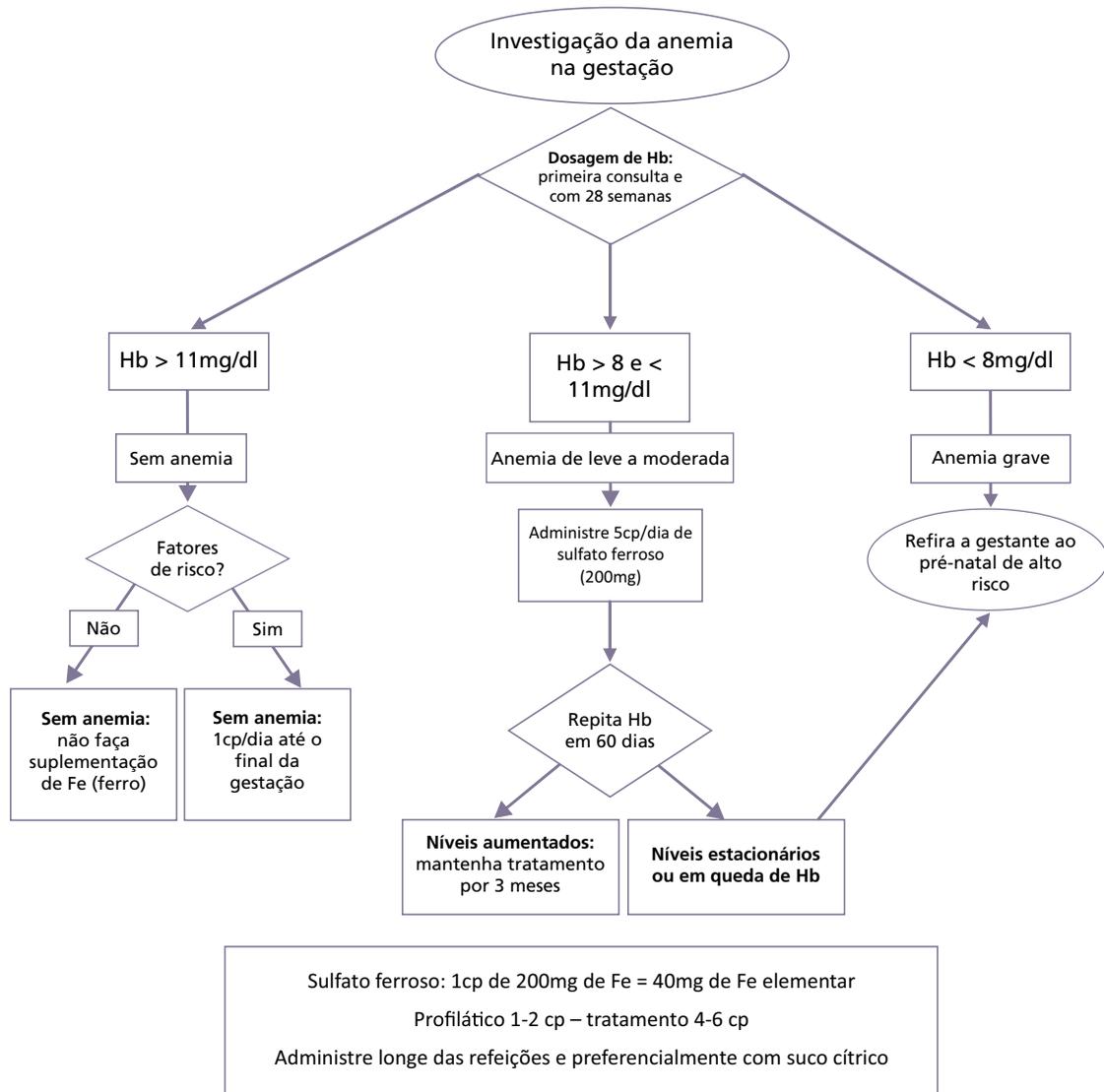
Os fatores de risco para anemia na gestação são:

- Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais;
- Perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão;
- Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoide, Aids, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide);
- Infecções de longo prazo;
- Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e anemia falciforme.

Há algumas revisões sistemáticas que apontam para a falta de estudos e, por conseguinte, de evidências para a suplementação profilática universal de sulfato ferroso com ou sem associação com ácido fólico (PEÑA-ROSAS; VITERI, 2009).

Apesar da alta incidência de anemia ferropriva durante a gestação, há poucos estudos bem delineados que avaliam efeitos neonatais e maternos da administração de ferro (REVEIZ; GYTE; CUERVO, 2009). A administração via oral melhora os índices hematológicos, mas frequentemente causa efeitos gastrointestinais. O tratamento das anemias deve seguir o fluxo sugerido a seguir.

Figura 9 – Rastreamento e conduta na anemia gestacional



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

6.3.9 Doença falciforme

A doença falciforme é uma alteração genética hereditária causada por uma mutação do gene que produz a hemoglobina. Em vez da hemoglobina A, é produzida a hemoglobina S, que tem formato arredondado e assume uma forma de meia-lua ou foice (daí o nome “falciforme”). Nesse formato, as hemácias não exercem a função de oxigenação do corpo de forma satisfatória e causam diversas complicações em órgãos e sistemas: além da anemia crônica, há episódios de

dores osteoarticulares, dores abdominais, infecções, infartos, entre outros agravos. Embora a referida doença não tenha cura, existe tratamento. Para haver a doença é imprescindível que haja a ligação de dois cromossomos (pai e mãe), que precisam se manifestar nos dois. Caso se manifeste em apenas um, o cromossomo sadio consegue “inibir” o outro, deixando a pessoa ser portadora da doença ou com traço falciforme.

Mulheres com doença falciforme apresentam maior risco de abortamento e complicações durante o parto (bebê natimorto, prematuridade, toxemia grave, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, entre outras).

A maioria das pessoas desconhece o diagnóstico e só descobre a doença quando elas estão grávidas devido aos sintomas. Como esta doença é mais prevalente entre as negras, elas estão expostas a um maior risco durante a gravidez e, portanto, necessitam de um acompanhamento mais intensivo.

A indicação para mulheres com doença falciforme é que o parto aconteça no oitavo mês, pois é alta a probabilidade de ocorrer calcificação da placenta no nono mês de gestação. O parto não deve ser natural/fisiológico, pois há risco de hemorragia e outras complicações (como falta de sangue na maternidade, por exemplo), que podem acarretar morte.

Os eventos maternos mais graves ocorrem principalmente no terceiro trimestre de gestação, durante o parto e o puerpério.

Na criança, a doença falciforme pode ser detectada pelo teste do pezinho, que é realizado nas unidades básicas de saúde na primeira semana de vida do bebê. A eletroforese de hemoglobina é o único exame capaz de detectar o traço em adultos. Por tal razão, é orientado para as gestantes no pré-natal desde junho de 2011 e financiado pelo Ministério da Saúde. Tal exame deve ser realizado se a gestante for negra, se tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou se apresentar história de anemia crônica. Assim que a doença for detectada, a gestante, agora de alto risco, deve ser encaminhada para um serviço de referência para a realização do seu pré-natal. Embora a referida gestante seja de alto risco, ela continuará a ser atendida, concomitantemente, pela equipe de atenção básica na sua UBS para as demais orientações de saúde.

6.3.10 Diabetes gestacional

A diabetes mellitus gestacional (DMG) é definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; WHO, 2006). É o problema metabólico mais comum na gestação e tem prevalência entre 3% e 13% das gestações. A prevalência estimada de DMG no Brasil é de 7,6% entre as gestantes com mais de 20 anos (REICHEL, 1998). Fora do período gestacional, estas pacientes, na maioria dos casos, não são classificadas como portadoras de DMG, mas como pessoas com tolerância diminuída à glicose.

Um recente estudo (CROWTHER et al., 2005) – *Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women* (Achois) – demonstrou risco aumentado de morbimortalidade com DMG. Na

mãe, a hiperglicemia pode aumentar a incidência de pré-eclâmpsia na gravidez atual, além de aumentar a chance de desenvolver diabetes e tolerância diminuída a carboidratos no futuro. No feto, a DMG está associada às possíveis morbidades decorrentes da macrossomia (como a ocorrência de distócia durante o parto) e, no bebê, está associada à hipoglicemia, à icterícia, ao sofrimento respiratório, à policitemia e à hipocalcemia.

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 ps”). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Algumas vezes, o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas, como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

Recomendação:

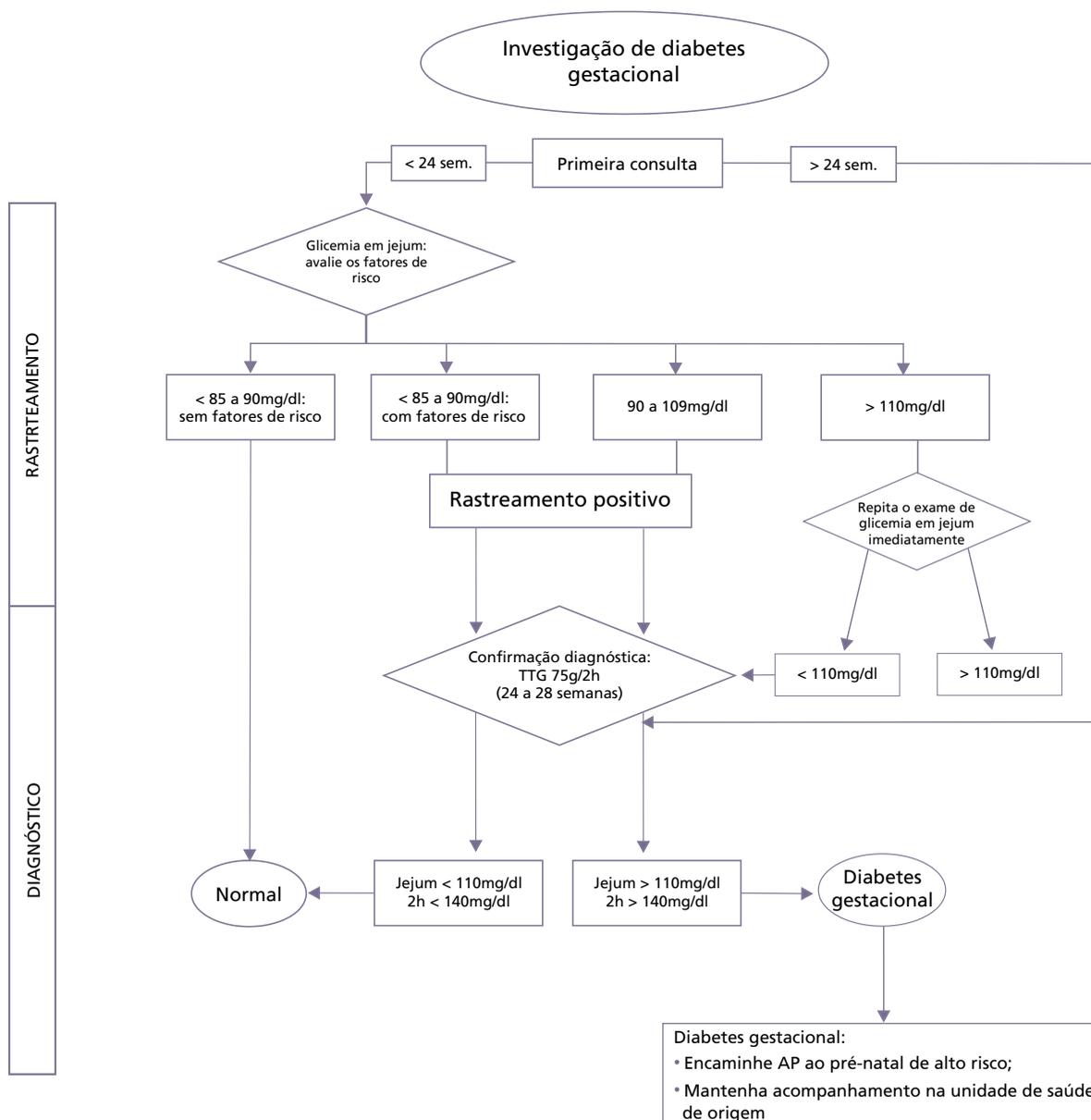
O rastreamento para diabetes mellitus gestacional (DMG), de acordo com os fatores de risco, deve ser oferecido a toda gestante durante o pré-natal (grau de recomendação B – nível de evidência II). O rastreamento deve ser recomendado de acordo com os fatores de risco para DMG. O exame, quando solicitado, deve ser oferecido na primeira consulta e/ou em 24 a 28 semanas de gestação. Toda gestante e seu acompanhante devem ser orientados sobre os riscos e benefícios de rastreamento de DMG e sobre as possíveis complicações próprias da diabetes.

O rastreamento de DMG é recomendado por grande parte das sociedades médicas e pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006); porém, o impacto do rastreamento nos desfechos gestacionais e o melhor exame de rastreamento ainda permanecem controversos (KELLY; EVANS; MESSENGER, 2005).

A *US Preventive Services Task Force* (USPSTF, 2008) concluiu, com base em estudos de revisões sistemáticas atuais (HILLER, 2008), que não há evidências do impacto de desfechos maternos e neonatais para o rastreamento de diabetes gestacional, inclusive antes de 24 semanas (nível de evidência II).

Neste manual técnico, seguimos a recomendação da OMS para o rastreamento, ou seja, de acordo com os fatores de risco da paciente, conforme mostra o seguinte fluxograma:

Figura 10 – Investigação do diabetes gestacional



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

A decisão de realizar ou não o rastreamento deve ser compartilhada com a paciente e seu acompanhante levando-se em consideração alguns critérios:

- A potencial redução de morbimortalidade do rastreamento e o possível tratamento de DMG;
- A possível iatrogenia (orgânica e psicológica), com as intervenções e o monitoramento para as pacientes com exames falsos positivos (com exame positivo, mas sem a doença);

- O aumento no custo do pré-natal de baixo risco;
- Os benefícios potenciais a longo-termo com o rastreamento.

Para o diagnóstico do diabetes gestacional, a OMS recomenda o emprego do mesmo teste indicado para o diagnóstico do diabetes fora da gestação (nos casos de intolerância à glicose): teste oral de tolerância à glicose, com 75g de glicose (TTG 75g – 2h) e com duas medidas da glicose plasmática, uma em jejum e outra 2h após a sobrecarga (WHO, 2006).

Os seguintes fatores de risco devem ser avaliados para toda gestante:

Quadro 17 – Fatores de risco para diabetes mellitus

Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional (DMG) e obesidade materna
Idade de 35 anos ou mais;
Sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;
Deposição central excessiva de gordura corporal;
Baixa estatura ($\leq 1,50\text{m}$);
Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia (peso $\geq 4,5\text{kg}$) ou DMG;
História familiar de DM em parentes de 1º grau;
Síndrome de ovários policísticos.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

Algumas orientações gerais sobre DMG merecem destaque:

- O diagnóstico de DMG pode exigir da paciente um aumento considerável de exames e monitoramento durante o pré-natal e o pós-parto;
- Na grande maioria dos casos, os efeitos relacionados ao DMG para a mãe e para o feto em formação não são graves;
- Para a maioria das mulheres, o DMG responde bem somente à dieta e aos exercícios físicos;
- Pode-se utilizar adoçantes artificiais (aspartame, sacarina, acessulfame-K e neotame) com moderação;
- Algumas mulheres (de 10% a 20%) necessitarão usar insulina caso as medidas não farmacológicas não controlarem o DMG, principalmente as de ação rápida e intermediária. A insulina de ação prolongada, embora tenha se mostrado segura em alguns relatos de casos, não dispõe de evidências suficientes para sua indicação generalizada;
- A conduta obstétrica de uso de corticoesteroides para maturação pulmonar fetal não é contraindicada, mas deve-se administrá-los de forma concomitante ao monitoramento intensivo da glicemia e aos ajustes da dose de insulina. Indica-se também, se necessário, o uso de tocolíticos para inibir trabalho de parto prematuro;
- É essencial reavaliar a tolerância da paciente à glicose a partir de seis semanas após o parto, com glicemia de jejum ou com um teste oral de 75g de glicose, dependendo da gravidade do quadro metabólico apresentado na gravidez.

6.3.11 Síndromes hipertensivas na gestação

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para que possamos alterar para melhor os resultados maternos e perinatais. Os objetivos do manejo da hipertensão arterial na gravidez são: proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão, especialmente da hemorragia cerebral; minimizar a prematuridade; manter uma perfusão útero-placentária adequada, reduzindo a hipóxia, o crescimento intrauterino restrito e o óbito perinatal.

A definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PA sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica de > 90mmHg. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. O diagnóstico é feito pela medida seriada dos níveis pressóricos durante o acompanhamento pré-natal.

Com o advento da Rede Cegonha, foram incluídos novos exames. Entre eles está o exame de proteinúria (teste rápido), a ser realizado na unidade de saúde. Tal exame é de suma importância, pois facilita o acesso de gestantes com suspeita de hipertensão ao exame, que é fundamental no diagnóstico da hipertensão gestacional, o que possibilita o manejo precoce das gestantes, diminuindo riscos de morbimortalidade materna e fetal.

Sabe-se que a gravidez pode induzir hipertensão arterial em mulher previamente normotensa ou agravar uma hipertensão preexistente. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a HAS na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- Hipertensão crônica: estado hipertensivo registrado antes do início da gestação no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e persiste depois de 12 semanas após o parto;
- Hipertensão gestacional: aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente, a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como “transitória”, embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes. Acredita-se que tais mulheres são propensas a desenvolver hipertensão arterial essencial no futuro. Quando a hipertensão persiste, ela é denominada como “crônica”. É um diagnóstico basicamente retrospectivo, pois as complicações das pacientes que no momento da avaliação se apresentam sem proteinúria podem evoluir com pré-eclâmpsia;
- Pré-eclâmpsia: aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa. É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstrição aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico;
- Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;

- Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: é definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em gestantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas.

O diagnóstico diferencial pode tornar-se difícil quando a gestante é vista pela primeira vez após a 20ª semana com hipertensão arterial e não sabe informar com precisão seus níveis pressóricos anteriores. Se a gestante não for primigesta, se tiver o mesmo companheiro de sua primeira gestação e se tiver ácido úrico sérico menor do que 4,5mg/dL, o diagnóstico de hipertensão arterial crônica é mais provável, mesmo com a presença de proteinúria significativa. Faz-se o diagnóstico de pré-eclâmpsia superposta a HAS crônica quando ocorrer piora dos níveis pressóricos e aumento da uricemia (> 6mg/dL) e da proteinúria após a primeira metade da gestação.

O ácido úrico sérico eleva-se precocemente na pré-eclâmpsia e tem correlação positiva com lesões de ateromatose do leito placentário, recém-nascidos de menor peso, grau de hemoconcentração e gravidade da glomeruloendoteliose. Cifras de uricemia acima de 4,5mg/dL são anormais na gestação.

Existem vários fatores que aumentam a chance de uma gestante ter hipertensão arterial: primiparidade, diabetes mellitus, gestação gemelar, história familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia, hidropsia fetal (não imune), gestação molar, nova paternidade. Outros fatores com evidência mais fraca: IMC > 25,8; idade materna maior do que 35 anos, uso de método anticoncepcional de barreira, aborto prévio, ganho excessivo de peso.

Hipertensão arterial persistente igual ou superior a 160/110mmHg ou proteinúria de 24h superior a 3g ou presença de qualquer um dos critérios de risco listados na tabela 15: tais indícios são suficientes para se considerar uma gestante como paciente de pré-eclâmpsia grave. Em geral, gestantes com sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave têm enfermidade descompensada, que evolui para complicações maternas e fetais, com risco iminente de morte.

Quadro 18 – Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia

Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia
PAD > 110mmHg ou PAS > 160mmHg.
Proteinúria de 24h > 3g.
Perda progressiva da função renal: <ul style="list-style-type: none"> • oligúria (menor do que 400mL/24h); • aumento da creatinina sérica (especialmente > 2mg/dL).
Disfunção hepática: aumento das enzimas hepáticas (TGO, TGP); dor em hipocôndrio direito (iminência de ruptura hepática).
Sinais de hemólise microangiopática: <ul style="list-style-type: none"> • hiperbilirrubinemia (direta); • aumento da desidrogenase láctica (DHL > 600U/l); • hemácias fragmentadas no sangue periférico (esquizócitos).
Plaquetopenia (< 100.000/mm ³).
Eclâmpsia.

continua

Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia
Sinais de eclâmpsia iminente: visão turva, diplopia, escotomas cintilantes, cefaleia, tontura, epigastralgia, confusão mental, perda da consciência.
Sinais de descompensação cardíaca: cianose, edema agudo de pulmão, insuficiências pulmonar e cardíaca.
Fundoscopia alterada: hemorragia retiniana, exsudatos, edema de papila.
Restrição do crescimento fetal.
Oligodrâmnio.
PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica.

Fonte: (DUNCAN; SCHMIDT; GUIGLIANI, 2004, adaptado).

A hipertensão arterial sistêmica na gestante negra

Os cuidados e procedimentos vistos anteriormente se dão também para as gestantes negras. Porém, estas mulheres requerem maiores cuidados devido à maior incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e morte materna na população negra. Por tal especificidade, as equipes de atenção básica devem conhecer e estar sensibilizadas com os agravos e riscos que incidem de forma mais intensa no referido grupo étnico. Para o atendimento às gestantes negras, a equipe de saúde necessita reforçar as orientações quanto à alimentação balanceada e saudável e verificar a possibilidade real de que tal dieta seja implementada, além de respeitar suas particularidades étnicas e culturais, no sentido de reduzir as desigualdades no perfil de morbimortalidade.

No Brasil, não há muitos dados de mortalidade que considerem a variável raça/cor. No entanto, um dado trazido pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão em relação ao gênero e à cor demonstrou o predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Além disso, informou que não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil. Outros dados existentes revelam que a taxa de mortalidade das mulheres negras é quase seis vezes maior do que a taxa de mortalidade relativa às mulheres brancas.

A mortalidade materna da mulher negra relega à orfandade e à miséria absoluta um número significativo de crianças, já que, em sua grande maioria, as mulheres negras são chefes de família, sem cônjuges e com filhos. As causas podem estar relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como hipertensão arterial e diabetes, mas também aos fatores relacionados à dificuldade de acesso, à baixa qualidade do atendimento (por razões sociais ou de discriminação) e à falta de ações e de capacitação dos profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas. As mulheres negras apresentam maior risco do que as mulheres brancas de contrair e morrer de determinadas doenças cujas causas são evitáveis.

Nas populações quilombolas, deve haver uma busca das gestantes para o início do pré-natal, assim como um compromisso da equipe de saúde para o seu atendimento regular, já que tais populações comumente vivem em locais mais afastados dos outros municípios. Lembramos que a indicação para o pré-natal deve ser feita conforme as orientações para as demais gestantes. É importante que a equipe reconheça as parteiras tradicionais quilombolas na comunidade, capacitando-as e vinculando-as à unidade básica de saúde (UBS).

A maior parte da população feminina brasileira, comprovadamente, tem escolaridade materna menor do que 12 anos, mães sem companheiros, multiparidade, intervalo interpartal curto, idade materna maior do que 30 anos e raça negra.

Conduta:

Independentemente da gravidade do quadro clínico, toda paciente com diagnóstico de pré-eclâmpsia deve ser hospitalizada para acompanhamento em unidade de gestação de alto risco (nível de evidência II). Mesmo nos casos leves, tanto o feto como a gestante podem subitamente desenvolver complicações que podem evoluir para o óbito. Embora não haja unanimidade entre os autores sobre a vantagem da internação hospitalar de todas as gestantes com pré-eclâmpsia, recomenda-se referenciar inicialmente a gestante à urgência obstétrica para avaliação do bem-estar materno-fetal e, depois, se ela não permanecer internada, deve-se referenciá-la ao pré-natal de alto risco.

Para a prevenção da pré-eclâmpsia, não se recomenda prescrever ácido acetilsalicílico para gestantes normais (grau de recomendação A); porém, para mulheres com risco moderado e elevado de pré-eclâmpsia, o uso de baixas doses pode ser útil, devendo ser iniciado na 12^a à 14^a semana de gestação (grau de recomendação B) (POLI-DE-FIGUEIREDO, 2010).

A suplementação de cálcio não é recomendável para as gestantes que ingerem quantidades normais desse íon (grau de recomendação A), mas admite-se que a sua suplementação oral possa ter efeitos favoráveis na prevenção entre gestantes de moderado a alto risco e com baixa ingestão.

O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é a interrupção da gestação e a retirada da placenta, medida que é sempre benéfica para a mãe. Entretanto, a interrupção da gestação pode não ser benéfica para o feto, devido às complicações inerentes à prematuridade. Por isso, devem ser avaliadas a idade gestacional, a gravidade da doença, as condições maternas e fetais e a maturidade fetal, para se indicar o momento mais adequado para a interrupção da gestação. Embora o feto esteja também em risco, muitas vezes é instituído tratamento conservador para assegurar maior grau de maturidade fetal. Outras vezes, mesmo com o feto em pré-termo, a gravidade do quadro clínico pode impor a necessidade da interrupção da gestação, apesar de haver grande risco de óbito neonatal por prematuridade.

Na gestação a termo não existem dúvidas: recomenda-se que a intervenção seja considerada em todos os casos a partir da 37^a semana de gravidez. Para o período pré-termo, inferior a 37 semanas, algumas considerações deverão ser feitas:

- Mulheres com idade gestacional de 32 a 34 semanas e mais deverão ser consideradas para tratamento conservador em unidades especializadas;
- A administração de corticoide está indicada para grávidas pré-eclâmpticas com idade gestacional entre 24 e 34 semanas;
- A interrupção da gestação deverá ser sempre considerada nos casos de pré-eclâmpsia grave, independentemente da idade gestacional.

Recomenda-se o uso de sulfato de magnésio para prevenir eclâmpsia em mulheres com pré-eclâmpsia grave (grau de recomendação A) e para a prevenção de eclâmpsia se a pré-eclâmpsia for leve, porém com impacto diferente (grau de recomendação B).

As indicações para o tratamento anti-hipertensivo não se baseiam em ensaios clínicos com desfechos claramente definidos, mas sim em padrões da prática clínica estabelecidos ao longo de muitos anos.

Sugere-se que o tratamento seja instituído mais precocemente quando a PA for $> 150/100$ mmHg. Em situações especiais, como é o caso de gestantes adolescentes com PA anterior à gravidez inferior a $90/75$ mmHg e em grávidas com sintomas que podem ser atribuídos à HAS, admite-se iniciar o tratamento mais precocemente. O objetivo do tratamento anti-hipertensivo na pré-eclâmpsia é alcançar a PA sistólica entre 130 a 150mmHg e a PA diastólica de 80 a 100mmHg.

Quanto ao tratamento, dois cenários devem ser considerados:

- Tratamento agudo: em urgência ou emergência hipertensiva, que requer hospitalização, monitoramento intensivo, antecipação do parto e administração parenteral de anti-hipertensivos, preferencialmente a hidralazina. Recomenda-se, também, a administração endovenosa de sulfato de magnésio, que é considerado a droga de escolha para a prevenção da eclâmpsia (grau de recomendação A);
- Tratamento de longo prazo: para pacientes com pré-eclâmpsia com quadro estabilizado, sem necessidade de parto imediato, está indicado tratamento anti-hipertensivo por via oral. Recomenda-se não prescrever anti-hipertensivo para HAS com valores de PA $< 150/100$ mmHg associada à pré-eclâmpsia ou à hipertensão crônica. Não há comprovação de benefícios para a mãe ou para o feto, exceto redução do risco de HAS grave, que é considerada insuficiente diante da exposição do feto ao risco potencial de comprometimento de seu crescimento.

As opções de uso de anti-hipertensivos orais são as mesmas apresentadas para as gestantes portadoras de HAS crônica ou preexistente. A alfametildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto. Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC), como nifedipino, anlodipino e verapamil, podem ser considerados drogas alternativas. Os betabloqueadores são considerados seguros na gravidez, embora se atribua a eles redução no crescimento fetal.

Na pré-eclâmpsia, a prescrição de diuréticos é geralmente evitada; porém, os tiazídicos podem ser continuados em gestantes com HAS crônica, desde que não promovam depleção de volume. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECAs) e os bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) são contraindicados.

Em relação à HAS crônica, recomenda-se o início ou a reinstituição do tratamento medicamentoso com PA sistólica > 150 mmHg e PA diastólica de 95 a 99mmHg ou sinais de lesão em órgão-alvo. Para gestantes portadoras de HAS crônica que estão em uso de anti-hipertensivos e com PA $< 120/80$ mmHg, recomenda-se reduzir ou mesmo descontinuar o tratamento e iniciar monitoramento cuidadoso da PA.

Obs.: a diminuição excessiva da PA pode acarretar o comprometimento do bem-estar fetal, devido ao agravamento da perfusão placentária, já prejudicada pelo processo fisiopatológico.

A utilização de anti-hipertensivos na mulher que está amamentando merece alguns cuidados. É necessário considerar que todos os medicamentos, de alguma forma e com diferentes concentrações, passam para o leite materno. A tabela seguinte mostra as medicações, disponíveis no Brasil, consideradas seguras, moderadamente seguras e as não recomendadas para a referida situação particular.

Quadro 19 – Utilização de anti-hipertensivos pela lactante (uso no período neonatal)

Medicamentos	Recomendação
Diuréticos: hidroclorotiazida, espironolactona.	Seguros
Inibidores adrenérgicos: alfametildopa, propranolol.	
Vasodilatadores: hidralazina, minoxidil.	
Antagonistas do canal de cálcio: verapamil, nifedipino, nitrendipino.	
Inibidores da ECA: banazapril, captopril, enalapril, quinadril.	
Diuréticos: furosemida, triantereno.	Moderadamente seguros
Inibidores adrenérgicos: atenolol, bisoprolol, carvedilol, metoprolol.	
Antagonistas do canal de cálcio: anlodipino, isradipino, nisoldipino.	
Inibidores da ECA: fosinopril, lisinopril, ramipril.	
Bloqueadores do receptor AT1: candesartana, olmesartana, telmisartana.	
Inibidores adrenérgicos: reserpina, nadolol, prazosina, terazosina.	Potencialmente perigosos
Inibidores da ECA: fosinopril,* ramipril.*	
Bloqueadores do receptor AT1: telmisartana,* valsartana.	

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Complicações:

A hipertensão arterial na gestação pode gerar uma gama muito variada de complicações, que invariavelmente exigem avaliação e manejo cuidadosos por parte da equipe médica, em geral necessitando de uma abordagem hospitalar.

Uma complicação grave, que acomete 4% a 12% de gestantes com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia e que se relaciona a altos índices de morbiletalidade materno-fetal, é a síndrome de *Hellp*. O acrônimo *Hellp* significa hemólise (*hemolysis*), aumento de enzimas hepáticas (*elevated liver enzymes*) e plaquetopenia (*low platelets*).

A síndrome está relacionada ao vasoespasmo no fígado materno. A sintomatologia é, em geral, pobre, podendo-se encontrar mal-estar, epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, perda de apetite e cefaleia.

A confirmação diagnóstica é laboratorial: plaquetopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm³), presença de esquizócitos no sangue periférico, aumento da desidrogenase láctica (DLH > 600U/l), bilirrubina total > 1,2mg/dl, TGO > 70U/l.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com esteatose hepática aguda da gravidez, púrpura trombocitopênica, hepatite viral, síndrome hemolítico-urêmica, glomerulonefrite, hiperêmese gravídica, úlcera péptica, pielonefrite, lúpus, uso de cocaína etc.

Pacientes que apresentarem esta sintomatologia, acompanhada de exames laboratoriais alterados, devem ser encaminhadas para urgência obstétrica, para avaliação.

6.3.12 Doença hemolítica perinatal

A doença hemolítica perinatal (DHP) caracteriza-se pela hemólise fetal, com suas múltiplas e graves repercussões sobre a vitalidade do feto. É decorrente da incompatibilidade sanguínea materno-fetal, em que anticorpos maternos atravessam a barreira placentária e agem contra antígenos eritrocitários fetais. Ocorre, neste caso, uma reação antígeno-anticorpo que promove a hemólise eritrocitária. Isso representa, em maior ou menor grau, o principal determinante das diversas manifestações clínicas da doença (anemia, hipóxia).

Também conhecida como isoimunização (produção de anticorpos em resposta a antígenos provenientes de um ser da mesma espécie), a DHP tem como pré-requisito a transfusão de sangue com fator Rh positivo para a mulher com fator Rh negativo. Embora a doença hemolítica não seja exclusiva do sistema Rh, esta forma de incompatibilidade (sistema Rh) é responsável por 80% a 90% dos casos de doença hemolítica perinatal clinicamente detectável.

Em princípio, as células do sangue materno e fetal não se misturam, mas, de fato, pequenos sangramentos podem ocorrer durante a gestação e permitir o contato. De início, os anticorpos produzidos são IgM, que não atravessam a placenta. Em seguida, há produção de anticorpos IgG, moléculas pequenas que atravessam a placenta e provocam a ruptura das hemácias fetais, gerando um quadro progressivo de anemia.

O feto inicia, então, uma eritropoese compensatória à custa da medula óssea, do fígado e do baço, chegando a liberar na circulação eritroblastos jovens e imaturos, até cursar com hepatoesplenomegalia importante. Com a progressão do quadro, o feto sofre de hidropisia fetal (resultante da infiltração hepática por tecido hematopoiético), hipertensão do sistema porta (compressão parenquimatosa dos vasos porta) e hipoproteinemia (insuficiência de síntese). A evolução para hidropisia é acompanhada por insuficiência cardíaca congestiva, anóxia e óbito.

O quadro seguinte descreve as principais formas de exposição materna ao sangue fetal:

Quadro 20 – Formas de exposição materna ao sangue fetal

Espontânea	Traumática
Momento do parto	Amniocentese
Deslocamento prematuro de placenta	Biópsia de vilosidades coriônicas
Abortamento espontâneo	Cordocentese
Morte fetal intraútero	Abortamento induzido
Gestação ectópica	Transfusão sanguínea intrauterina
Mola hidatiforme	Versão externa
	Manipulação obstétrica
	Trauma abdominal

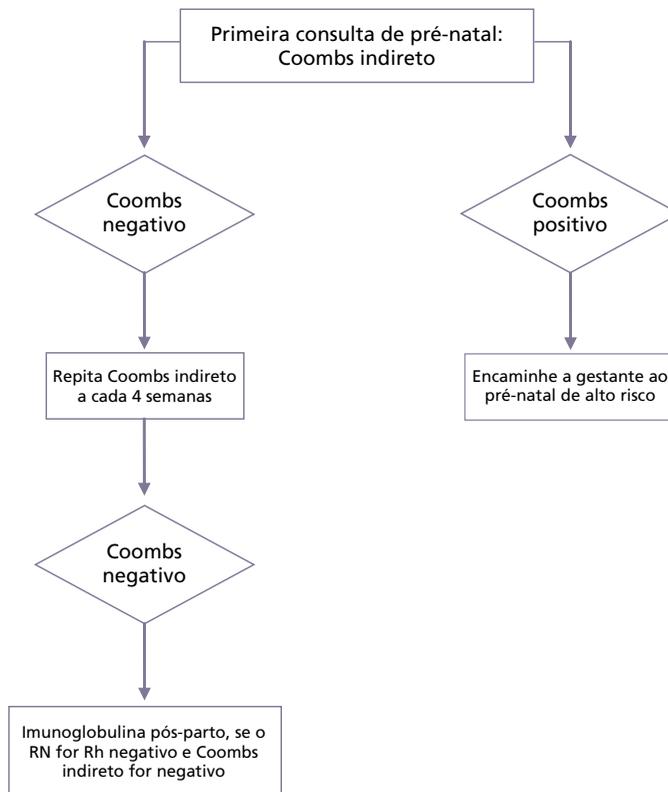
Fonte: (BRASIL, 2010d).

É fundamental que o diagnóstico se antecipe à DHP. Isso significa que, ao se firmar o diagnóstico de DHP, reconhecemos que medidas importantes deixaram de ser tomadas antes da atual gestação. São recomendadas as seguintes atitudes preventivas:

- Período pré-gestacional: detecte a mulher com risco de desenvolver isoimunização materno-fetal, pela solicitação da tipagem sanguínea com definição do fator Rh. Caso se identifique fator Rh negativo, deve-se pesquisar a presença do anticorpo anti-D, por meio do teste de Coombs indireto;
- Período pré-natal: adote medidas recomendadas para o período pré-gestacional, caso ainda não tenham sido realizadas. A preocupação nesta fase é a instalação da DHP. Se forem identificados anticorpos anti-D (Coombs indireto positivo), as gestantes devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco, no qual se determinará a intensidade da hemólise provocada no feto e poderão ser indicados procedimentos invasivos com maior brevidade. Caso o Coombs indireto resulte negativo, ele deve ser novamente solicitado a cada 4 semanas, após a 24ª semana gestacional;
- Período pós-natal: tem o objetivo de proteger as gestações futuras. Promove-se, na gestante com Rh negativo, a pesquisa do grupo sanguíneo e do fator Rh no sangue do recém-nascido, assim como o teste de Coombs direto para verificar a presença de anticorpos maternos anti-D no seu sangue. Se o recém-nascido for Rh positivo e seu Coombs direto for negativo, a mãe deverá receber a imunoglobulina protetora.

Deste modo, todas as gestantes devem ter o grupo ABO e o fator Rh determinados no período pré-gestacional ou na primeira consulta de pré-natal. A conduta deve ser adotada conforme o fluxograma a seguir.

Figura 11 – Fluxograma de gestante com RH negativo



De modo geral:

Todas as mulheres com Rh negativo não sensibilizadas (Coombs indireto negativo) devem receber 300mcg de imunoglobulina anti-D nas primeiras 72 horas após o parto de um recém-nascido com Rh positivo e Coombs direto negativo.

Também deve ser indicada imunoglobulina, dentro de 72 horas, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (amniocentese, biópsia de vilo corial, cordocentese) quando o pai é Rh+ e a mãe é Rh-.

6.3.13 Doenças respiratórias

A presença de doença respiratória na mulher em idade fértil constitui um desafio importante durante o período de pré-concepção, na gravidez e no pós-parto, quer pela influência que pode ter no desenrolar da gravidez e no bem-estar materno-fetal, quer pelo modo como a gravidez pode alterar o curso da mesma doença. É fundamental que haja o controle da doença de base, o reconhecimento e a prevenção da sua descompensação, ao mesmo tempo em que se minimizam os efeitos secundários das terapêuticas utilizadas sobre a mãe e o feto. Esta abordagem é multidisciplinar.

6.3.14 Alterações fisiológicas pulmonares na gravidez

Durante a gravidez ocorre uma série de alterações na fisiologia pulmonar resultantes do ambiente hormonal. A progesterona estimula o centro respiratório, propiciando um aumento do volume-corrente (que atinge 40% no termo) e do volume-minuto. Isto resulta numa alcalose respiratória moderada, com diminuição dos valores basais de PaCO₂ para cerca de 30mmHg, compensados pelo aumento da excreção renal de bicarbonato e pela queda dos valores séricos para cerca de 20mEq/L. O consumo de oxigênio também aumenta em 20% a 30%, devido às maiores necessidades metabólicas. Finalmente, com o aumento do tamanho do útero, a capacidade residual funcional e o volume residual diminuem. Estas alterações podem resultar no rápido desenvolvimento de hipoxemia, em consequência da hipoventilação.

6.3.15 Asma brônquica

A asma é uma das doenças crônicas mais comuns e potencialmente mais perigosas durante a gravidez. Nos EUA, a prevalência da asma durante a gravidez tem sido estimada entre 3,7% e 8,4%, e as taxas elevadas de asma em mulheres jovens em idade reprodutiva parecem prever um aumento destas prevalências. Além disso, é admissível que estes números sejam conservadores, devido a muitos casos não diagnosticados ou reportados. A relação entre asma e gravidez pode ser encarada de duas formas: por um lado, a asma pré-existente pode afetar ou complicar uma gravidez; por outro lado, a própria gravidez pode alterar o curso da asma.

6.3.15.1 Efeitos da asma sobre a gravidez

Apesar de algumas controvérsias, a evidência tem demonstrado que a asma pode aumentar a morbidade materna. As mulheres asmáticas sofrem três vezes mais de hiperêmese gravídica e duas vezes mais de perdas hemáticas uterinas, sobretudo se estiverem medicadas com corticoides sistêmicos. Vários estudos têm demonstrado o aumento do risco de hipertensão gravídica e pré-eclâmpsia. O risco de pré-eclâmpsia é de duas a três vezes superior em mulheres com sintomas (moderados a graves) de asma, independentemente da terapêutica em curso. Os riscos de placenta prévia e de parto por cesariana estão também aumentados, assim como o número de dias de hospitalização. As mulheres asmáticas são mais susceptíveis de necessitar de indução do parto. Alguns autores defendem que não existe diferença significativa entre as mulheres não asmáticas e as que têm asma ligeira. Provavelmente, os riscos de morbidade materna estão aumentados apenas em mulheres com asma moderada ou grave, especialmente as que necessitam de corticoterapia oral. Também não está provado um aumento significativo da mortalidade materna relacionado com a asma.

No tocante às complicações fetais relacionadas com a asma materna, parece haver uma relação com o mau controle da doença. Existe um risco aumentado de parto pré-termo, baixo peso ao nascer, anomalias congênitas e número aumentado de dias de hospitalização do recém-nascido. Um estudo revelou que existe uma relação inversa entre a função pulmonar materna (medida por intermédio do FEV1) e o risco de atraso de crescimento intrauterino. Os fatores responsáveis por estas complicações são provavelmente a hiperventilação, a hipoxemia e a hipocapnia maternas ou mesmo a libertação de mediadores inflamatórios e o efeito de medicação para a asma. Vários estudos têm comprovado indiretamente uma relação entre o melhor controle da asma e a redução das complicações materno-fetais, baseados nos resultados semelhantes encontrados em mulheres não asmáticas e em doentes asmáticas seguidas por especialistas.

6.3.15.2 Efeitos da gravidez sobre a asma

Cerca de um terço dos casos das mulheres asmáticas melhora durante a gravidez, um terço mantém-se inalterado e um terço agrava-se. No entanto, estas observações basearam-se em estudos muito heterogêneos do ponto de vista clínico e estatístico, num período que vai desde os anos 30 aos anos 70 do século passado. O curso da asma durante a gravidez poderá ser mais imprevisível. A variabilidade de critérios utilizados para a definição e o estadiamento da asma também dificulta a avaliação destes estudos, embora as recomendações do projeto *The Global Initiative for Asthma* (Gina) tenham ajudado a uniformizar o diagnóstico. As mulheres com pior controle da asma antes de engravidarem estão em maior risco de agravamento dos sintomas. O período mais crítico parece ser entre a 24^a e a 36^a semanas. Geralmente, existe um retorno à situação basal nos três meses seguintes ao parto. Parece também haver um comportamento similar da asma em casos sucessivos de gravidez. Um estudo de Juniper, entre outros autores, indicou melhorias na hiper-reatividade brônquica em 69% das grávidas, com agravamento nas restantes 31%. Tal melhoria atingia um pico no segundo trimestre, se revertia um mês após o parto e era superior nas mulheres com maior hiper-reatividade prévia.

Existem poucos dados sobre alterações espirométricas em grávidas asmáticas. Alguns estudos apontam para melhorias na função pulmonar durante o segundo trimestre, mas sem significado estatístico. Algumas das alterações fisiológicas da gravidez podem influenciar a gravidade da asma. As alterações mecânicas torácicas (devido à pressão do útero no diafragma e à expansão

das costelas) contribuem para a dispneia, que deve ser diferenciada como causada pela asma. O fato de que até 40% das mulheres asmáticas podem sofrer de exacerbações pré-menstruais indica uma influência dos níveis hormonais na função pulmonar. Os níveis elevados de progesterona na gravidez reduzem a atividade dos receptores β -adrenérgicos, diminuindo o tônus do músculo liso brônquico. As alterações do ambiente hormonal poderão também influenciar a inflamação, embora esta hipótese não tenha sido estudada pela impossibilidade de realizar coleta do lavado broncoalveolar ou biópsia brônquica durante a gravidez.

O sexo fetal poderá também influenciar a asma, provavelmente mediante outros fatores hormonais: as mães de rapazes têm maior probabilidade de melhorar da sua asma durante a gravidez. Outras morbidades maternas podem afetar negativamente o curso da asma, como o refluxo gastroesofágico ou a maior incidência de infecções virais. Finalmente, a submedicação das grávidas asmáticas é outro fator importante que determina o agravamento da asma, sendo frequentemente o próprio médico o responsável, por medo da toxicidade dos fármacos.

6.3.15.3 Terapêutica da asma

Os princípios do tratamento da asma na grávida não diferem dos que são recomendados para os outros asmáticos e devem incluir o controle ótimo dos sintomas, a manutenção de uma função pulmonar normal, a prevenção e a reversão das exacerbações, além de prevenção das complicações maternas e fetais. O *National Asthma Education and Prevention Program* (Naep), nos EUA, definiu recomendações para a abordagem da asma na gravidez, incluindo a revisão da evidência atual sobre segurança dos fármacos.

6.3.15.3.1 Agonistas β -adrenérgicos

Os agonistas β -adrenérgicos de curta ação (como o salbutamol) são utilizados há longa data nas grávidas, e a sua segurança está bem estabelecida. Sobre os novos β -agonistas broncodilatadores de longa ação a evidência é ainda escassa, embora o seu perfil farmacológico seja semelhante aos de curta ação. O salmeterol poderá ser preferido ao formoterol, por estar disponível há mais tempo.

6.3.15.3.2 Teofilina

Tem sido utilizada com segurança há várias décadas; no entanto, os seus níveis séricos devem ser monitorados, devido à redução da sua *clearance*. Os níveis recomendados são de 5 a 12 $\mu\text{g/ml}$.

6.3.15.3.3 Anticolinérgicos

Não existem estudos sobre a utilização do brometo de ipratrópio ou de outros anticolinérgicos nas grávidas, razão pela qual não são recomendados para uso durante a gestação.

6.3.15.3.4 Corticoides inalados

Também nas grávidas, os corticoides inalados constituem o *gold-standard* na terapêutica da asma. Não existe até ao momento qualquer evidência segura sobre sua associação a um risco aumentado de malformações ou de outros efeitos adversos perinatais. A beclometasona é o fármaco mais extensamente estudado e, por isso, continua a ser o mais recomendado, embora exista uma utilização crescente dos novos fármacos, que provavelmente são igualmente seguros. Destes, o que reúne mais evidência é a budesonida. Faltam ainda estudos sobre a fluticasona.

6.3.15.3.5 Corticoides sistêmicos

Alguns dados têm apontado para um aumento do risco de baixo peso ao nascer relacionado com o uso de corticoides orais ou parenterais. Quando utilizados durante o primeiro trimestre, existe também associação a casos de crianças com lábio leporino ou fenda palatina. No entanto, a avaliação custo/benefício favorece o uso de corticoides orais quando indicados no tratamento da asma grave ou de exacerbações graves.

6.3.15.3.6 Inibidores dos leucotrienos

Praticamente não existem dados sobre a utilização e a segurança de fármacos como o *montelukast* e o *zafirlukast*. O Naepp sugere o seu uso nas mulheres que já estavam medicadas com estes fármacos antes de engravidar e tinham um bom controle da asma.

6.3.15.3.7 Anti-histamínicos

Como observado, a abordagem da asma nas grávidas segue de um modo geral as recomendações existentes para a população em geral. O controle da asma deve ser otimizado antes da concepção, com ênfase especial na educação da paciente, incluindo a técnica correta de uso dos inaladores e o conhecimento dos sintomas.

6.3.16 Infecção do trato urinário na gestação

Infecção comum em mulheres jovens, que representa a complicação clínica mais frequente na gestação, ocorrendo em 17% a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez. Cerca de 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, sendo que 25% a 35% desenvolvem pielonefrite aguda.

A gestação ocasiona modificações, algumas mediadas por hormônios que favorecem a infecção do trato urinário (ITU): estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções.

Os micro-organismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a *Escherichia coli*, que responde por 80% a 90% das infecções. Outros gram-negativos (como *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Proteus*) respondem pela maioria dos outros casos, além do enterococo e do estreptococo do grupo B. A bacteriúria assintomática é a mais frequente, sendo que as infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites) ou, ainda, o trato superior (pielonefrite).

6.3.17 Bacteriúria assintomática

É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml. Se não tratada, as mulheres poderão desenvolver sintomas e progressão para pielonefrite. Por isso, toda gestante com evidência de bacteriúria deve ser tratada.

O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, em grande parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Este exame deve ser oferecido de rotina no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez.

O tratamento deve ser guiado, sempre que possível, pelo teste de sensibilidade do agente observado no antibiograma, sendo semelhante ao tratamento da cistite.

6.3.18 Cistite aguda

Cistite aguda se diferencia da bacteriúria assintomática pela presença de sintomas como disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, estrangúria, dor retropúbica, suprapúbica ou abdominal. Normalmente, é afebril e sem evidência de sintomas sistêmicos. A análise do sedimento urinário pode evidenciar leucocitúria (acima de 10 leucócitos por campo) e hematúria. A urocultura apresenta mais de 100 mil colônias por ml.

Em geral, o tratamento das pacientes grávidas com cistite aguda é iniciado antes que o resultado da cultura esteja disponível. A escolha do antibiótico, como na bacteriúria assintomática, deve estar direcionada para cobertura de germes comuns e pode ser modificada após a identificação do agente e a determinação de sua susceptibilidade.

Historicamente, o antibiótico de escolha tem sido a ampicilina, mas nos últimos anos a *E. coli* tem se tornado cada vez mais resistente a este medicamento (cerca de 20% a 30%).

Nitrofurantoína é uma boa escolha, mas não se recomenda seu uso após a 36ª semana e durante a lactação, pois há o risco de o recém-nato desenvolver anemia hemolítica se tiver deficiência de glicose-6 fosfato.

Sulfonamidas ou associação entre sulfametoxazol e trimetoprima (co-trimoxazol) devem ser evitadas no primeiro trimestre (potencialidade teratogênica da trimetoprima) e no terceiro trimestre (pois pode causar kernicterus no bebê, especialmente nos prematuros).

Outros antibióticos comuns, como quinolonas e tetraciclina, não devem ser prescritos na gravidez devido aos efeitos tóxicos no feto.

Portanto, o tratamento na gravidez sofre uma redução significativa com relação às drogas potencialmente utilizáveis. As possibilidades terapêuticas disponíveis para a gestante repousam, sobretudo, em antibióticos beta-lactâmicos, nitrofurantoína e fosfomicina (veja a tabela 27).

Um curso de 7 a 10 dias de antibioticoterapia geralmente é suficiente para erradicar a infecção. Alguns estudos têm sugerido menos tempo (de 3 a 7 dias), mas há conflitos de evidências; por

isso, é recomendado este período de tratamento para evitar o risco de recorrência. Pacientes grávidas tratadas por menos de 7 a 10 dias têm alta taxa de recorrência.

O quadro a seguir lista os antibióticos de uso oral mais usados no tratamento:

Quadro 21 – Escolha de antibiótico para o tratamento de infecções urinárias na gravidez

Antibiótico	Evidência na gravidez	Posologia
Cefalexina	B	Um comprimido de 500mg em intervalos de 6 horas.
Cefadroxil	B	Um comprimido de 500mg em intervalos de 8 ou 12 horas.
Amoxicilina	B	Um comprimido de 500mg em intervalos de 8 horas.
Nitrofurantoína	B	Um comprimido de 100mg em intervalos de 6 horas.
Ampicilina		Um comprimido de 500mg em intervalos de 6 horas.
Fosfomicina Trometamol*	A e B	Administrada, em jejum, na dose única de 3g da apresentação em pó, diluída em água.

Fonte: (LOPES; TAVARES, 2004).

* Embora esta medicação seja ativa contra enterobactérias e enterococos, tenha eficácia de 99%, não tenha contraindicações nas gestantes e possa ser empregada em dose única, ela ainda não se encontra disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

6.3.19 Pielonefrite

Pielonefrite aguda durante a gravidez é uma doença grave que pode cursar com sepse e trabalho de parto prematuro. Caracteriza-se pelo comprometimento do ureter, da pelve e do parênquima renal. As vias de infecção são ascendente, hematogênica ou linfática. Ocorre em 2% das grávidas e até 23% destas mulheres têm recorrência na mesma gravidez.

O diagnóstico é feito por bacteriúria acompanhada de sintomas sistêmicos como febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar, com sinal de Giordano positivo. De forma geral, é precedido por sintomas de infecção do trato urinário inferior. Na suspeita, encaminhe a gestante para avaliação hospitalar.

É importante iniciar o tratamento precoce. Geralmente, está indicada a hospitalização, mas nem sempre isso é necessário. A hospitalização é indicada sempre que estiverem presentes sinais de sepse e desidratação. O tratamento geralmente é intravenoso na hospitalização.

Após o tratamento de pielonefrite, a mulher deve ingerir nitrofurantoína (100mg/dia) até a 37ª ou a 38ª semana de gravidez (DUARTE, 2008).

Controle de cura:

Em todos os casos de infecção urinária, deve-se realizar cultura de urina para controle de cura de uma a duas semanas após o término do tratamento, para confirmar erradicação da bacteriúria. Se a urina for estéril e não houver sintomas urinários presentes, esta deve ser repetida mensalmente até o parto.

6.3.20 Estreptococo do grupo B

O estreptococo do grupo B pode colonizar o trato gastrointestinal, a vagina ou a uretra, de forma assintomática, da mesma forma em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Apenas 1:2000 recém-nascidos têm a infecção pelo estreptococo do grupo B geralmente evidenciada como doença respiratória, sépsis ou meningite na primeira semana de vida. A infecção é transmitida pela mãe durante a passagem pelo canal de parto. Muitos países realizam rastreamento do SGB na gestação e usam antibioticoterapia intraparto. Entretanto, muito poucos bebês de mães portadoras de SGB são infectados. Por tal razão, usar antibiótico para todas as positivas poderia ser perigoso pelos efeitos colaterais, pela indução de aumento da resistência antimicrobiana e por não ser um procedimento custo-efetivo.

Na Inglaterra, a recomendação é não realizar rastreamento, pois não há comprovação de custo-efetividade do rastreamento e do uso de antibioticoterapia intraparto (NICE, 2008).

A coleta para cultura de estreptococo do grupo B é recomendada de forma sistemática para todas as gestantes entre 35 e 37 semanas de gestação, para determinar a colonização pelo estreptococo do grupo B no trato genital e intestinal (CDC, Estados Unidos) (grau de recomendação B) (SCHARG et al., 2002). Entretanto, em recente revisão do Cochrane (OHLSSON; SHAH, 2009) que avaliou o uso de antibiótico profilático intraparto e os desfechos neonatais e maternos, não há evidência de benefícios que recomendem o uso desta prática. Os resultados mostraram que, embora haja uma diminuição de doença infecciosa precoce pelo estreptococo B (RR 0,17, IC 95%, 0,04 a 0,74), existe um alto risco de "bias", isto é, de que este resultado tenha sido favorecido pela influência dos autores que realizaram as pesquisas, devido a falhas na metodologia dos estudos.

A mortalidade neonatal por esta doença e a mortalidade neonatal por todas as causas não diminuíram de forma significativa, assim como as mortes por sépsis por outras bactérias que não o estreptococo B. Em relação às infecções maternas também não houve redução significativa no grupo tratado. A conclusão é a de que no momento não há evidências suficientemente boas que suportem o uso profilático de antibioticoterapia intraparto para reduzir a doença e a mortalidade causada pelo estreptococo B (grau de recomendação A – nível de evidência I) (OHLSSON; SHAH, 2009).

No Brasil, não existe consenso ou recomendação técnica sobre o tema. Ainda não existem estudos que avaliem o custo-efetividade (riscos *versus* benefícios). As variáveis que devem ser analisadas são as seguintes: a prevalência da colonização pelo estreptococo do grupo B nas gestantes no final da gestação, a incidência de sépsis neonatal, bem como os riscos oriundos do uso de antibióticos profiláticos intraparto (anafilaxia e infecções maternas e neonatais por bactérias resistentes). A literatura aponta que a colonização neonatal por estreptococo do grupo B ocorre em metade das mães portadoras, mas só 2% terão quadros infecciosos graves. Se a prevalência de colonização no Brasil fosse de 20% para cada 1000 gestantes triadas, 200 seriam positivas e receberiam antibiótico profilático intraparto para evitar duas sépsis neonatais (AMARAL, 2005).

Recomendação:

Neste momento, não se tem elementos suficientes para recomendar a realização sistemática da coleta de estreptococo do grupo B em gestantes e o uso de antibiótico intraparto. É necessário

que, primeiramente, se realizem estudos locais de prevalência da colonização pelo estreptococo B nas gestantes e estudos que demonstrem a incidência local de sépsis neonatal por esta bactéria, bem como melhores evidências sobre o custo-benefício do uso do antibiótico intraparto (grau de recomendação A – nível de evidência I).

6.3.21 Hepatite B

Endêmica em algumas regiões do mundo, como a Ásia e África, a hepatite B é a infecção aguda mais comum do fígado e representa um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

A endemicidade da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) tem importância na determinação do predomínio das formas de transmissão, que pode se dar por via:

(a) parenteral:

- i) transfusional, antes da instituição da triagem em bancos de sangue;
- ii) por compartilhamento de agulhas, seringas ou outros equipamentos contendo sangue contaminado;
- iii) por procedimentos médicos e odontológicos com sangue contaminado, sem a esterilização adequada dos instrumentais;
- iv) na realização de tatuagens e na colocação de *piercings*, sem a aplicação das normas de biossegurança, veiculando sangue contaminado;

(b) sexual:

- i) em relações desprotegidas;

(c) vertical:

- i) sobretudo durante o parto, pela exposição do recém-nascido ao sangue materno ou ao líquido amniótico e, também, mais raramente, por transmissão transplacentária;

(d) e, finalmente, por meio de solução de continuidade (pele e mucosa).

Há evidências preliminares que sugerem a possibilidade de transmissão por compartilhamento de instrumentos de manicure, escovas de dente, lâminas de barbear ou de depilar, canudo de cocaína, cachimbo de *crack*, entre outros.

Considerando-se a prevalência da hepatite B e as coberturas vacinais heterogêneas no Brasil, a prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, o que reduz sobremaneira a transmissão vertical.

O percentual de cronificação no RN infectado pelo VHB por transmissão vertical pode chegar a 90%, com maior risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma numa fase precoce da vida, tornando a triagem da hepatite B obrigatória no pré-natal.

Por isso, o rastreamento para hepatite B deve ser oferecido para todas as mulheres grávidas, a fim de oferecer vacinação para as mulheres susceptíveis e intervenções no pós-parto para as mulheres infectadas, de modo a diminuir o risco de transmissão materno-fetal. Para isso, o antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) deve ser solicitado nos exames pré-concepcionais, na primeira consulta de pré-natal, e ser repetido no terceiro trimestre.

- Se for HBsAg reagente, solicite HBeAg e transaminases. A gestante com HBsAg reagente e com HBeAg reagente deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto-risco;
- Toda gestante HBsAg não reagente e com idade abaixo de 20 anos deve receber a vacina para hepatite B. Devemos coletar o anti-HbsAg em gestantes que não sabem se tomaram a vacina. As gestantes com vacinação incompleta devem completar o esquema vacinal já iniciado.
- Monitoramento do RN:
- Verifique se foi administrada no hospital a vacina para hepatite B a todos os RN de mães HBsAg não reagente;
- Nos casos de mãe HBsAg reagente e HBeAg reagente, verifique se foi aplicada a 1ª dose da vacina para hepatite B e a imunoglobulina específica contra a hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento;
- Para o RN assintomático, complete as doses da vacina para hepatite B e, aos 9 e 15 meses, solicite o anti-HbsAg;
- No caso de RN sintomático, encaminhe a criança ao serviço de referência. Verifique se o bebê está sendo levado às consultas do serviço de referência e às consultas de puericultura da UBS.

6.3.22 HIV

Desde a identificação do vírus da imunodeficiência humana (HIV), descrito como o responsável pelas manifestações relacionadas à Aids, mais de 60 milhões de pessoas já foram infectadas no mundo. De acordo com o Programa das Nações Unidas para a Aids, o número total de adultos e crianças que vivem com HIV e Aids no mundo atingiu a cifra de 40 milhões em 2001, dos quais 90% viviam em países em desenvolvimento. Do total de atingidos, 37,1 milhões eram adultos e 18,5 milhões, mulheres.

No Brasil, de acordo com dados de estudos sentinelas, a infecção por HIV tem prevalência de 0,61% na população entre 15 e 49 anos de idade e, em mulheres, de 0,41%. A transmissão vertical (da mãe para o filho) pode ocorrer em qualquer momento da gestação, do parto e do pós-parto, por meio do aleitamento materno.

Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre tardiamente na gestação e, principalmente, durante o trabalho de parto e no parto propriamente

dito, sendo estes momentos importantes para a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Os 35% restantes ocorrem mediante transmissão intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão (de 7% a 22%), que se renova a cada exposição da criança ao seio materno (mamada).

As taxas de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação, situam-se entre 25% e 30%. Deste percentual, 25% referem-se à transmissão intraútero e 75% à transmissão intraparto.

O primeiro estudo clínico que utilizou terapia antirretroviral (ARV) com o objetivo de reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV foi o Protocolo 076, do *Pediatrics Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076). Este foi um estudo randomizado, com placebo controlado, que utilizou um protocolo constituído de zidovudina (AZT) oral a partir da 14ª semana, com AZT endovenoso (EV) 4 horas antes do parto e AZT por solução oral para o recém-nascido durante 6 semanas.

Esta intervenção reduziu a taxa de transmissão vertical do HIV em 67,5%. As taxas de transmissão vertical foram de 25% no grupo placebo e de 8,3% no grupo que recebeu a intervenção com AZT. No PACTG 076, o desenvolvimento de resistência viral à monoterapia com zidovudina foi observado em aproximadamente 2,7% das pacientes. Em outros estudos, a longa duração da monoterapia com AZT, associada à carga viral elevada, determinou o desenvolvimento de mutações que conferem resistência à zidovudina.

Mais recentemente, em um estudo publicado em 2002, que avaliou 1.442 gestantes, demonstraram-se as seguintes taxas de transmissão vertical: 20% na ausência de terapia antirretroviral de alta potência para a Aids (Tarv), 10,4% com monoterapia de AZT, 3,8% na terapia dupla e 1,2% nos esquemas altamente ativos, com combinação de três ARV.

Outros estudos mostraram que o uso de terapêutica antirretroviral, quando associada à cesárea eletiva, pode diminuir as taxas de transmissão vertical do HIV para níveis em torno de 2%.

Resultado publicado no *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*, divulgado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2010, reforça a tendência de queda na incidência de casos de Aids em crianças menores de cinco anos. Comparando-se os anos de 1999 e 2009, a redução chegou a 44,4%. O resultado confirma a eficácia da política de redução da transmissão vertical do HIV instituída em nosso País.

Fatores de risco para a transmissão vertical:

- Fatores virais, tais como a carga viral, o genótipo e o fenótipo viral;
- Fatores maternos, incluindo o estado clínico e imunológico, a presença de DST e outras coinfeções, bem como o estado nutricional materno;
- Fatores comportamentais, como o uso de drogas e a prática sexual desprotegida;
- Fatores obstétricos, tais como a duração da ruptura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intraparto;
- Fatores inerentes ao recém-nascido, tais como a prematuridade e o baixo peso ao nascer;
- O aleitamento materno.

A carga viral materna elevada e o tempo prolongado de ruptura das membranas amnióticas são reconhecidos como os principais fatores associados à transmissão vertical do HIV. A carga viral nas secreções cervicovaginais e no leite materno tem se mostrado importante determinante de risco de transmissão intraparto e pela amamentação, respectivamente. Bolsa rota por mais de 4 horas aumenta progressivamente a taxa de transmissão (cerca de 2%, a cada hora, até 24 horas).

6.3.22.1 Amniorrexe prematura em mulheres portadoras de HIV

Existem evidências de que a prematuridade e o tempo de rotura de membranas estão associados a maior risco de transmissão vertical do HIV. A taxa de transmissão aumenta progressivamente após quatro horas de bolsa rota durante o trabalho de parto (cerca de 2%, a cada hora, até 24 horas). No entanto, não existem dados que possam definir, com segurança, a melhor conduta a ser tomada quando a gestante portadora de HIV apresenta rotura de membranas antes da 34ª semana de gestação. Portanto, a conduta deverá ser instituída conforme as rotinas previstas para amniorrexe prematura nas mulheres em geral, buscando-se promover a maturidade fetal, a redução dos riscos de transmissão perinatal do HIV e da morbimortalidade materna.

Diagnóstico e condutas:

Idealmente, o diagnóstico da infecção por HIV deveria ser realizado antes da gestação, pois possibilitaria planejar a gravidez para um momento no qual a infecção materna estivesse controlada. Recomenda-se a adoção de medidas precoces para reduzir a carga viral para níveis indetectáveis antes que a mulher engravide. Além disso, neste caso, é importante melhorar as condições imunológicas, conhecer o status sorológico das mulheres frente às principais doenças infecciosas transmissíveis durante o ciclo gravídico-puerperal e realizar o diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Com o planejamento e o acompanhamento adequados, é possível que tal mulher tenha uma gestação com menor risco de transmissão vertical de quaisquer agravos.

Quando a mulher inicia o pré-natal sem ter realizado exames pré-gestacionais, o teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal e ser repetido no início do terceiro trimestre gestacional, após consentimento e aconselhamento pré e pós-teste.

A gestante HIV positiva deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids (SAE).

Os métodos laboratoriais capazes de auxiliar no diagnóstico da infecção pelo HIV têm sido aprimorados ao longo dos últimos anos, o que tem permitido reduzir o período de janela imunológica e aumentar a capacidade para detecção do HIV-1 e HIV-2, além de vários subtipos.

Os testes são baseados em diferentes métodos, incluindo imunoenaios e testes moleculares, sendo o diagnóstico da infecção pelo HIV habitualmente realizado com base na detecção de anticorpos anti-HIV e/ou na detecção do antígeno. Os ensaios imunoenzimáticos e os testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV são os mais utilizados para o diagnóstico e a vigilância epidemiológica do HIV.

Resultados não reagentes:

A amostra com resultado não reagente na etapa 1 será definida como “amostra não reagente

para HIV". Neste caso, o diagnóstico da infecção é concluído, não havendo necessidade de realização de nenhum teste adicional, exceto pela suspeita de soroconversão ("janela imunológica"). Caso exista suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da primeira. Este exame deverá ser novamente solicitado próximo à 30ª semana gestacional.

Resultados reagentes:

O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2), em conformidade com os testes elencados nestas, os quais possuem características indicadas para cada etapa, como a triagem e a confirmação. Portanto, a amostra com resultado reagente no teste da etapa 1 deverá ser submetida à etapa 2. Para a interpretação dos resultados e a liberação do laudo, são analisados, conjuntamente, os resultados obtidos nos testes das etapas 1 e 2.

Diante de resultados reagentes, nos testes das etapas 1 e 2, o laboratório liberará o laudo como "Amostra Reagente para HIV" e solicitará a coleta de uma segunda amostra para a comprovação do resultado da primeira. Após a coleta, a segunda amostra deverá ser encaminhada ao laboratório o mais rapidamente possível e submetida somente à etapa 1. Quando o resultado do teste com a segunda amostra for reagente, o resultado deverá ser liberado como "Amostra Reagente para HIV". Neste caso, o diagnóstico estará definido e a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids (SAE), para realizar aconselhamento e ingressar no serviço.

Eventualmente, podem ocorrer resultados falsos positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes. Nestas situações, a história clínica das exposições de risco de transmissão do HIV e o resultado laboratorial devem orientar a investigação. Para exclusão do diagnóstico da infecção pelo HIV, em casos de resultados suspeitos de falsos positivos, a testagem deve ser repetida em uma nova amostra.

Resultados indeterminados:

Diante de um resultado indeterminado, a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids (SAE).

Diagnóstico com testes rápidos:

A possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV. Tais testes também não demandam uma estrutura laboratorial ou pessoal especializado.

Além da rapidez na determinação do estado sorológico (pois fornece o resultado em um tempo inferior a 30 minutos), a eficiência, a confiabilidade e a boa relação custo-efetividade do teste rápido já foram estabelecidas no Brasil. Segundo as novas regras, o diagnóstico rápido da infecção pelo HIV é realizado exclusivamente com testes rápidos validados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e distribuídos aos Estados pelo Ministério da Saúde.

Os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra. Nestas situações, a gestante deve aguardar o resultado, que será liberado prontamente. Atualmente, o diagnóstico da infecção pelo HIV é realizado mediante um a dois diferentes testes rápidos.

A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: “Amostra Não Reagente para HIV”. Neste caso, o diagnóstico da infecção é concluído, não havendo a necessidade da realização de nenhum teste adicional. Os fatores biológicos podem limitar a precisão dos testes rápidos, o que também pode ocorrer com os testes convencionais usados em laboratório. Todavia, se existir a suspeita de infecção pelo HIV, nova testagem deve ser realizada após 30 dias.

Amostras com resultado reagente no TR1 deverão ser submetidas ao teste rápido 2 (TR2). Quando disponível no serviço de saúde, o *Imunoblot* rápido também poderá ser utilizado como TR2. Amostras com resultados reagentes no TR1 e no TR2 terão seu resultado definido como: “Amostra Reagente para HIV”, sem a necessidade de nenhum teste adicional.

As amostras com resultados discordantes entre TR1 e TR2 não terão seu resultado definido. Caso o diagnóstico definitivo não seja estabelecido, a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids.

Quando iniciar a terapia antirretroviral:

No pré-natal de alto risco, medidas específicas deverão ser tomadas: detalhamento da história clínica, incluindo presença de comorbidades e hábitos de vida; realização de exame físico, com enfoque nos sinais clínicos sugestivos de manifestações da doença; avaliação laboratorial específica; prevenção da tuberculose; orientação sobre as indicações e contraindicações de vacinas; uso de antirretrovirais para profilaxia da transmissão vertical ou do tratamento da infecção pelo HIV.

Toda gestante infectada pelo HIV deve receber Tarv durante a gestação; para isso, é necessário detectar as dificuldades de compreensão e outros obstáculos à adesão ao tratamento, garantindo o acesso da gestante às informações claras sobre:

- Os objetivos do tratamento;
- O significado dos exames de carga viral e de contagem de LT-CD4+;
- A necessidade de adesão ao regime terapêutico proposto;
- Os efeitos adversos potenciais para a mãe e o feto;
- Os medicamentos que compõem o esquema e seus mecanismos de ação;
- A importância de evitar o uso de bebidas alcoólicas e drogas recreacionais;
- A importância do uso sistemático de preservativos;
- A necessidade de realização periódica das consultas e dos exames de seguimento.

A indicação de Tarv na gestação pode ter dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV.

Gestantes assintomáticas com contagem de LT-CD4+ > 350 céls./mm³ têm baixo risco de progressão para Aids e não seriam candidatas a receber esquema antirretroviral caso não estivessem grávidas. Nestes casos, a terapia antirretroviral (Tarv) objetiva a prevenção da transmissão vertical e está recomendada para gestantes que não possuem indicação de tratar a

infecção pelo HIV. O início do esquema deve ser precoce, com a associação de três antirretrovirais após o primeiro trimestre, entre a 14^a e a 28^a semanas de gravidez. O esquema deve ser suspenso após o parto.

Mulheres que apresentam repercussão clínica e/ou imunológica grave da infecção do HIV têm indicação de tratamento, independentemente da gravidez e em qualquer idade gestacional. Portanto, gestantes sintomáticas ou assintomáticas com contagem de LT-CD4+ \leq 350 céls./mm³ apresentam critérios de início de tratamento, conforme recomendado para adultos que vivem com HIV, devendo iniciá-lo com o objetivo de tratar a doença ou reduzir o risco de progressão. Sempre que houver indicação de tratamento antirretroviral na gestação, este deverá ser mantido (e readequado, se necessário) após o parto. Deve-se utilizar esquema com três antirretrovirais de duas classes diferentes, seja com indicação de profilaxia ou de tratamento.

É frequente a detecção tardia da infecção pelo HIV em gestantes. Seu manejo dependerá de diversos fatores, principalmente da idade gestacional (IG). Na idade gestacional tardia, desde que a gestante não esteja em trabalho de parto, deve ser iniciado o uso de terapia antirretroviral combinada.

Se a gestante chegar ao serviço de pré-natal após 36 semanas de IG sem estar em trabalho de parto, deve-se realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV preferencialmente com o uso de testes rápidos, conforme já descrito, com o aconselhamento e o consentimento da paciente. Se a gestante estiver infectada pelo HIV, ela deve ser encaminhada imediatamente ao pré-natal de alto risco.

6.3.23 Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual ou vertical que pode causar respectivamente a forma adquirida ou congênita da doença. Seu diagnóstico e seu tratamento podem ser realizados com baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional. No Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes é de 1,6%. São estimadas 12 mil crianças que nascem com sífilis congênita. Entre os casos notificados em 2004, 78,8% das mães realizaram pré-natal.

A sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical.

A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória, sendo considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, de sua relativa simplicidade diagnóstica e do fácil manejo clínico/terapêutico.

A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante: quanto mais recente a infecção materna, maior é o risco de comprometimento fetal. Na sífilis primária e secundária, o risco de infecção fetal varia de 70% a 100%, enquanto nas fases latente tardia e terciária chega a 30%. As manifestações clínicas variam desde o abortamento espontâneo à morte perinatal, ocorrendo em cerca de 40% das gestantes infectadas não tratadas. Além disso, a sífilis congênita representa

uma série de alterações clínicas importantes, podendo ser assintomática ao nascimento em até 50% das crianças infectadas.

Tais considerações justificam a necessidade de realizar testes sistematicamente com as pacientes no mínimo duas vezes na gestação (no início do pré-natal e próximo à 30ª semana) e no momento da internação hospitalar, seja para parto ou curetagem uterina pós-abortamento, segundo a Portaria MS/GM nº 766/2004. A realização do VDRL no início do terceiro trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero. Quando o teste é feito durante a internação para o parto, além de interromper a evolução da infecção e suas sequelas irreversíveis, ele possibilita o tratamento precoce da criança.

Quadro 22 – Classificação da sífilis

Sífilis adquirida
Recente (menos de um ano de evolução): primária, secundária e latente recente;
Tardia (com mais de um ano de evolução): latente tardia e terciária.
Sífilis congênita
Recente (casos diagnosticados até o 2º ano de vida);
Tardia (casos diagnosticados após o 2º ano de vida);
Sífilis congênita precoce.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

A síndrome clínica da sífilis congênita precoce surge até o 2º ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo. Como discutido anteriormente, além do fato de que mais da metade de todas as crianças é assintomática ao nascimento e, naquelas com expressão clínica, os sinais podem ser discretos ou pouco específicos, não existe uma avaliação complementar para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Nesta perspectiva, ressalta-se que a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança. Além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as principais características desta síndrome são excluídas por outras causas: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como, por exemplo, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR). Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. Entre as alterações laboratoriais incluem-se: anemia, trombocitopenia, leucocitose (pode ocorrer reação leucemoide, linfocitose e monocitose) ou leucopenia.

Sífilis congênita tardia:

A síndrome clínica da sífilis congênita tardia surge após o 2º ano de vida. Da mesma forma que na sífilis congênita precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Além disso, deve-se estar atento na investigação para a possibilidade de que a criança tenha sido exposta ao *T. pallidum* por meio de exposição sexual.

As principais características desta síndrome incluem: tibia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado.

Outras situações:

Óbito fetal (natimorto) por sífilis:

Define-se natimorto por sífilis todo feto morto após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior do que 500 gramas, cuja mãe portadora de sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada.

Aborto por sífilis:

Define-se aborto por sífilis toda perda gestacional ocorrida antes de 22 semanas de gestação ou com peso do feto menor do que 500 gramas, cuja mãe é portadora de sífilis e não foi tratada ou foi inadequadamente tratada.

Diagnóstico clínico e laboratorial:

O diagnóstico clínico, na fase primária, é dado pela identificação do cancro duro. Tal lesão pode estar localizada internamente na vagina e no colo uterino e não ser percebida pela mulher. Na fase secundária, os sintomas clínicos mais comuns são erupções cutâneas eritematosas generalizadas, de característica exantemática (roséolas sifilíticas), pápulas palmo-plantares eritemato-descamativas, alopecia e placas úmidas na região vulvar e perineal (condiloma plano). Na fase terciária, as alterações ocorrem em órgãos e aparelhos, como o sistema nervoso e cardiovascular. A lesão característica é a goma ou tubérculo sifilítico, que pode ocorrer na pele, nos ossos, no cérebro e no coração, entre outros órgãos.

Na gestação, a sífilis pode ser causa de abortamento tardio (a partir do quarto mês), natimortos, hidropsia fetal e parto prematuro. Estudos mostram fetos abortados com nove semanas de gestação que apresentavam o *Treponema pallidum* ao exame histopatológico, indicando que abortamentos precoces também podem ser causados por sífilis.

O diagnóstico laboratorial da sífilis se faz por técnicas variadas e depende da fase da infecção. A pesquisa direta do *Treponema pallidum* só se aplica à lesão da fase primária e a algumas lesões da fase secundária (placas e condiloma plano). O exame microbiológico pode também ser realizado na placenta, no cordão umbilical e nas lesões cutâneo-mucosas da criança.

Os testes sorológicos dividem-se em dois tipos: treponêmicos e não treponêmicos. Os testes não treponêmicos mais utilizados são o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasm Reagin*), sendo quantitativos (expressos em títulos: 1:2, 1:4 etc.) e importantes para o diagnóstico e o seguimento pós-terapêutico. Estes testes tendem a se tornar reativos a partir da segunda semana após o aparecimento do cancro duro (sífilis primária), que ocorre de 10 a 90 dias após o contato infectante, com média de 21 dias, e apresentam titulações progressivas, mostrando títulos mais elevados na fase secundária da doença. Os títulos passam a sofrer redução natural após o primeiro ano de evolução da doença.

Os testes treponêmicos detectam a presença de anticorpos anti-*Treponema pallidum* e são específicos e qualitativos, confirmando a infecção. Portanto, não distinguem se é uma doença ativa

ou cicatriz sorológica. Entre eles estão o FTA-Abs (*Fluorescent Treponema Antibody Absorvent Test*), o MH-TP (Micro-Hemaglutinação para *Treponema pallidum* ou TPHA), o Elisa (teste imunoenzimático), o *Western blotting* (WB) e os testes imunocromatográficos (testes rápidos).

Tratamento:

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis, sendo uma medicação de baixo custo, fácil acesso e ótima eficácia.

O tratamento da sífilis é dependente da fase de infecção da doença, sendo preconizado conforme se mostra a seguir:

- Sífilis primária: penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);
- Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI;
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI.

Após a dose terapêutica inicial na doença recente, poderá surgir a reação de Jarisch-Herxheimer, que é a exacerbação das lesões cutâneas e a presença de febre com outros sintomas gerais (adinamia, artralgias, mialgia). Esta reação tem involução espontânea em 12 a 48 horas, exigindo apenas cuidado sintomático. Não justifica a interrupção do tratamento e não significa alergia à droga.

As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para um centro de referência, para que se realize a dessensibilização. A penicilina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata também o feto.

As gestantes com manifestações neurológicas e/ou cardiovasculares devem ser hospitalizadas e submetidas a esquemas especiais de penicilina via intravenosa.

Controle de cura:

Com a instituição do tratamento correto, o teste não treponêmico tende a se negativar em 6 a 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina *memória* ou *cicatriz sorológica da sífilis*. O exame de VDRL que apresenta títulos baixos pode também representar uma reação falsa positiva, que pode ser uma reação cruzada com as alterações inflamatórias das doenças do colágeno. Pode ainda ser representado por sífilis muito recente, cujos títulos estão em ascensão, ou ainda doença muito antiga, tratada ou não, cujos títulos tendem a apresentar declínio naturalmente independente de tratamento.

- Os testes não treponêmicos (VDRL/RPR) devem ser realizados mensalmente em gestantes;
- Nos casos de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de 4 vezes em 3 meses e 8 vezes em 6 meses;
- Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em 2 oportunidades, após 1 ano, pode ser dada alta.

Vigilância epidemiológica:

A sífilis na gestação é doença de notificação compulsória desde 2005; sendo assim, é necessário identificar os casos para que possa haver ações de prevenção e controle deste agravo. Após confirmação do diagnóstico, a UBS deve preencher a ficha de notificação e remetê-la ao órgão competente de seu município.

204

6.3.24 Demais doenças sexualmente transmissíveis na gravidez

As DST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional. Entre as mulheres com infecções não tratadas por gonorreia e/ou clamídia, 10% a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP). Destas, mais de 25% se tornarão inférteis. Para efeito de comparação, observa-se que a taxa de infertilidade por causas não infecciosas é estimada em 3% a 7%. Dados de países desenvolvidos indicam que mulheres que tiveram DIP têm probabilidade 6 a 10 vezes maior de desenvolver gravidez ectópica. Nos países em desenvolvimento, a gravidez ectópica contribui com mais de 15% das mortes maternas (WHO, 2004).

Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às DST não tratadas em gestantes (GUTMAN, 1999). Entre homens, a clamídia também pode causar infertilidade (KARINEN et al., 2004; MARDH, 2004; ELLEY et al., 2005). Outras consequências associadas ao vírus do papiloma humano (HPV) incluem carcinoma de colo uterino, de pênis e de ânus. Portanto, atenção especial deve ser dirigida à parceria sexual, para tratamento imediato.

A estratégia de abordagem sindrômica tem sido recomendada pelo Ministério da Saúde, a fim de realizar um tratamento oportuno e efetivo das DST, prevenindo complicações e reduzindo o risco de disseminação. A estratégia instrumentaliza as equipes de saúde da família e as unidades básicas de saúde, permitindo realizar, durante a primeira consulta da(o) usuária(o), o aconselhamento, o diagnóstico e o tratamento adequados para cerca de 90% a 92% das DST. Os casos persistentes (de 8% a 10%) deverão ser encaminhados aos serviços de referência em DST.

Na abordagem sindrômica, as DST são agrupadas por síndromes, como são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 23 – Abordagem sindrômica das DST

Síndrome	DST	Agente	Tipo
Úlcera	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	Bactéria
	Cancro mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Bactéria
	Herpes	Herpes simples 1 e 2	Vírus
	Donovanose	<i>Klebsiella granulomatis</i> (<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>)	Bactéria
	Linfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Bactéria
Corrimentos	Vaginose bacteriana	Vários	Bactéria
	Tricomoniase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Protozoário
	Candidíase	<i>Candida albicans</i>	Fungo
	Gonorreia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Bactéria
	Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Bactéria
Verrugas	Condiloma	<i>Papilomavírus humano</i>	Vírus

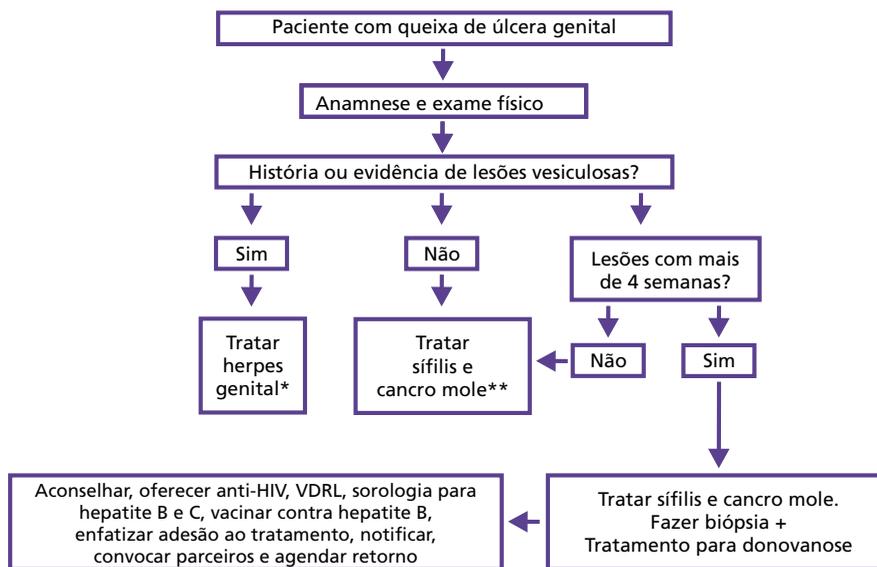
Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.3.24.1 Úlcera genital

Presença de lesão ulcerada em região anogenital, de causa não traumática, única ou múltipla, podendo ser precedida por lesões vesiculosas. Principais DSTs causadoras de úlceras:

- Sífilis primária (cancro): lesão geralmente única, indolor, com fundo liso e brilhante e secreção serosa escassa. O tratamento deve ser realizado com penicilina G benzatina, 1.200.000 UI, IM, em cada glúteo, totalizando 2.400.000 UI (em dose única);
- Cancro mole: caracteriza-se por lesões dolorosas, geralmente múltiplas, devido à autoinoculação, mas pode se apresentar também com úlcera única. O tratamento deve ser realizado com estearato de eritromicina, 500mg, VO, de 6h/6h, por sete dias, ou ceftriaxona, 250mg, IM, em dose única.
- Herpes: normalmente, manifesta-se com o aparecimento de lesões vesiculosas, que se transformam em pequenas úlceras após poucos dias. É normal ocorrerem pródromos, como aumento de sensibilidade, formigamento, mialgias, ardência ou prurido. O tratamento deve ser realizado com aciclovir, 400mg, por via oral, a cada 8h, durante sete dias.
- Linfogranuloma venéreo: inicia-se geralmente por uma lesão de inoculação, caracterizada como pápula, pústula ou exulceração indolor. O tratamento é realizado com estearato de eritromicina, 500mg, VO, 6h/6h, por 3 semanas.
- Donovanose: normalmente, a úlcera tem borda plana ou hipertrófica, é bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e sangramento fácil. O tratamento é realizado com estearato de eritromicina (500mg, VO, 6h/6h, até a cura clínica, por no mínimo 3 semanas).

Figura 12 – Úlceras genitais



*Em caso de herpes, tratar sífilis se VDRL ou RPR forem reagentes, o que será visto no retorno. Se o quadro não é sugestivo de herpes, tratar sífilis e cancro mole.

** Se forem lesões ulcerosas múltiplas e se a soroprevalência de herpes for igual ou maior do que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente à sífilis e ao cancro mole.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.3.24.2 Síndrome de corrimento vaginal e/ou cervical

Clamídia ou gonorreia:

O corrimento pode ser de cor branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual. Quando o corrimento é proveniente do orifício cervical, diagnostica-se cervicite. A anamnese da gestante com cervicite ou corrimento vaginal deve incluir os critérios de risco listados no quadro 24, para a identificação das mulheres com maior possibilidade de infecção cervical por gonococo e clamídia. Cervicite mucopurulenta ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino) e tem sido associada à infecção pela *Neisseria gonorrhoeae* e pela *Chlamydia trachomatis*.

Quadro 24 – Critérios de risco para infecção cervical

Critérios de risco para infecção cervical
Parceiro(a) sexual com sintomas;
Paciente com múltiplas parcerias sexuais, sem proteção;
Paciente que acredita ter sido exposta a DST;
Paciente proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo e clamídia.

Fonte: (OMS, 2005, adaptado).

Todo cuidado é pouco em relação às gestantes, pois a infecção gonocócica na gestante pode estar associada a maior risco de prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, restrição de crescimento intrauterino e febre puerperal. No recém-nascido, a principal

manifestação clínica é a conjuntivite, podendo haver ainda septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite.

A infecção por clamídia também preocupa durante a gestação, já que pode estar relacionada a partos prematuros, rotura prematura de membranas, endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do recém-nascido. O recém-nascido de mãe com cervicite por clamídia corre alto risco de adquirir a infecção durante a passagem pelo canal de parto.

Por todos os motivos apresentados, a triagem da infecção por clamídia, independentemente dos sintomas, para grupos ou situações clínicas específicas, é uma estratégia a ser buscada, dependendo da disponibilidade de recursos financeiros, materiais e humanos. Entre estes grupos, devem ser priorizadas as gestantes, pelo risco de complicações, e as adolescentes, a fim de prevenir sequelas.

Esquema de tratamento:

Quadro 25 – Tratamento de clamídia e gonorreia

Tratamento de clamídia e gonorreia	
Clamídia	Gonorreia
Azitromicina, 1g, VO, em dose única, ou estearato de eritromicina, 500mg, VO, de 6h/6h, por 7 dias.	Ceftriaxona, 250mg, IM, em dose única.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.3.24.3 Vaginose bacteriana

É caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal devido ao aumento exagerado de bactérias, principalmente anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides sp.*, *Mobiluncus sp.*, micoplasmas, peptoestreptococos), associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos, que são os agentes predominantes na vagina normal. Apresenta-se como corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, com odor fétido.

Não se trata de infecção de transmissão sexual, porém pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, devido ao contato com o pH elevado do sêmen.

Quadro 26 – Tratamento de vaginose bacteriana

Tratamento de vaginose bacteriana
Metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.
Metronidazol, 2g, VO, dose única, ou metronidazol gel a 0,75%, uma aplicação vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias, ou clindamicina, 300mg, VO, 12h/12h, por 7 dias, ou clindamicina creme a 2%, uma aplicação à noite por 7 dias.
Metronidazol, 250mg, VO, 8h/8h, por 7 dias, ou metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias, ou clindamicina, 300mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.3.24.4 Candidíase vulvovaginal

É uma infecção causada por um fungo comensal que habita os tratos genital e intestinal e prolifera quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento. Assim, este organismo pode fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres.

A gestação predispõe o aparecimento de candidíase vaginal. Os sinais e sintomas são:

- Prurido vulvovaginal (principal sintoma e de intensidade variável);
- Ardor ou dor à micção;
- Corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”);
- Hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva;
- Dispareunia;
- Fissuras e maceração da pele;
- Vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco-acinzentadas, aderidas à mucosa.

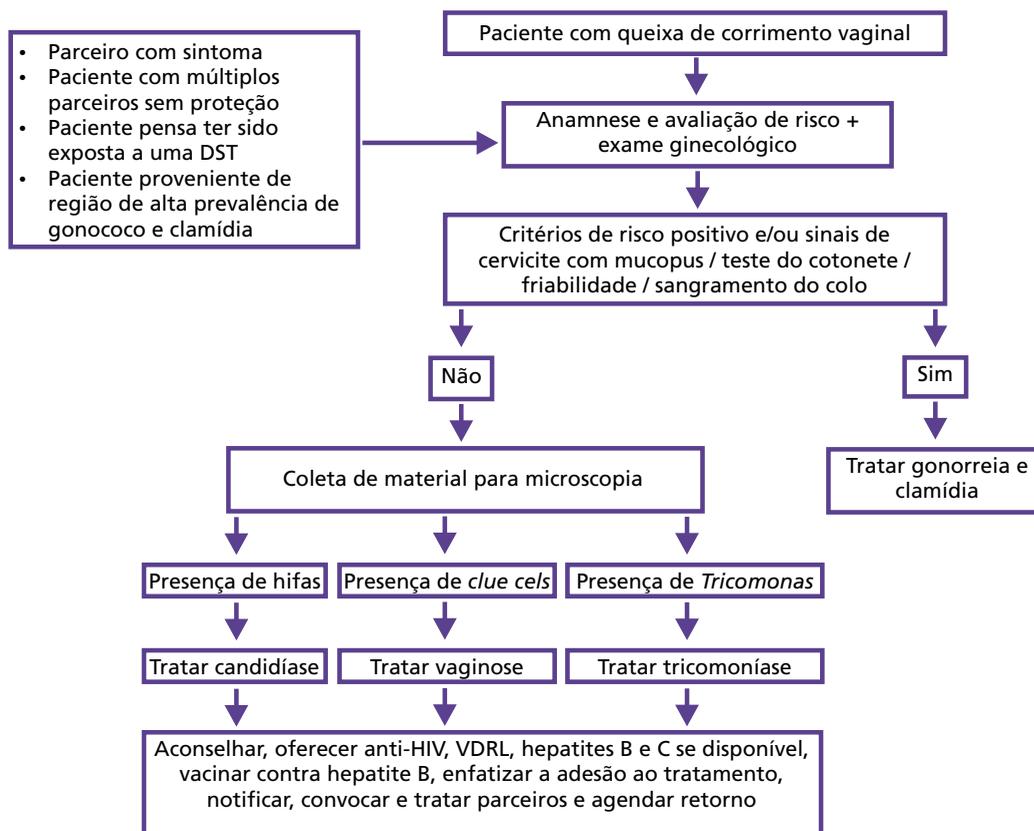
O tratamento na gestação deve ser realizado preferencialmente com medicação tópica, como miconazol a 2%, creme vaginal (por 7 dias); clotrimazol a 1%, creme vaginal (durante 6 a 12 dias); ou clotrimazol, óvulos de 100mg (por 7 dias).

6.3.24.5 Tricomoniase

É uma infecção causada pela *Trichomonas vaginalis*, um protozoário flagelado cuja principal forma de transmissão é sexual (o risco de transmissão por ato sexual é de 60% a 80%) e que infecta o colo uterino, a vagina e a uretra. Suas características clínicas são:

- Corrimento abundante, esbranquiçado, amarelado ou amarelo-esverdeado, bolhoso;
- Prurido e/ou irritação vulvar;
- Dor pélvica (ocasionalmente);
- Sintomas urinários (disúria, polaciúria);
- Hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa).

O tratamento é realizado por via oral com metronidazol, 2g (em dose única), ou 400mg, 12h/12h, por 7 dias.

Figura 13 – Corrimento vaginal

Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.3.24.6 Verrugas genitais

Infecção pelo HPV (papilomavírus humano):

Existem três tipos de infecção pelo HPV: latente, subclínica e clínica. A maioria das infecções pelo HPV não apresenta sintomas ou lesões. Nestes casos, o vírus pode ser detectado apenas por meio de técnicas moleculares.

Um pequeno percentual de pessoas com HPV pode apresentar a forma clínica da infecção, com lesões exofíticas, os condilomas acuminados, também chamados de verrugas genitais ou “cristas de galo”. Tais lesões têm alta transmissibilidade e caracterizam-se como lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, no períneo e na região perianal. Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são fortemente associados à neoplasia cervical (subtipos 16, 18, 31 e 35).

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, sejam pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Preferencialmente, as lesões devem ser tratadas no segundo trimestre gestacional.

A escolha do tratamento se baseia no tamanho e no número das lesões:

- Nunca use podofilina durante qualquer fase da gravidez;
- Lesões pequenas, isoladas e externas: ATA, eletro ou criocauterização em qualquer fase;
- Lesões condilomatosas grandes (excluindo as de colo uterino e vagina): ressecção com eletrocautério em qualquer fase da gravidez. Este procedimento exige profissional habilitado e experiente, visto que pode provocar sangramento significativo e deve restringir-se à lesão propriamente dita;
- Lesões pequenas em colo, vagina e vulva: ATA, eletro ou criocauterização a partir do 2º trimestre;
- Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.

Habitualmente, as lesões subclínicas intraepiteliais não devem ser tratadas na gravidez. No caso de quaisquer alterações ao exame citológico e/ou ginecológico (teste de Schiller positivo), as gestantes deverão ser encaminhadas para a colposcopia. A biópsia não está contraindicada na gestação.

Os HPV 6 e 11 estão associados à papilomatose de laringe em recém-nascidos e crianças, mas esta é uma situação clínica muito rara. A forma de transmissão do vírus (transplacentária, perinatal ou pós-natal) nestes casos ainda não foi totalmente esclarecida. Não há evidências de que a cesárea diminua a ocorrência desse agravo; portanto, não há indicação do parto via alta para prevenção da transmissão vertical do HPV. Indica-se o parto via alta apenas quando há risco de sangramento excessivo ou de obstrução do canal de parto devido ao tamanho e à localização das lesões.

O Anexo B (referente às doenças sexualmente transmissíveis) mostra uma tabela que apresenta as principais DST, seus agentes, suas apresentações clínicas, suas complicações obstétricas e neonatais, seus métodos diagnósticos e o tratamento para gestantes.

6.3.25 Seguimento das infecções sexualmente transmissíveis após a gestação

6.3.25.1 Sífilis

A mulher tratada em decorrência de sífilis, durante a gestação ou no momento do parto, deverá ser acompanhada com VDRL no pós-parto em intervalos trimestrais. A negativação do teste indica alta ambulatorial, o que, geralmente, acontece no primeiro ano. A elevação dos títulos em duas diluições pode indicar reinfecção (parceiro não tratado ou novo parceiro), neurosífilis ou manifestações tardias por tratamento inadequado, indicando reavaliação clínico-laboratorial completa.

6.3.25.2 Condiloma acuminado (infecção pelo HPV)

Mulheres com condilomatose durante a gravidez devem ser acompanhadas com realização da citologia oncológica. Portadora de lesões tratadas durante a gravidez terá seguimento regular

para manutenção do tratamento, se necessário. O parceiro deverá ser avaliado para possível tratamento conjunto.

6.3.25.3 Outras DST

Casos diagnosticados e tratados durante a gestação devem ser reavaliados no puerpério para verificar a necessidade de retratamento. Em casos de recorrências frequentes, o(s) parceiro(s) deve(m) ser avaliado(s) quanto à necessidade de tratamento concomitante, exceto para tricomoníase, para a qual o parceiro sempre deve ser tratado.

6.3.25.4 HIV/Aids

As mulheres identificadas como portadoras assintomáticas do HIV no período pré-concepcional, durante a gestação ou no parto/puerpério imediato, seguirão a rotina de consultas nas unidades básicas de saúde, em conjunto com os serviços de referência para portadoras do HIV, de acordo com a frequência determinada pelo profissional de saúde assistente. Lembramos que a amamentação nessa condição está contraindicada.

6.3.25 Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes da toxoplasmose congênita podem ser descritos restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental.

Como ainda não há evidência de que o tratamento da toxoplasmose na gestação reduza a infecção congênita, a recomendação mais atual (PEYRON et al., 2008) é a de que os países que não realizam rastreamento não o façam (custo-benefício: custo alto sem comprovação do benefício). Para os países onde já se faz o rastreamento, recomenda-se a realização adequada do diagnóstico de infecção materna (soroconversão) e fetal (PCR de líquido amniótico), com rigorosa monitoração dos fetos e recém-nascidos para o diagnóstico, o tratamento e o seguimento das sequelas da doença congênita (nível de evidência I – grau de recomendação A).

O benefício secundário do rastreamento é a prevenção primária da toxoplasmose na gestação para as pacientes soronegativas (IgG e IgM negativas).

Diagnóstico:

A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos. Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção aguda pelo *Toxoplasma gondii* na gravidez se reveste de importância, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas. Embora não exista consenso sobre o real benefício do rastreamento universal para toxoplasmose na gravidez, o Ministério da Saúde recomenda a realização da triagem sorológica, principalmente em lugares onde a prevalência é elevada.

O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes suscetíveis para seguimento posterior. O seguimento visa à prevenção da infecção aguda por meio de medidas de prevenção primária. Já a detecção precoce objetiva prevenir a transmissão fetal e também proporcionar o tratamento, caso haja contaminação intraútero.

Recomenda-se a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM na primeira consulta de pré-natal, uma vez que o diagnóstico é eminentemente laboratorial (sendo que para a IgM deve ser usado um método enzimático de captura com boa sensibilidade e especificidade).

Na presença de anticorpos IgG positivos e IgM negativos, considera-se a gestante imune. Embora exista a possibilidade de que a gestante se contamine com genótipos diferentes da primo-infecção, o risco para o feto ocorre na quase totalidade das vezes quando a mãe adquire a infecção durante a gestação, pelo menos nas gestantes com imunidade normal. Existem relatos de que é possível haver transmissão materno-fetal em gestantes imunocomprometidas com toxoplasmose prévia à gestação. Portanto, embora se considere que as gestantes suscetíveis sejam o principal foco das medidas preventivas, todas as gestantes devem ser instruídas sobre os cuidados de prevenção primária.

Formas de prevenção primária:

- Lave as mãos ao manipular alimentos;
- Lave bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar;
- Não faça a ingestão de carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.);
- Evite o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, use luvas e lave bem as mãos após a atividade;
- Evite o contato com fezes de gato no lixo ou no solo;
- Após manusear a carne crua, lave bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;
- Não consuma leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra;
- Proponha que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tente limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pzinha;
- Alimente os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça;
- Lave bem as mãos após o contato com os animais.

Quadro 27 – Resultados de IgC e IgM, conduta e seguimento

Situação	Resultados		Interpretação	Conduta	Eco	Seguimento
	IgG	IgM				
Primeira sorologia no 1º trimestre da gestação	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica	Não há necessidade de novas sorologias.	-	-
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Programa de prevenção primária (veja a seguir a conduta em caso de soroconversão).	-	Repetição da sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto.
	Positiva	Positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Faça automaticamente o teste de avidéz de IgG na mesma amostra.* Avise a paciente e/ou o médico assistente imediatamente. Avidéz forte: infecção adquirida antes da gestação. Não há necessidade de mais testes. Avidéz fraca: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Inicie espiramicina imediatamente.	Mensal	Ecografias normais: mantenha espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice2 (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Inicie espiramicina imediatamente. Repita a sorologia em 3 semanas. IgG positiva: confirma-se a infecção.	Mensal	Ecografias normais: mantenha espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido. IgG continua negativa: suspenda a espiramicina. Prevenção primária. Repetição da sorologia de 3 em 3 meses e no momento do parto.

continua

continuação

Situação	Resultados		Interpretação	Conduta	Eco	Seguimento
	IgG	IgM				
Primeira sorologia após o 1º trimestre	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica	Não há necessidade de novas sorologias.	Mensal	Ecografias normais: mantenha a espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Programa de prevenção primária. Repetição da sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto (veja a seguir a conduta em caso de soroconversão).	-	-
	Positiva	Positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Se a gestação tiver menos de 30 semanas, inicie o tratamento com espiramicina. Se a gestante estiver com 30 semanas ou mais de gestação, inicie diretamente o tratamento com esquema tríplice.** Faça o teste de avidéz de IgG.***	Mensal	Ecografias normais: mantenha a espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Inicie espiramicina imediatamente. Repita a sorologia em 3 semanas. IgG positiva: confirma-se a infecção.	Mensal	Ecografias normais: mantenha a espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido. IgG continua negativa: suspenda a espiramicina. Prevenção primária. Repetição da sorologia de 3 em 3 meses e no momento do parto.

continua

Situação	Resultados		Interpretação	Conduta	Eco	Seguimento
	IgG	IgM				
Amostras subsequentes na gestante inicialmente com IgG - / IgM -	Positiva	Negativa	Possibilidade de falso negativo da IgG na amostra anterior, por método inadequado. Provável imunidade remota	Exceção – primeira sorologia (negativa) bem no início da gestação e exame subsequente no final da gestação ou no momento do parto com IgG muito alta: possibilidade de infecção durante a gestação com IgM muito fugaz. Análise também a possibilidade de IgM falso negativo. Se houver possibilidade de infecção adquirida na gestação, inicie o tratamento com esquema tríplice.** Investigação completa do recém-nascido.	-	-
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Mantenha o programa de prevenção primária.	-	Repetição da sorologia no momento do parto.
	Positiva	Positiva	Certeza de infecção durante a gestação	A paciente e/ou o médico devem ser avisados pelo laboratório, para não retardar a conduta.* Se a gestação tiver menos de 30 semanas, inicie o tratamento imediatamente com espiramicina. Se a gestação tiver 30 semanas ou mais, inicie o tratamento diretamente com esquema tríplice.**	Mensal	Ecografias normais: mantenha a espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice ** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Inicie o tratamento com espiramicina imediatamente. Repita a sorologia em 3 semanas. IgG positiva: confirma-se a infecção. Se a gestação tiver 30 semanas ou mais, inicie o tratamento diretamente com esquema tríplice.** IgG continua negativa: suspenda a espiramicina. Prevenção primária. Mantenha sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto.	Mensal	Ecografias normais: mantenha a espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice ** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.

Fonte: (BRASIL, 2008d).

Legenda:

* Laboratórios devem ser instruídos para esta conduta.

** Esquema tríplice: pirimetamina + sulfadiazina + ácido fólico.

*** Embora não seja possível afastar a infecção adquirida na gestação, mesmo com avidéz forte, o teste de avidéz pode ajudar a datar a época da infecção materna para fins de prognóstico.

Se a gestante suscetível for proveniente de região de alta endemicidade, ela deverá ter rastreamento adicional, com pesquisa de anticorpos IgM e IgG a cada dois ou três meses, com método enzimático, para detectar uma possível infecção aguda durante a gravidez. Na vigência de viragem sorológica, ou seja, com o aparecimento de anticorpos IgG ou IgM (notadamente IgM), deve-se iniciar imediatamente o uso de espiramicina na dose de 1g (3.000.000 UI), de 8 em 8 horas, via oral. Repita o exame na mesma amostra de sangue em laboratório ou com o *kit* de referência padronizado. Caso o exame tenha de ser repetido em outro laboratório, o sangue deve ser congelado para transporte. (Os laboratórios que realizam sorologia para toxoplasmose devem estar orientados sobre os procedimentos que devem ser adotados diante da detecção de anticorpos IgM).

Confirmada a infecção aguda antes da 30ª semana, deve-se manter a espiramicina na dose de 1g (3.000.000 UI), de 8 em 8 horas, via oral, continuamente até o final da gravidez. Se a infecção se der após a 30ª semana, recomenda-se instituir o tratamento tríplice materno: pirimetamina, 25mg, de 12/12 horas, por via oral; sulfadiazina, 1.500mg, de 12/12 horas, por via oral; e ácido fólico, 10mg/dia, este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina.

A espiramicina não atravessa a barreira placentária, mas tem o efeito de impedir ou retardar a passagem do *Toxoplasma gondii* para o feto, diminuindo ou evitando o seu acometimento. Portanto, não está indicada quando há certeza ou mesmo probabilidade muito grande de infecção fetal (como quando a gestante adquire a infecção após a 30ª semana). Nestes casos, está indicado o tratamento tríplice, que atua sobre o feto.

Se no primeiro exame solicitado, na primeira consulta, detectam-se anticorpos IgM, caso a gestação tenha menos de 16 semanas, deve ser feito imediatamente o teste de avididade de IgG, na mesma amostra de soro (os laboratórios devem ser instruídos para este procedimento). Na presença de baixa avididade, pode-se estar diante de uma infecção aguda; a paciente deve ser chamada e o tratamento com espiramicina deve ser iniciado imediatamente. Na presença de alta avididade, deve-se considerá-la como diagnóstico de infecção antiga, não havendo necessidade de tratamento nem de testes adicionais. É importante sempre prestar atenção para a especificação de validade dos *kits*, para o bom desempenho dos testes. Nos exames realizados após 16 semanas de gestação, não há necessidade do teste de avididade, pois mesmo uma avididade alta não descartaria infecção adquirida durante a gestação, embora possa ser útil para ajudar a determinar a época em que ocorreu. É importante lembrar que, em algumas pessoas, a avididade dos anticorpos IgG permanece baixa por mais tempo, não sendo a avididade baixa uma certeza de infecção recente.

Observação: notifique à vigilância epidemiológica os casos de toxoplasmose aguda na gestação, conforme diretrizes do Ministério da Saúde para os serviços-sentinelas.

Diagnóstico de infecção fetal:

Na presença de infecção aguda materna, deverá ser investigada a possibilidade de infecção fetal mediante a pesquisa do *Toxoplasma gondii* no líquido amniótico. O melhor exame isolado para este diagnóstico é a reação em cadeia da polimerase (PCR) no líquido amniótico, que pode ser feita a partir da 18ª semana de gestação. A PCR comum pode ter muitos falsos positivos e falsos negativos, sendo indicada atualmente apenas a PCR em tempo real.

Embora o exame ecográfico só diagnostique as complicações da toxoplasmose fetal, lideradas por hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite fetal e alterações de ecotextura hepática e

esplênica, está indicada a ecografia mensal nos casos de infecção aguda da gestante, pois a presença de sinais anormais pode determinar a mudança do tratamento, da espiramicina para o tratamento tríplice.

Conduta com o recém-nascido:

Todo recém-nascido cuja mãe teve diagnóstico de certeza ou suspeita de toxoplasmose adquirida na gestação deve ser submetido à investigação completa para o diagnóstico da toxoplasmose congênita, incluindo exame clínico e neurológico, exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e de função hepática. O lactente deve ser acompanhado e o tratamento iniciado a critério do pediatra assistente.

Roteiro para rastreamento pré-natal da toxoplasmose, quando indicado (regiões de alta endemicidade):

Para o rastreamento, deve-se utilizar método de captura para pesquisa da IgM (que evita os falsos positivos). Este roteiro não prevê realização de rotina da amniocentese com PCR do líquido amniótico para fins de diagnóstico da infecção fetal. Atualmente, somente é indicada a PCR em tempo real, pois outros métodos não possuem sensibilidade e especificidade adequadas. Se na região houver possibilidade desse exame, a indicação é realizar a amniocentese 4 semanas após a infecção materna e não antes de 18 semanas de gestação.

Na toxoplasmose adquirida após a 30ª semana da gestação, o risco de infecção fetal é alto o suficiente para dispensar procedimentos de diagnóstico fetal e indicar o início imediato do tratamento em esquema tríplice (pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico).

A conduta dependerá da idade gestacional em que o exame for realizado, assim como de seu resultado, como mostrado na tabela 24.

6.3.26 Tuberculose na gravidez

A tuberculose (TB), doença antiga e reconhecida como fatal desde a época de Hipócrates, apesar de ser uma doença curável há mais de 50 anos, continua sendo a principal causa de morte por doença infectocontagiosa em adultos no mundo. No Brasil, estima-se que uma em cada quatro pessoas esteja infectada pelo bacilo de Koch, agente etiológico da tuberculose.

Mulheres provenientes de populações de risco para TB (como, por exemplo, aquelas que vivem em situação de pobreza na periferia dos grandes centros urbanos e que estejam em países com alta prevalência da doença) usualmente só buscam assistência no sistema de saúde durante a gestação. Por isso, recomenda-se realizar busca ativa dos casos nessas populações, de forma a não perder a oportunidade de, durante qualquer visita de pré-natal, investigar TB, além de oferecer o exame de anti-HIV com pré e pós-aconselhamento (grau de recomendação D).

Há muito se discute a influência da gravidez no prognóstico da TB; no entanto, após o advento da medicação antituberculose, ficou comprovado que este prognóstico nas mulheres submetidas a tratamento adequado para TB é o mesmo, estejam ou não durante uma gestação (grau de recomendação D).

Investigação diagnóstica:

A sintomatologia da gestante com TB é semelhante à constatada em outros doentes. Saliente-se que a tosse com expectoração por três semanas ou mais, particularmente se houver história de contato, é o sintoma mais indicativo de doença. Entretanto, alguns sintomas sistêmicos podem ser confundidos com alterações funcionais da própria gravidez, o que pode ocasionar o retardo no diagnóstico. Assim, também é dito que a TB ativa pode apresentar-se durante a gravidez com mínimos sintomas, o que indica que deve haver um aumento na vigilância sobre gestantes infectadas (grau de recomendação D).

A gravidez não altera a resposta ao teste tuberculínico (grau de recomendação D); então, toda mulher gestante com suspeita de doença por micobactéria deve ser submetida também a este teste auxiliar diagnóstico, principalmente para os casos de testes terapêuticos ou tratamentos de prova da TB.

As pacientes com sintomas sugestivos de TB pulmonar que não tiverem confirmação por exame do escarro devem fazer radiografia de tórax independentemente do estágio da gravidez, mas de preferência após o primeiro trimestre e sempre com a proteção abdominal indicada como segurança para a realização deste exame (grau de recomendação D).

A TB é uma doença insidiosa, com complexidade para o seu controle, e tornou-se realmente multifacetada após o aparecimento da pandemia de Aids. Em presença da coinfeção TB/HIV, pode haver adoecimento com achados clínicos menos característicos, devido ao grau de imunodepressão em que estejam as pacientes em período do ciclo gravídico-puerperal ou não.

A TB pulmonar não acarreta maior incidência de abortamento ou de prematuridade desde que o tratamento seja realizado corretamente. Na presença de TB genital, pode haver aumento de abortos e de partos prematuros, bem como aumento na incidência de TB congênita do recém-nascido, que é rara e ocorre mais frequentemente na TB de disseminação hemática (grau de recomendação D).

Tratamento:

As medidas mais efetivas de controle da TB são, reconhecidamente, a busca de casos e a manutenção do tratamento até a alta por cura. Atualmente, há segurança de que a gravidez, o parto, o puerpério e a lactação não acrescentam riscos à paciente com TB, desde que o tratamento seja implementado corretamente. É preciso salientar que a TB não tratada pode representar um problema maior para a mãe grávida e para seu feto do que se for tratada adequadamente (grau de recomendação D).

Uma vez que o recém-nascido é muito suscetível à infecção e à doença tuberculosa, o esforço deve ser orientado para que, no momento do parto, a mãe esteja preferencialmente abacilífera ou em uso de tuberculostáticos há pelo menos duas semanas, quando a infecciosidade torna-se desprezível. TB durante a gestação sempre causa apreensão para pacientes e médicos pelo fato de que não se conhecem todos os efeitos das drogas contra a TB sobre o feto. A cuidadosa escolha dos fármacos e a sua utilização em doses mínimas efetivas, juntamente com a eleição do correto momento para utilizá-los, a fim de se evitar, quando possível, o primeiro trimestre da gestação, são as providências indicadas para impedir os possíveis efeitos tóxicos destes medicamentos para o feto.

O sucesso do tratamento da TB depende mais de uma abordagem que leve em conta as características clínicas e sociais do paciente do que dos conhecimentos científicos da quimioterapia antituberculose. Por tal razão, nos dias de hoje, é considerado que a responsabilidade sobre a prescrição de um regime com drogas apropriadas contra a TB e a garantia de tratamentos completos não devem ser imputadas aos próprios pacientes, mas sim consideradas inerentes aos programas de saúde pública e às equipes que os tratam (grau de recomendação D).

No Brasil, o esquema recomendado para as gestantes não é diferente dos esquemas para os outros pacientes. O esquema atual para todos os casos novos de TB é o “esquema básico”: R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida), E (etambutol) (grau de recomendação D), com as quatro drogas combinadas em um comprimido para a “fase de ataque” do tratamento, isto é, nos primeiros dois meses, seguindo-se de R (rifampicina) e H (isoniazida) por mais 4 meses. Sempre que possível e principalmente nos grupos de maior risco de irregularidade e de abandono, este tratamento deve ser supervisionado.

Quanto à isoniazida, mesmo sendo tal droga considerada segura para o uso na gestação, há relatos de aumento do risco de hepatite medicamentosa no período ao redor do parto (grau de recomendação D) e de complicações para o feto muito ligadas ao uso de doses elevadas na gestante e também aos seus metabólitos, que interferem na ação de vitaminas, como a piridoxina. Quando administrada em grávidas ou em mães que estejam amamentando, para prevenção de efeito adverso (tipo neuropatia), com risco aumentado de aparecimento nestas pacientes, deve haver suplementação com piridoxina na dose de 25mg/dia pelo menos por 21 dias.

A rifampicina, universalmente usada em muitos pacientes com TB, também é considerada segura para uso na gestação. Apesar de alguns trabalhos sugerirem, não houve comprovação de teratogenicidade.

O etambutol é bastante seguro para uso na gravidez, mesmo havendo relatos de efeitos teratogênicos em experimentações. É um bacteriostático que atualmente está sendo usado, no Brasil, no “esquema básico”. O seu efeito colateral mais importante é na acuidade visual, mas não existem relatos na literatura de que, mesmo ultrapassando a barreira placentária, ele possa afetar a estrutura do nervo óptico do feto.

A estreptomicina (S) é um aminoglicosídeo que atravessa a barreira placentária com facilidade. É tóxica durante toda a gestação e atinge as áreas relacionadas com o oitavo par craniano, também podendo ser responsável por nefrotoxicidade. Pode afetar tanto a mãe quanto o feto e deve ser evitada na gestação ou pelo menos no primeiro trimestre, porque é a única droga antituberculose com documentação que comprova interferência no desenvolvimento da audição fetal, podendo causar surdez congênita (grau de recomendação D).

A etionamida (Et), que ainda está sendo usada no esquema de segunda linha para tratamentos iniciados há mais tempo, é considerada teratogênica. Além disso, é bastante tóxica, pois apresenta paraefeitos digestivos frequentes. Tal como as drogas R, H e Z, ela pode causar danos ao fígado, pelo seu metabolismo hepático, especialmente em grupos de maior risco, como mulheres em mau estado geral, com TB disseminada, que usam concomitantemente outras drogas de metabolismo hepático; portadoras de vírus da hepatite “C”, entre outros. A etionamida é contraindicada durante a gravidez, porque há relatos de efeitos teratogênicos não específicos a ela atribuídos (grau de recomendação D).

Levofloxacin e moxifloxacin são as fluoroquinolonas que têm mais atividade contra o *M. tuberculosis* (grau de recomendação D). Embora sejam ainda pouco conhecidas para uso em TB e pelo fato de que também estão disponíveis em nosso meio, elas têm sido usadas nos retratamentos de TB quando as drogas do esquema básico ou inicial já não são eficazes. Elas também são utilizadas como substitutas de alguma das referidas drogas quando há intolerância significativa. A ofloxacin, quinolona de geração anterior à das drogas citadas, é a que mais se usou até agora no País. Nenhuma delas é recomendada para uso em crianças por causa de seus paraefeitos sobre o crescimento de ossos e cartilagens. Na gestação, devem ser evitadas por seus efeitos teratogênicos (grau de recomendação D). A seguir, apresentam-se as principais drogas usadas em nosso meio para o tratamento da TB em gestantes.

Indicações:

- Casos novos* de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite), cujos pacientes podem estar ou não infectados pelo HIV.
- Caso novo: paciente que nunca usou ou usou por menos de 30 dias medicamentos antituberculose.
- Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após o abandono do tratamento, mesmo com a doença ainda ativa.

Tabela 8 – Esquema básico para tratamento de adultos e adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE (150/75/400/275) Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35kg	2 comprimidos	2 meses
		36 a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	RH (300/200 ou 150/100) Cápsula	20 a 35kg	1 cápsula de 300/200	4 meses
		36 a 50kg	1 cápsula de 300/200 + 1 cápsula de 150/100	
		> 50kg	2 cápsulas de 300/200	

Fonte: (BRASIL, 2009).

As apresentações de RH em cápsulas de 300/200 e 150/100 deverão ser utilizadas até que as apresentações de RH em comprimidos de 150/75 estejam disponíveis. (As doses preconizadas para comprimidos de RH 150/75 são: (a) 2 comprimidos/dia para 20 a 35kg de peso; (b) 3 comprimidos para 36 a 50kg de peso; e (c) 4 comprimidos para > 50kg de peso). Obs.: A medicação é de uso diário e deverá ser administrada em uma única tomada, preferencialmente em jejum (1h antes ou 2h após o café da manhã) ou, em caso de intolerância digestiva, juntamente com uma refeição.

Em casos individualizados, cuja evolução clínica inicial não tenha sido satisfatória ou, ainda, nos casos de TB extrapulmonar, a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/centro de referência (conforme protocolo local), onde será avaliado o prolongamento do tempo de tratamento na sua 2ª fase por mais três meses. Da mesma forma, todos os casos de meningoencefalite tuberculosa, coinfeção com HIV, falência ao esquema básico, resistência ou intolerância às drogas devem ser encaminhados ao pré-natal de alto risco/centro de referência.

No Brasil, de maneira padronizada, o esquema a ser usado atualmente para a TB, que é multirresistente ao esquema básico, não é indicado durante a gestação. Sempre que houver possibilidades de postergar o início do tratamento de gestantes com TB resistente às drogas, isso deve ser feito, pelo menos para além do primeiro trimestre.

Não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. É recomendável, entretanto, que faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança. Gestantes e lactantes devem utilizar os esquemas preconizados, mas devem receber especial atenção no monitoramento de efeitos adversos.

A seguir, apresentam-se as principais drogas usadas em nosso meio para o tratamento da TB em gestantes e a segurança de seu uso.

Quadro 28 – Principais fármacos utilizados no tratamento da TB e sua segurança no uso durante a gestação

Medicamento	Segurança de uso na gravidez	Classificação de risco do uso de medicamentos durante a gravidez
Rifampicina	Tem sido utilizada com segurança na gestação.	C
Isoniazida	Tem sido utilizada com segurança na gestação. Recomenda-se suplementação com vitamina B6.	C
Pirazinamida	Recomendada pela WHO e pela IUA-TLD e não recomendada pelo CDC/USA.	C
Etambutol	Tem sido utilizada com segurança na gestação.	B
Estreptomicina	Associada com deficiência auditiva do feto.	D
Etionamida	Não é recomendada. Há casos de malformações e de indução de trabalho de parto prematuro.	C
Quinolonas (ciprofloxacino, levofloxacino, moxifloxacino, ofloxacino)	Não são recomendadas. Estudos demonstram efeito teratogênico em animais.	C

Fonte: adaptado de Tom Frieden e colaboradores e das orientações do Formulário Terapêutico Nacional.

Nota: na última coluna, apresenta-se a Classificação de Risco usada pela Food and Drug Administration (FDA), reproduzida a seguir:

Categoria A: estudos controlados em mulheres não demonstraram risco ao feto no primeiro trimestre (e não há evidência de risco nos demais trimestres).

Categoria B: os estudos em reprodução animal não demonstraram risco fetal, embora não haja estudos controlados em mulheres grávidas.

Categoria C: os estudos em animais revelaram efeitos adversos sobre o feto (teratogênico, embriocida ou outro) e não há estudos controlados em mulheres ou os estudos em mulheres e em animais não estão disponíveis.

Categoria D: há evidência positiva de risco sobre o feto humano, mas os benefícios do uso em mulheres gestantes podem ser aceitáveis a despeito do risco.

Categoria X: estudos em animais ou humanos demonstraram anormalidades fetais ou há evidência de risco fetal baseado em experiência humana (ou ambos) e o risco de uso do fármaco em mulheres gestantes excede claramente qualquer possível benefício.

6.3.27 Hanseníase na gravidez

A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), que tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade); porém, poucos adoecem (baixa patogenicidade).

É importante a lembrança de tal doença neste caderno, pois o pré-natal pode ser a única oportunidade de se ter a mulher presente no consultório, porque a fase de gestante deixa a mulher mais suscetível aos cuidados quanto à sua saúde.

A hanseníase acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, mas também se manifesta como uma doença sistêmica, que compromete articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *M. leprae* na célula nervosa e ao seu poder imunogênico (BRASIL, 2008b).

O ambiente domiciliar é um dos principais locais de transmissão da doença.

O indivíduo é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. A transmissão se dá por meio de um indivíduo doente, forma infectante da doença, multibacilar (MB), sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outros indivíduos suscetíveis.

A principal via de eliminação do bacilo pelo indivíduo doente e a mais provável via de entrada deste no organismo são as vias aéreas superiores, mediante contato íntimo e prolongado, muito frequente na convivência domiciliar. A hanseníase progride lentamente: entre o contato com o indivíduo doente e o aparecimento dos primeiros sinais, pode-se levar em média de 2 a 7 anos.

Considera-se um caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico:

- Lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade;
- Acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- Baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

Outros sinais e sintomas também podem ser observados:

- Dor e/ou espessamento de nervos periféricos;
- Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés;
- Diminuição e/ou perda de força muscular (nos membros superiores e inferiores e nas pálpebras);
- Edema de mãos e pés;
- Febre e artralgia;
- Entupimento, feridas e ressecamento do nariz;
- Nódulos eritematosos dolorosos;

- Mal-estar geral;
- Ressecamento dos olhos.

O diagnóstico de caso de hanseníase na Atenção Básica é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e das condições de vida do indivíduo, além do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico).

Deve-se informar ao paciente o diagnóstico de hanseníase de modo semelhante como se faz com relação aos diagnósticos de outras doenças curáveis. Se a informação causar impacto psicológico tanto a quem adoeceu quanto aos familiares ou às pessoas de sua rede social, a equipe de saúde deve buscar uma abordagem apropriada para a situação, de forma que favoreça a aceitação do problema, a superação das dificuldades e maior adesão aos tratamentos. Tal abordagem deve ser oferecida desde o momento do diagnóstico, bem como no decorrer do tratamento da doença e, se necessário, após a alta por cura.

Deve-se abordar, na anamnese, a presença dos sinais e sintomas citados anteriormente, bem como acolher as dúvidas, impressões e opiniões do indivíduo.

A classificação operacional do caso de hanseníase, para o tratamento com o esquema PQT/OMS (poliquimioterapia), é baseada no número de lesões cutâneas, de acordo com os seguintes critérios:

- Paucibacilar (PB): casos com até cinco lesões de pele;
- Multibacilar (MB): casos com mais de cinco lesões de pele.

A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

A equipe da Atenção Básica deve realizar o tratamento para hanseníase como parte de sua rotina, seguindo esquema terapêutico padronizado de acordo com a classificação operacional. Seu tratamento é ambulatorial e utiliza os seguintes esquemas terapêuticos padronizados pela OMS:

Quadro 29 – Esquemas terapêuticos utilizados para tratamento da hanseníase

Fármaco	Paucibacilar: 6 cartelas	Multibacilar: 12 cartelas
Rifampicina (RFM)	1 dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg) supervisionadas.	600mg uma vez por mês (duas cápsulas de 300mg), em doses supervisionadas, em um total de 12 doses, em até 18 meses.
	Dose bem tolerada (pois os efeitos adversos são mais tardios), sendo excretada no leite.	

continua

Fármaco	Paucibacilar: 6 cartelas	Multibacilar: 12 cartelas
Dapsona (DDS)	100mg uma vez ao dia, autoadministradas por 6 meses.	100mg uma vez ao dia, autoadministradas por 12 meses.
	Dose bem tolerada, pois os efeitos adversos ocorrem no início do tratamento, sendo os principais e mais comuns: alterações hematológicas (anemia hemolítica, meta-hemoglobinemia, anemia normocítica) e, mais grave, a síndrome de hipersensibilidade. É excretada no leite.	
Clofazimina (CFZ)	-	300mg uma vez ao mês (3 cápsulas de 100mg), supervisionadas (por 12 meses), + 100mg em dias alternados ou 50mg diárias autoadministradas (por 12 meses).
	Atravessa a barreira placentária e pode pigmentar a pele do bebê e o leite, com reversão após suspensão da droga.	

Fonte: (BRASIL, 2002b).

6.3.27.1 Hanseníase na gestação

Em que pese a recomendação de se restringir a ingestão de drogas no primeiro trimestre da gravidez, os esquemas PQT/OMS, para tratamento da hanseníase, têm sua utilização recomendada. Contudo, mulheres não grávidas e com diagnóstico de hanseníase devem receber aconselhamento para planejar a gestação após a finalização do tratamento de hanseníase. Especial atenção deve ser dada ao período compreendido entre o terceiro trimestre da gravidez e o puerpério, no qual as reações hansênicas podem ter sua frequência aumentada.

As alterações hormonais da gravidez causam diminuição da imunidade celular, fundamental na defesa contra o *M. leprae*. Portanto, é comum que os primeiros sinais de hanseníase, em uma mulher já infectada, apareçam durante a gravidez e no puerpério, quando também podem ocorrer os estados reacionais e os episódios de recidivas. As gestantes portadoras de hanseníase tendem a apresentar poucas complicações, exceto pela anemia, comum em doenças crônicas. Os recém-nascidos em amamentação podem apresentar a pele hiperpigmentada pela clofazimina, ocorrendo a regressão gradual da pigmentação após o término do tratamento da mãe ou o desmame.

Gestantes com hanseníase que apresentem efeitos adversos às drogas da PQT/OMS e estados reacionais e/ou neurites deverão ser encaminhadas às unidades de saúde de maior complexidade, para avaliação.

Em gestantes MB ou PB com intolerância à dapsona, o esquema terapêutico recomendado é a associação da rifampicina com a clofazimina, pelo risco para o feto do uso do ofloxacino e da minociclina. O uso da talidomida é proibido para mulheres grávidas ou com chances de engravidar. A talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas.

A gravidez é considerada fator de risco para o aparecimento da hanseníase em gestantes infectadas, para o agravamento de processos reacionais em gestantes em tratamento ou, ainda, para o recrudescimento de sinais e sintomas em mulheres já submetidas a tratamento. As alterações hormonais durante a gestação inibem a imunidade celular e, com isso, as reações arsênicas mediadas por este tipo de imunidade (reação tipo I), ao passo que podem piorar casos de reação tipo II. A reversão da imunodepressão fisiológica no pós-parto torna o último trimestre da gravidez e o puerpério críticos para a observação dos fenômenos citados.

Cuidados do tratamento da hanseníase na gestação:

Embora os medicamentos específicos para o tratamento da hanseníase estejam referidos na categoria “C” de risco para a gestação, as normas do Programa Nacional de Controle da Hanseníase preconizam o tratamento e a amamentação, uma vez que os profissionais do programa entendem que os benefícios superam os riscos. Entretanto, recomenda-se muita atenção na observação dos efeitos adversos para a mãe e o conceito, bem como possíveis exceções para casos de gravidez de risco no uso de outros medicamentos em casos paucibacilares. Os casos multibacilares devem ser tratados sempre. O tratamento da hanseníase é ambulatorial e utiliza os esquemas terapêuticos descritos no quadro 29.

Seguimento de casos:

As gestantes devem ser agendadas como parte do procedimento de rotina a cada 28 dias, para que possam receber, além das orientações e avaliações, a administração da dose supervisionada e a nova cartela com os medicamentos para doses autoadministradas em domicílio. A orientação sobre a vinda dos contatos para exame é fundamental.

As técnicas de autocuidado deverão fazer parte da rotina de atendimento das gestantes e de suas famílias. Deve-se revisar mensalmente a realização destas técnicas para evitar a piora das consequências da lesão neurológica. Pessoas com hanseníase que apresentem outras doenças associadas (Aids, tuberculose, neuropatias, hepatopatias e endocrinopatias ou outras classificadas como indicativas para a gestação de alto risco) deverão ser encaminhadas às unidades de saúde especializadas para a avaliação.

Os casos suspeitos de efeitos adversos às drogas da PQT devem ter seu esquema terapêutico suspenso temporariamente, com imediato encaminhamento para a avaliação em unidades de saúde de média e alta complexidade.

As gestantes deverão ser orientadas para seu retorno imediato à unidade de saúde no caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos ou piora de déficit sensitivo ou motor.

6.3.28 Malária na gravidez

A malária é uma doença infecciosa febril aguda não contagiosa, cujos agentes etiológicos são protozoários do gênero *Plasmodium*. A enfermidade é transmitida ao homem pela picada da fêmea infectada de mosquitos do gênero *Anopheles*. Atualmente, reveste-se de importância epidemiológica pela sua elevada incidência na Região Amazônica e pela sua potencial gravidade clínica. A doença causa consideráveis perdas sociais e econômicas para as populações sob risco, principalmente aquelas que vivem em condições precárias de habitação e saneamento.

Cinco espécies parasitam o homem, sendo que somente três delas são transmitidas no Brasil e estão assim distribuídas: (i) *Plasmodium falciparum*, a espécie mais associada às formas graves e letais da doença, responsável por cerca de 20% dos casos; (ii) *Plasmodium vivax*, que produz cerca de 80% dos casos; e (iii) *Plasmodium malariae*, espécie apontada como causa em menos de 1% dos casos notificados. A quarta espécie deste protozoário, o *Plasmodium ovale*, ocorre apenas no continente africano. Já a espécie *Plasmodium knowlesi* se concentra no Sudeste Asiático; porém, ocasionalmente, casos importados de outros países podem ser diagnosticados no Brasil.

Transmissão:

A infecção é transmitida ao indivíduo suscetível pela picada de uma fêmea do mosquito do gênero *Anopheles*, infectada pelo *Plasmodium*, sendo o *Anopheles darlingi* o principal vetor no território nacional. A infecção também é possível mediante a transfusão de sangue contaminado, pelo uso de seringas compartilhadas e raramente pela transmissão transplacentária e perinatal.

Manifestações clínicas:

O período de incubação da malária varia de 7 a 14 dias, podendo em condições especiais prolongar-se para vários meses, como algumas vezes ocorre nas infecções por *P. vivax* e *P. malariae*.

O quadro clínico da malária pode ser leve, moderado ou grave, dependendo da espécie parasitária, da quantidade circulante de parasitos, do tempo de doença e do nível de imunidade adquirida pelo paciente. Tipicamente, é caracterizado por febre alta, acompanhada de calafrios, sudorese profusa e cefaleia, que ocorrem em padrões cíclicos, dependendo da espécie de plasmódio infectante. Em alguns pacientes, aparecem sintomas prodrômicos vários dias antes dos paroxismos da doença, a exemplo de náuseas, vômitos, astenia, fadiga, anorexia.

As gestantes, as crianças e os primo-infectados estão sujeitos a apresentar quadros mais graves, principalmente quando infectados pelo *P. falciparum*, que muitas vezes podem ser letais.

Malária e gravidez:

A gestante com malária deve ser tratada imediatamente, visto que nestes casos a doença é mais grave e sempre vem acompanhada de alto grau de parasitemia, o que constitui risco de óbito para a mãe e para o feto. A gestante tem um risco maior de desenvolver as formas complicadas da malária, especialmente a anemia grave (Hb < 7g/dl). Embora seja comum afirmar que os piores efeitos ocorrem durante a primeira gestação, em áreas de transmissão instável, como ocorre no Brasil, a malária grave pode ocorrer em qualquer paridade.

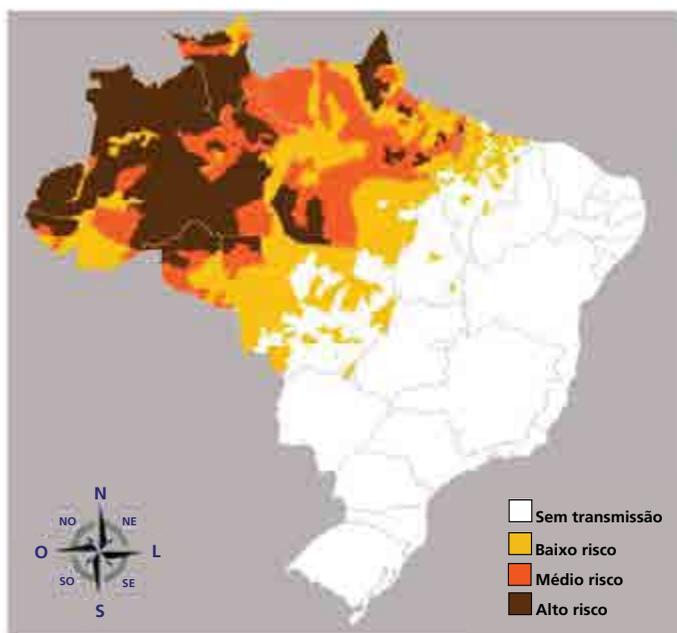
Mesmo que a malária grave esteja mais associada à infecção por *P. falciparum*, os efeitos nocivos sobre a gestação são comuns também às outras espécies de *Plasmodium*. Entre tais efeitos existe a ameaça à evolução da gestação, que pode causar aborto ou parto prematuro, conforme a idade gestacional e o momento da infecção. No feto, ocorre com maior frequência o sofrimento fetal, um problema pouco diagnosticado, além de crescimento intrauterino restrito e, não raramente, a natimortalidade. No recém-nascido, o baixo peso ao nascer é consequência da diminuição do período gestacional em mulheres com pouca ou nenhuma imunidade e em habitantes ou procedentes de áreas de transmissão mais instável, enquanto que o crescimento intrauterino restrito é predominante em mulheres procedentes de áreas de maior estabilidade de transmissão.

A infecção congênita é pouco suspeita e, portanto, pouco diagnosticada, mas deveria ser investigada em bebês de gestantes que tiveram malária durante a gravidez ou quando, no dia do parto, é evidenciada parasitemia no sangue periférico materno, no sangue do cordão ou no sangue placentário.

Diagnóstico:

A suspeição do diagnóstico deve ser feita em toda pessoa que seja residente ou tenha se deslocado para áreas onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas. A quase totalidade das áreas de transmissão de malária no Brasil encontra-se na Região Amazônica, que compreende os Estados do Acre, do Amapá, do Amazonas, do Maranhão, de Mato Grosso, do Pará, de Rondônia, de Roraima e do Tocantins.

**Figura 14 – Situação da malária no Brasil
2008**



Fonte: SISMAL/SIVEP/SVS/MS – atualizado em 28.12.2009.

Pela inespecificidade dos sinais e sintomas provocados pelo *Plasmodium*, o diagnóstico clínico da malária não é preciso, pois outras doenças febris agudas podem apresentar sinais e sintomas semelhantes, tais como a dengue, a febre amarela, a leptospirose, a febre tifoide e muitas outras. Portanto, a tomada de decisão de tratar um paciente com malária deve ser baseada na confirmação laboratorial da doença, pela microscopia do esfregaço espesso (“gota espessa”) ou delgado de sangue ou por testes rápidos imunocromatográficos.

A gestante deve ser orientada quanto aos efeitos da malária durante a gravidez, com ênfase na importância de procurar atendimento imediato para realizar o exame da gota espessa sempre que a paciente apresentar febre.

Diagnóstico laboratorial:

O diagnóstico de certeza da infecção malárica só é possível pela visualização do parasito ou de antígenos relacionados no sangue periférico do paciente, pelos métodos diagnósticos especificados a seguir:

- **Gota espessa:** é o método oficialmente adotado no Brasil para o diagnóstico da malária. Mesmo após o avanço de técnicas diagnósticas, este exame continua sendo um método simples, eficaz, de baixo custo e de fácil realização, sendo considerado o padrão-ouro para a detecção e identificação dos parasitos da malária. Sua técnica baseia-se na visualização do parasito através de microscopia óptica, após coloração com corante vital (azul de metileno e *giemsa*). A determinação da densidade parasitária, útil para a avaliação prognóstica, deve ser realizada em todo paciente com malária, especialmente nos portadores de malária por *P. falciparum*.
- **Esfregaço delgado:** estima-se que a gota espessa seja 30 vezes mais eficiente do que o esfregaço delgado para a detecção da infecção malárica. Porém, apesar da baixa sensibilidade diagnóstica, o esfregaço delgado é o único método que permite, com facilidade e segurança, a diferenciação específica dos parasitos, a partir da análise da sua morfologia e das alterações provocadas no eritrócito infectado.
- **Testes rápidos imunocromatográficos:** realizados em fita de nitrocelulose contendo anticorpo monoclonal contra antígenos do parasito. Por sua praticidade e facilidade de realização, são úteis para a confirmação diagnóstica, principalmente onde o processamento do exame da gota espessa é complicado, como áreas longínquas e de difícil acesso aos serviços de saúde ou áreas de baixa incidência da doença.

Importância da gota espessa nas consultas de pré-natal:

O exame microscópico para malária (exame da gota espessa) deve fazer parte dos exames de rotina do controle pré-natal em áreas endêmicas de malária e deve também ser solicitado especialmente para as gestantes que apresentam quadro febril, inclusive aquelas gestantes com quadro clínico sugestivo de infecção urinária, uma vez que as duas doenças podem apresentar quadros clínicos similares.

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, visando à proteção da gestante e do conceito contra os efeitos deletérios da malária, recomenda a realização do exame da gota espessa em todas as consultas de pré-natal nos Estados da Região Amazônica. A leitura da lâmina deve ser feita no mesmo dia e, caso o exame seja positivo, o tratamento deve ser iniciado imediatamente.

Notificação:

Malária é uma doença de notificação compulsória; portanto, todo caso suspeito de malária (ou seja, para cada exame realizado) deve ser notificado às autoridades de saúde, tanto nas áreas endêmicas, pelo Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária), quanto nas áreas não endêmicas, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Deve-se dar especial atenção ao preenchimento das questões relacionadas à gravidez e à investigação do local provável de infecção.

Tratamento e seguimento:

Uma vez diagnosticada, a malária deve ser imediatamente tratada, considerando-se a idade gestacional, a espécie causadora e a gravidade do quadro clínico. Todas as formas de malária durante a gestação são consideradas graves. Recomenda-se o tratamento intra-hospitalar quando a densidade parasitária for alta (+++) (o que corresponde a mais de 20 parasitos/campo microscópico ou mais de 10.000 parasitos/mm³ de sangue) e quando for evidenciada a presença de esquizontes no sangue periférico materno ou a presença de sinais ou sintomas sugestivos de gravidade da doença (como icterícia ou sangramentos). Assim mesmo, contrações uterinas, sangramento vaginal, amniorrexe, diminuição dos movimentos fetais, entre outros sintomas, indicam avaliação obstétrica imediata. O diagnóstico precoce e o tratamento correto e oportuno são os meios mais adequados para reduzir a gravidade e a letalidade da malária.

Quadro 30 – Malária complicada

Malária complicada, segundo os critérios da OMS	
Manifestação	Complicação
1. Malária cerebral	Convulsões + coma
2. Anemia grave	Hb < 7g/dl, Hto < 20%
3. Insuficiência renal aguda	Diurese < 400ml/dia ou < 5ml/kg/dia, creatinina > 3,0mg/dl
4. Edema pulmonar	
5. Hipoglicemia grave	Glicose < 40mg/dl
6. Choque	PAS < 70mmHg
7. CIVD*	Sangramento espontâneo não vaginal
8. Outras manifestações	
• Hiperparasitemia	> 10.000 parasitos/mm ³
• Hiperpirexia	> 41°C
• Comprometimento hepático	Bil total > 3,0mg/dl, AST > 144UI/l, ALT > 150UI/l
• Disfunção metabólica	Acidose < 15mmol/l, acidose láctica > 45mg/dl

Fonte: (BRASIL, 2009).

Legenda:

*Coagulação intravascular disseminada.

No momento do parto, é recomendável que a gestante que teve malária durante o período gestacional faça uma nova lâmina no pré-parto e, se este resultado for positivo para malária, deve-se também coletar uma lâmina do sangue do cordão umbilical e do sangue periférico do recém-nascido. A mãe deve ser informada sobre a possibilidade de transmissão vertical e estar alerta para a presença de febre, anemia, icterícia, letargia, entre outros sintomas de malária que o recém-nascido possa vir a apresentar.

O Ministério da Saúde, por meio de uma política nacional de tratamento da malária, orienta a terapêutica e disponibiliza gratuitamente os medicamentos antimaláricos, utilizados em todo o território nacional, em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Gestantes que apresentaram infecção por *P. falciparum*, *P. vivax* ou *P. ovale* devem ser tratadas apenas com cloroquina, uma vez que a primaquina é contraindicada nestas situações, pelo alto

risco de hemólise. Desta forma, aumentam as chances de sofrer recaídas ao longo da gestação. Portanto, cada episódio malárico aumenta o risco de perda fetal, além de intensificar a anemia fisiológica da gestação. Por tal razão, é necessário que a paciente seja submetida à detecção ativa pelo menos a cada mês e que seja orientada a procurar atendimento imediato quando surgir quadro de mal-estar, cefaleia, febre ou outros sintomas relacionados à malária, a fim de realizar exame da gota espessa para a detecção oportuna de caso. Após um segundo episódio de malária por *P. vivax* ou *P. ovale* (recaída), toda gestante deverá receber o tratamento convencional com cloroquina e, em seguida, iniciar o esquema de cloroquina semanal profilática, durante 12 semanas, para a prevenção de novas recaídas.

Infecções por *P. falciparum* podem sofrer recrudescências, embora as recorrências parasitárias sejam menos frequentes do que para o *P. vivax*.

Quadro 31 – Terapêutica para diferentes formas de malária

Situação	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
<i>P. vivax</i> <i>P. malariae</i> <i>P. ovale</i>	Cloroquina (VO), 25mg/dose total (D0: 10mg/kg, D1: 7,5mg/kg, D2: 7,5mg/kg). Deve ser administrado em dose única diária. Administre o medicamento preferencialmente nas refeições. Não use primaquina durante a gestação e a amamentação por até 6 meses.		
Quimioprofilaxia para <i>P. vivax</i> ou <i>P. ovale</i>	Cloroquina (VO), 5mg/kg/semana (300mg a dose máxima) durante 12 semanas. Para se utilizar este esquema deve-se ter certeza de que o paciente aderiu corretamente ao tratamento convencional. A continuação da quimioprofilaxia após este período pode ser necessária em alguns casos.		

continua

continuação

Situação	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
<i>P. falciparum</i>	Quinina (VO), 10mg/kg a cada 8 horas durante 3 dias, associada à clindamicina (VO), 5mg/kg a cada 6 horas durante 5 dias.	Artemeter + lumefantrina (comprimido de 20mg de artemeter e 120mg de lumefantrina) nas doses recomendadas para adultos (4 cáps. de 12 em 12 horas durante 3 dias). No primeiro dia, a 2ª dose pode ser administrada entre 8 a 12 horas. Recomenda-se administrar o comprimido juntamente com alimentos. Ou: Artesunato + mefloquina (comprimido de 100mg de artesunato e 200mg de mefloquina) nas doses recomendadas para adultos (2 cáps. ao dia durante 3 dias). Recomenda-se administrar o comprimido juntamente com alimentos.	
Malária grave Assim que o paciente puder deglutir, deve-se passá-lo para tratamento VO, conforme já descrito.	Quinina (IV), 20mg/kg de dose de ataque, seguida de 10mg/kg a cada 8 horas durante 7 dias. Administre a quinina em SG5% (10ml/kg, máximo de 500 ml) em infusão lenta durante 4 horas. A quinina deve ser associada à clindamicina (IV), 10mg/kg a cada 12 horas durante 7 dias. Administre a clindamicina em SG5% (1,5ml/kg) em infusão durante 1 hora.	Artesunato (IV), 2,4mg/kg de dose de ataque, seguida de 1,2mg/kg após 12 e 24 horas da dose de ataque. Em seguida, mantenha uma dose diária de 1,2mg/kg durante 6 dias. Dissolva o pó de artesunato (60mg por ampola) em diluente próprio ou em uma solução de 0,6ml de bicarbonato de sódio a 5%. Esta solução deve ser diluída em 50ml de SG5% e administrada em infusão lenta em 1 hora. O artesunato deve ser associado à clindamicina (IV), 10mg/kg a cada 12 horas durante 7 dias. Administre a clindamicina em SG5% (1,5ml/kg) em 1 hora. Ou: Artemeter (IM), 3,2mg/kg de dose de ataque. Após 24 horas, aplique 1,6mg/kg/dia até completar 5 dias de tratamento associado à clindamicina (IV), 10mg/kg a cada 12 horas durante 7 dias. Administre a clindamicina em SG5% (1,5ml/kg) em 1 hora.	

Fonte: (BRASIL, 2009).

Legenda:

D0 (dia zero); D1 (dia um); D2 (dia dois); D3 (dia três); VO (via oral); IV (intravenoso); IM (intramuscular); SG5% (solução glicosada a 5%).

Observações: quando o óbito materno ou fetal for iminente e quando não se dispuser de quinina, o balanço risco-benefício pode sugerir o uso de derivados de artemisinina, durante o primeiro trimestre de gestação, associado à clindamicina.

6.3.29 Parasitoses intestinais

A incidência de protozooses e helmintíases intestinais continua alta no Brasil. A maioria das parasitoses tem transmissão a partir de fezes humanas disseminadas no meio ambiente onde predominam condições precárias de higiene, habitação, alimentação e saneamento básico.

O efeito das infecções parasitárias na nutrição materna pode comprometer o desenvolvimento fetal. Mulheres que engravidam com desnutrição, anemia ou infecções crônicas apresentam risco maior de ter filhos com baixo-peso ao nascimento e no parto pré-termo.

O diagnóstico e o tratamento de pacientes com essas condições deveriam ser realizados antes da gestação. Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. Pacientes com parasitos intestinais só devem ser tratados na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças.

Não se recomenda o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas (como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo) devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.

6.3.29.1 Helmintíases

São infecções ou infestações, sintomáticas ou inaparentes, causadas por vermes que passam a habitar o trato intestinal, geralmente limitando-se a essa localização em sua fase adulta. Na fase larvária, os helmintos podem ser encontrados no tubo digestivo e em outros órgãos, de acordo com seu ciclo biológico e com determinadas circunstâncias (imunodepressão). As helmintíases mais comuns são: ancilostomíase, ascaridíase, enterobíase, estrogiloidíase, himenolepíase, teníase e tricuriase.

Embora nenhuma dessas parasitoses, habitualmente, constitua-se em situação de grande importância clínica durante a gestação, é importante lembrar que a anemia delas decorrente pode agravar as anemias (a fisiológica ou a ferropriva) tão comuns na gravidez. Portanto, recomenda-se a realização de exame protoparasitológico de fezes em todas as mulheres grávidas, sobretudo naquelas de nível socioeconômico mais desfavorecido, para o adequado tratamento ainda na vigência da gestação. O momento oportuno para o tratamento é o mais precoce possível, logo após as 16-20 semanas, para evitar os potenciais riscos teratogênicos das drogas e a somatória de seu efeito emético à êmese da gravidez.

6.3.29.2 Protozooses

São causadas por protozoários que passam a habitar o trato intestinal, permanecendo a ele limitados ou eventualmente invadindo outros órgãos. Alguns protozoários não são considerados patogênicos para o tubo digestivo: *Entamoeba coli*, *Iodamoeba buetschlii*, *Chilomastix mesnili*, *Endolimax nana*, *Trichomonas hominis*. Não necessitam, portanto, de nenhum tipo de tratamento específico.

- Amebíase: protozoose causada pela *Entamoeba histolytica*. Pode apresentar-se nas formas intestinal e extraintestinal. A grande maioria dos acometidos apresenta a doença benigna, que se manifesta sob a forma intestinal diarreica.
- Giardíase: as manifestações clínicas estão presentes em 50% das vezes ou mais, relacionando-se, possivelmente, com a participação de fatores predisponentes, como alterações da flora intestinal e desnutrição. A manifestação mais comum é a diarreia, às vezes acompanhada de desconforto abdominal ou dor em cólica, flatulência, náuseas e vômitos. Na giardíase não se observam, de modo geral, manifestações sistêmicas e não ocorrem alterações do hemograma, não provocando também a eosinofilia. As protozooses que necessitam de tratamento estão descritas no quadro 32, assim como seu respectivo tratamento.

Quadro 32 – Medicamentos indicados na terapêutica das helmintíases e protozooses na gestação

Medicamentos indicados na terapêutica das helmintíases e protozooses intestinais durante a gestação		
Helmintíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase Ascaridíase Enterobíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos.
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel Ditioletona	Contraindicados: tratar no puerpério.
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos.
Himenolepíase	Praziquantel Niclosamida	Contraindicados: tratar no puerpério.
Teníase	Mebendazol	200mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos.
Tricuríase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos.
Protozooses	Medicamentos	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante dez dias.
Giardíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante sete dias seguidos.

Fonte: (BRASIL, 2004a).

6.3.30 Epilepsia

Por não se tratar de doença ou mesmo de síndrome específica, não há definição satisfatória para a epilepsia. No entanto, admite-se como epilepsia um grupo de doenças que têm em comum crises convulsivas que ocorrem na ausência de condições tóxico-metabólicas ou febris.

A prevalência da epilepsia é muito variável. Estima-se que cerca de 0,5% das gestantes apresentam essa condição. Em apenas um terço desses casos, aproximadamente, o fator causal ou desencadeante apresenta as condições satisfatórias de ser identificado.

6.3.30.1 Epilepsia em mulheres

A epilepsia é afetada pelos hormônios sexuais, o que pode gerar complicações para a saúde reprodutiva da mulher, especialmente durante a gestação. Os esteroides ovarianos alteram a excitabilidade neuronal e a conectividade sináptica. Os estrógenos aumentam a excitabilidade e diminuem o limiar para o desencadeamento de crises. A progesterona, por sua vez, diminui a excitabilidade e aumenta o limiar de desencadeamento de crises. Portanto, existe uma ação pró-convulsivante do estrógeno e anticonvulsivante da progesterona.

6.3.30.2 Efeito da gravidez nas crises convulsivas

Entre 17% e 37% das mulheres com epilepsia apresentam um aumento na frequência das suas crises, em especial no terceiro trimestre. Isso se deve às alterações sistêmicas próprias da gravidez, como ganho de peso, alterações hormonais e aumento do volume plasmático, que acarretam alterações na absorção das drogas, aumento do metabolismo e outras alterações fisiológicas que culminam com a diminuição do seu nível sérico. Outro fator que comumente propicia o aumento na frequência das crises é a suspensão da droga pela própria gestante, por medo de efeitos deletérios ao feto.

6.3.30.3 Efeitos da epilepsia na gravidez

Várias associações são feitas entre as inúmeras complicações ocorridas durante a gestação, o parto e o puerpério de mulheres com epilepsia e o uso de anticonvulsivantes. Tais complicações, que ocorrem em taxas maiores do que as presenciadas na população em geral, incluem abortamentos espontâneos, morte perinatal, prematuridade, anomalias congênitas e anormalidades de crescimento fetal e desenvolvimento nessas crianças. No entanto, ainda não está esclarecido se tais efeitos são secundários às crises convulsivas ou às drogas utilizadas para o seu controle.

6.3.30.4 Malformação fetal em gestantes epiléticas medicadas

Normalmente, pode-se assumir que o risco de malformações fetais dobra quando comparado com os índices da população em geral. É importante frisar que a monoterapia tem menor associação com alterações fetais. As malformações mais frequentes são o lábio leporino e o palato fendido. A fenitoína associa-se com hipertelorismo e hipoplasia digital e o ácido valproico tem associação de 2% a 3% com defeitos de fechamento do tubo neural.

Conduta:

Não existem evidências de que crises parciais simples ou complexas, crises de ausência ou mioclônicas tenham efeito adverso na gestação ou no feto. No entanto, as crises generalizadas tônico-clônicas podem ocasionar acidentes graves e, potencialmente, podem acarretar hipóxia materna e fetal. Portanto, nessas situações, está recomendado o tratamento medicamentoso com drogas antiepiléticas (DAE), conforme as recomendações apresentadas a seguir.

Recomendações para o uso de drogas antiepilépticas durante a gestação:

- Discuta com a mulher os possíveis riscos da gestação para ela mesma e para o feto, além dos potenciais efeitos teratogênicos das DAE. Tal orientação deve ser dada antes da gestação para evitar a ansiedade da gestante e possível interrupção da medicação por falta de informação adequada;
- Uso de ácido fólico na dosagem de 5mg ao dia. O ideal é que a paciente inicie o uso de ácido fólico pelo menos três meses antes da gestação;
- Para pacientes sem crises há mais de dois anos, discuta a suspensão da droga na periconcepção e no primeiro trimestre;
- Uso preferencial de DAE em monoterapia e em doses fracionadas. Porém, não altere o regime terapêutico durante a gestação, a não ser sob orientação de especialista;
- Não existe uma droga de escolha para ser usada durante a gestação. Além disso, nenhuma DAE apresenta perfil específico de teratogenicidade. A exceção é para o uso de valproato, que tem sido associado com risco de 1% a 2% de espinha bífida, mas seu uso em combinação com a carbamazepina parece diminuir esse risco (única ocasião em que a politerapia com DAE diminui os efeitos teratogênicos);
- A dosagem será sempre individualizada, na dependência da frequência das crises.

De maneira geral, as drogas atualmente mais utilizadas e com efeitos mais bem conhecidos durante a gestação são a carbamazepina, o clonazepam, a oxcarbazepina, o fenobarbital e a fenitoína.

As gestantes com epilepsia podem ter o acompanhamento pré-natal realizado na unidade básica de saúde. É importante enfatizar que a droga anticonvulsivante não deve ser suspensa só porque a mulher engravidou ou porque tenha apresentado crises convulsivas mesmo com o uso da droga. Nessa condição, é recomendável referir a gestante para a avaliação de especialista para adequar o tratamento, aumentando a dosagem da droga, trocando-a ou associando-a com outra.

Seria, ainda, recomendável, sempre que possível, solicitar exame de ultrassonografia, especificamente para o rastreamento de possíveis malformações fetais. Uma recomendação adicional refere-se, ainda, ao uso de vitamina K (Kanakion®), uma ampola, IM/dia, duas a quatro semanas prévias ao parto, pelo efeito anticoagulante dos anticonvulsivantes.

Amamentação:

As medicações anticonvulsivantes estão presentes no leite; porém, não há contraindicação da amamentação. Deve-se ter cuidado especial com relação às usuárias de fenobarbital e benzodiazepínicos, pois causam sonolência e irritação nas crianças. Pelo fato de que são mulheres que podem ter crises convulsivas enquanto amamentam, sugere-se que o façam sentadas no chão ou em poltrona segura.

6.3.31 Uso de álcool e outras drogas na gestação

A gestação é um momento peculiar na vida de uma mulher, de um casal, de uma família. Momento em que ocorrem transformações no corpo, no humor, nos planos para o futuro, na organização da vida. Planejada ou não, uma gestação costuma provocar alterações em vários aspectos da vida familiar, despertando sentimentos intensos e sensações fortes.

O contexto da gestação traz questionamentos aos profissionais de saúde. É uma gestação desejada? É por uma dupla, um casal? Em que condições socioeconômicas ocorre? Em que contexto afetivo e familiar? Quais são as condições de saúde? Enfim, torna-se fundamental compreender o entorno, o contexto, para que se possa ter a dimensão do impacto da chegada de um bebê.

E quando a gestante faz uso de drogas? O que fazer?

Hoje em dia, fala-se bastante em uso de álcool e drogas, mas abordar este assunto durante a gestação não é tarefa fácil. A princípio, tende-se a pensar no assunto de forma moral: como uma mãe pode fazer isso com um bebê? Entretanto, quando se trata de saúde, julgamentos morais costumam não render bons frutos, além de se mostrarem ineficazes para o efetivo cuidado integral à saúde. Portanto, o desafio consiste em suspender a moral, deixar o julgamento de lado – para a Justiça – e se ater às questões relacionadas à saúde, ao cuidado de si, físico e psíquico.

Primeiramente, é preciso diferenciar as diversas relações estabelecidas com o que se define como droga, avaliando subjetivamente o impacto dessa relação na vida de cada sujeito. É preciso compreender que espaço a droga, seja ela qual for, ocupa na vida de uma determinada família e, principalmente, da mulher grávida. Situações de uso eventual podem ser contornadas com mais facilidade durante a gestação, enquanto a dependência química apresenta-se como um desafio à saúde pública.

Estimular o cuidado de si e do outro – do bebê – talvez seja o maior desafio no manejo com a gestante usuária de drogas. Para que o cuidado se efetive, o profissional de saúde precisa colocar-se como parceiro, oferecendo a possibilidade de que o prazer em ser mãe possa substituir o prazer pelo uso da droga. Muitas vezes, o cuidado do outro é um estímulo para o cuidado de si. Assim, lançar mão de espaços de escuta e reflexão sobre a maternidade é um primeiro e fundamental passo.

As consultas de pré-natal na atenção primária à saúde devem sempre contar com um tempo para os exames clínicos sem, entretanto, deixar de lado o tempo para o diálogo, a escuta subjetiva e as orientações, criando uma atmosfera de empatia, confiança e cumplicidade entre a equipe e a gestante.

A gestação traz transformações ímpares à vida da mulher: do corpo, da organização de vida, de como os outros a enxergam. A ansiedade gerada por estas transformações não pode ser desconsiderada, sob pena de intervenções que não façam sentido. A escuta qualificada e atenta poderá abrir espaços para que as ansiedades sejam nomeadas, explicitadas, transformando em palavras os sentimentos que parecem tão confusos.

As informações oferecidas à gestante e aos acompanhantes sobre os efeitos da droga no feto são importantes, principalmente quando acompanhadas da construção conjunta de estratégias de prevenção ao uso. É preciso que haja uma relação de intensa confiança entre as equipes

de saúde, a gestante e seus familiares, para que possam identificar os fatores de risco e criar alternativas ao uso.

A atenção primária à saúde mostra-se importante no manejo destas situações, pois partilha territórios geográficos e afetivos, estando em contato com a gestante em seu dia a dia, conhecendo sua realidade. O papel dos agentes comunitários de saúde é fundamental na identificação de novos casos, na busca ativa das faltosas, na primeira abordagem e no acompanhamento, possibilitando que a gestante aposte no cuidado que a equipe oferece.

Muitos casos de gestantes dependentes químicas podem ser manejados no âmbito da atenção primária à saúde, mediante as consultas periódicas, a inclusão em grupos específicos e o trabalho com a família. Quando as situações mostram-se mais delicadas, é preciso prestar atenção aos riscos, tais como de suicídio, hétero ou autoagressão e comorbidades psiquiátricas.

Alguns casos considerados mais graves, que precisem de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Ao encaminhá-los para algum serviço da Rede de Saúde Mental, a equipe de Saúde da Família permanece sendo a responsável pela coordenação do cuidado à gestante e à sua família.

Os profissionais de saúde precisam ter sensibilidade nas orientações, levando sempre em consideração o contexto de vida da referida gestante e o seu cuidado, para não perder a chance de realizar seu pré-natal. O papel do profissional de saúde consiste sempre em orientar as pessoas e, principalmente, as gestantes contra o uso de quaisquer substâncias que possam vir a prejudicar o desenvolvimento do feto. Porém, sabe-se que isso nem sempre garante mudanças de comportamento.

É preciso paciência para compreender as fantasias envolvidas na gestação e os medos que envolvem largar a antiga companhia da droga. Abordagens ameaçadoras e agressivas tendem a fracassar, causando rechaço por parte da gestante, que, não raro, abandona o cuidado pré-natal.

A perspectiva da redução de danos pode auxiliar neste caminho, tomando como ponto de partida a experiência subjetiva de cada mulher, compreendendo o que é possível em cada caso e sabendo lidar com os limites que toda intervenção possui.

Assunto polêmico e cheio de interrogações, o uso de drogas durante a gestação coloca as equipes de saúde da atenção primária em xeque. Estas têm que lançar mão de ações singulares e, muitas vezes, criativas para lidar com a questão: o maior risco é sempre perder o vínculo, sem o qual pouca coisa será possível.

O alerta sobre os perigos é fundamental, mas não garante uma mudança radical de comportamento. O auxílio no processo de se constituir mãe, pai, avô e avó é sempre mais potente e duradouro. Afinal, a gestação é apenas o começo de uma história, na qual há uma grande aposta para que esta seja duradoura, saudável e feliz.

6.3.31.1 Uso de álcool

Mulheres grávidas devem evitar o uso de álcool nos 3 (três) primeiros meses, porque a substância pode estar associada ao aumento do risco de malformações. Ainda é incerta a quantidade segura de consumo de álcool na gravidez.

O consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode trazer consequências para o recém-nascido. Quanto maior o consumo, maior o risco de prejudicar o feto.

Cerca de um terço dos bebês de mães dependentes do álcool, que fizeram uso excessivo dessa droga durante a gravidez, é afetado pela “síndrome fetal pelo álcool”. Os recém-nascidos apresentam sinais de irritação, mamam e dormem pouco, além de apresentarem tremores.

As crianças que são afetadas gravemente e que conseguem sobreviver aos primeiros momentos de vida podem apresentar problemas físicos e mentais, que variam de intensidade de acordo com a gravidade do caso.

6.3.31.2 Uso de ansiolíticos na gravidez

Os ansiolíticos parecem ter um poder teratogênico razoável, isto é, podem produzir lesões ou defeitos físicos na criança ao nascer.

Fumo na gravidez:

Quando a mãe fuma durante a gravidez, “o feto também fuma”. A nicotina provoca aumento do batimento cardíaco no feto, redução de peso, menor estatura, além de alterações neurológicas importantes. O risco de abortamento espontâneo é maior nas mães que fumam.

- Desde o primeiro contato com a gestante, discuta com ela questões importantes sobre o fumo e informe a ela noções sobre os riscos que existem para o feto em exposição ao cigarro, como risco de baixo peso e prematuridade. Os benefícios de abandonar o fumo devem ser enfatizados;
- Discuta os riscos e benefícios do uso de reposição de nicotina. Avise que as gestantes devem retirar os adesivos de nicotina para dormir;
- Mulheres que não conseguirem parar de fumar durante a gravidez devem ser encorajadas a reduzir o fumo.

Uso de maconha na gravidez:

Os efeitos da maconha no feto são incertos, mas podem ser prejudiciais. A maconha está associada ao fumo, que sabidamente é prejudicial. As mulheres devem ser desencorajadas a usar *cannabis* durante a gravidez.

Alguns estudos afirmam que a maconha parece não possuir ação teratogênica, isto é, não causa malformações à constituição física do feto. Parece também não afetar significativamente o andamento da gestação.

A redução de peso e tamanho ao nascer, assim como um dos efeitos prejudiciais do tabaco, foi detectada por alguns estudos. Tal diferença, no entanto, parece desaparecer até o final do primeiro ano de vida.

Parece haver alterações relacionadas à estabilidade da atenção e prejuízos na aquisição de informações de natureza não verbal. Isso parece não afetar a inteligência global. Porém, repercutem de maneira negativa sobre os processos relacionados ao planejamento e à avaliação das respostas captadas do ambiente externo. Há, ainda, relatos de impulsividade, hiperatividade e distúrbios de conduta entre esses indivíduos.

Uso de cocaína na gravidez:

A cocaína age no sistema nervoso central materno e fetal, por inibir a recaptação dos neurotransmissores (noradrenalina, dopamina e serotonina) nos terminais pré-sinápticos.

A acentuada ativação dos sistemas adrenérgicos da mãe e do feto, pelo uso da cocaína, resulta em vasoconstrição generalizada, taquicardia, hipertensão, cefaleia, arritmias, enfartes, descolamento de placenta, trabalho de parto prematuro, abortamento, redução do fluxo placentário, com repercussões no crescimento e na oxigenação fetais, possibilitando hemorragias intracranianas na mãe e no feto.

Uso de *crack* na gravidez:

Os recém-nascidos de mães que fizeram uso de *crack* durante a gravidez podem apresentar dependência e síndrome de abstinência. Devido às suas características químicas, o *crack* atravessa a placenta com facilidade, acarretando o risco de toxicidade ao feto. Vários problemas obstétricos são relatados em decorrência do uso do *crack* na gravidez, com consequências para o recém-nascido.

Os problemas neonatais imediatos relacionados ao *crack* são: vasoconstrição, sofrimento fetal, prematuridade, baixo peso, diminuição do comprimento e do tamanho da cabeça, malformação de origem neurológica, asfixia, vômito e convulsões, podendo acarretar uma parada cardiorrespiratória.

O uso do *crack* durante a gestação reduz o fluxo placentário, pode tornar a placenta envelhecida e ocasionar infarto placentário, como também dificuldade de aderência da placenta ao útero, devido à hemorragia. A situação de oligoâmnio também pode aparecer, ou seja, a redução do líquido amniótico nos últimos meses de gestação, em quantidade menor do que 200mL.

A mãe apresenta alterações no comportamento, podendo desenvolver síndrome de abstinência. Problemas cardíacos e respiratórios podem aparecer tanto na mãe como no bebê.

6.3.32 Violência contra a mulher durante a gestação

A violência, seja ela física, sexual, psicológica ou emocional, torna-se ainda mais séria quando a mulher se encontra grávida, pois traz consequências significativas para a saúde do binômio mãe-filho, tais como baixo peso ao nascer, abortos, parto e nascimento prematuros e até mortes materna e fetal, conforme estudos revelados pela OMS no "Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde".

A violência contra a mulher envolve um grande número de modalidades e situações, que se evidenciam pelas agressões físicas, psicológicas e sexuais no ambiente doméstico, profissional ou em outros espaços de convivência. Vários estudos evidenciam que grande parte das mulheres e adolescentes grávidas também tem sofrido algum tipo de violência durante a gestação e que, além dos agravos à saúde da mulher, este é um dos fatores que contribui para o aumento da mortalidade materna, bem como para o aumento dos números de óbitos perinatais.

As representações da violência que acometem também as mulheres em seu período gestacional podem ocasionar diversos transtornos à saúde, entre eles: as dores crônicas, as infecções urinárias recorrentes, os transtornos de comportamento, as depressões e as tendências ao suicídio.

Ao contrário do que se espera, a violência contra a mulher não diminui necessariamente durante a gravidez. De fato, cerca de 13% das mulheres relatam aumento da frequência ou da severidade da violência durante o referido período. A prevalência de violência física e sexual durante a gravidez oscila entre 1% e 20%, com índices igualmente altos nos primeiros seis meses após o parto, atingindo 25% das mulheres. Adolescentes grávidas são particularmente mais vulneráveis à violência, pois existe um risco duas vezes maior de que elas sejam estupradas, se comparado ao risco das grávidas adultas.

Há indicadores de que grávidas que sofrem violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início. Apresentam maior risco relativo de infecções vaginais e cervicais, de ganho de peso insuficiente, de trabalho de parto prematuro, de baixo peso ao nascer e de infecção do trato urinário. Além disso, a grávida maltratada desenvolve quadro de estresse emocional constante, que se associa com baixa autoestima, isolamento e suicídio, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool e/ou drogas.

De toda forma, a violência pode ser mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia e, lamentavelmente, pode-se afirmar que o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção para a mulher. No entanto, a assistência pré-natal é momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e, muitas vezes, a única oportunidade de interromper o seu ciclo. O atendimento apropriado para grávidas que sofrem violência física, sexual ou psicológica representa apenas uma de muitas medidas que devem ser adotadas para se enfrentar o fenômeno da violência. A observação cuidadosa no pré-natal, as perguntas corretas e uma escuta qualificada podem ajudar a identificar casos de violência e trabalhar formas de enfrentamento e fortalecimento da mulher, para que ela possa reagir positivamente em sua autodefesa e na proteção do bebê.

Existem ainda os casos de gestação decorrentes de violência sexual. Tais casos, quando identificados, devem ser acompanhados como gestação de alto risco, observando-se as condições psicológicas das mulheres ou das adolescentes, condições que podem favorecer as tentativas de suicídio, a autonegligência, a depressão pós-parto e, em casos extremos, as tentativas ou a consumação de homicídios das crianças.

Todas as mulheres em situações concretas de violência ou vulneráveis a ela devem ser orientadas (pelos serviços que as atenderem) a denunciar seus agressores diretamente à autoridade policial. Para os casos de violência contra a gestante adolescente, o serviço de saúde deverá acionar imediatamente os conselhos tutelares da localidade.

A notificação da violência é compulsória para todos os serviços de saúde, devendo ser preenchida a ficha de notificação, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.

A oferta de serviços e o acesso imediato a cuidados de saúde podem mudar dramaticamente o destino dessas mulheres.

Destacam-se, a seguir, as principais medidas que devem ser adotadas no atendimento às gestantes em situação de violência.

6.3.32.1 Doenças sexualmente transmissíveis (DST)

As DST adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar graves consequências físicas e emocionais. Estudos consistentes têm mostrado que entre 16% e 58% das mulheres que sofrem violência sexual são infectadas por, pelo menos, uma DST. Entre grávidas que sofrem abuso sexual, a prevalência de DST é duas vezes maior, quando comparada com grávidas não violentadas. Embora não estejam devidamente esclarecidos seus efeitos para os resultados perinatais, admite-se que as DST ofereçam grande impacto para o binômio materno-fetal.

Parte importante das DST decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Gonorreia, sífilis, clamidiose, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia profilática. Embora não seja possível estabelecer, com exatidão, o tempo-limite para a introdução da profilaxia das DST não virais, é certo que melhores resultados são obtidos quanto mais precocemente se inicia a medida, principalmente nas primeiras 72 horas da violência sexual.

A profilaxia das infecções não virais de transmissão sexual em grávidas que sofrem violência sexual visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica mais relevante. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou da gravidade das lesões físicas e da idade da mulher. O esquema recomendado de associação de medicamentos encontra-se no quadro a seguir.

Quadro 33 – Profilaxia das DST para mulheres em situação de violência sexual

Profilaxia das DST não virais para grávidas em situação de violência sexual
Deve-se associar os medicamentos
Penicilina G benzatina = 2.400.000 UI, IM, em dose única (profilaxia da sífilis)
Ceftriaxona = 500mg, IM, em dose única (profilaxia da gonorreia)
Azitromicina = 1g, VO, em dose única (profilaxia da clamidíase e do cancro mole)
Metronidazol* = 2g, VO, em dose única (profilaxia da tricomoníase)

Fonte: (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2005d).

Legenda:

*Deve-se evitar o uso deste medicamento no primeiro trimestre de gravidez.

Para a gravidez, em qualquer idade gestacional, não é contraindicada a profilaxia para as DST não virais. O metronidazol e suas alternativas (tinidazol e secnidazol) devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez. Já o tianfenicol é contraindicado para todo o período gestacional, bem como o uso de quinolonas (ofloxacina).

6.3.32.2 Hepatite B

A imunoprofilaxia para a hepatite B está indicada para casos de violência sexual em que ocorrer exposição da gestante ao sêmen, ao sangue ou a outros fluidos corporais do agressor. Gestantes imunizadas para hepatite B com esquema vacinal completo não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber uma dose da vacina e completar o esquema posteriormente (0 mês, 1 mês e 6 meses). A dose da vacina em microgramas ou mililitros varia

de acordo com o fabricante, devendo-se seguir as orientações da bula e as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI). A abordagem sorológica da gestante em situação de violência sexual em relação à profilaxia da hepatite B pode ser observada no quadro 34.

Quadro 34 – Abordagem sorológica e profilaxia da hepatite B para gestantes vítimas de violência sexual

Abordagem sorológica e profilaxia da hepatite B para gestantes vítimas de violência sexual			
HBsAg	Anti-HBc total	Diagnóstico	Conduta
+	+	Infecção aguda ou crônica	Anti-HBc IgM
+	-	Fase de incubação ou falso resultado	Repita HBsAg
-	+	Contato prévio ou falso resultado	Solicite anti-HBs
-	-	Susceptível	Vacinação e IGHAHB

Fonte: (BRASIL, 2005b).

Para a gravidez, em qualquer idade gestacional, não é contraindicada a imunização para a hepatite B. As grávidas em situação de violência sexual também devem receber dose única de IGHAHB, 0,06ml/kg, IM. A IGHAHB pode ser utilizada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual. A vacina para hepatite B deve ser aplicada em deltoide. Não deve ser realizada na região glútea, por resultar em menor imunogenicidade. Para a hepatite C não existem alternativas de imunoprofilaxia.

Quadro 35 – Imunoprofilaxia da hepatite B para gestantes em situação de violência sexual

Deve-se associar os medicamentos
Vacina anti-hepatite B, imunização ativa, IM = aplique em deltoide (0 mês, 1 mês e 6 meses)
Imunoglobulina humana anti-hepatite B, imunização passiva, IM = aplique no glúteo (0,06ml/kg, IM, dose única)

Fonte: (BRASIL, 2005b).

Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B casos de violência sexual em que a grávida apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual doméstica.

Não deverá receber a imunoprofilaxia para hepatite B a grávida cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo (masculino ou feminino) durante todo o crime sexual.

Estudos indicam o uso de IGHAHB apenas quando o agressor sabidamente tem hepatite B aguda. Devido à dificuldade prática de se comprovar o fato nas circunstâncias de violência sexual, o PNI e o Programa Nacional de Hepatites Virais recomendam o uso de IGHAHB por todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto.

6.3.32.3 Infecção pelo HIV

A infecção pelo HIV representa a principal preocupação para cerca de 70% das mulheres em situação de violência sexual. Os poucos estudos existentes indicam que a possibilidade de contaminação pelo HIV, em casos de violência sexual, oscila entre 0,8 e 2,7%. Este risco é comparável e até mesmo superior ao observado em outras formas de exposição sexual única ou em acidentes perfurocortantes entre profissionais de saúde.

Quando o agressor é sabidamente HIV+, a profilaxia para o HIV está indicada nos casos de penetração vaginal e/ou anal com contato direto do agressor com as mucosas da gestante. Em situações de violência sexual com sexo oral exclusivo, não existem subsídios para assegurar a indicação profilática dos antirretrovirais até o momento, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nestes casos, riscos e benefícios do uso profilático dos antirretrovirais devem ser cuidadosamente ponderados.

Em casos em que o estado sorológico do agressor não pode ser conhecido em tempo elegível, a profilaxia pode ser indicada em situações de penetração vaginal, anal e/ou oral. Sugere-se que critérios de maior gravidade sejam considerados na tomada de decisão de indicar a profilaxia (sexo anal, extensão e gravidade das lesões mucosas, número de agressores etc.), juntamente com a motivação e o desejo da gestante em se submeter a este tipo de tratamento.

Mulheres em situação de violência sexual que estejam amamentando deverão ser orientadas a suspender o aleitamento durante a quimioprofilaxia antirretroviral, pela possibilidade de exposição da criança aos medicamentos (cuja passagem ao organismo do bebê é feita pelo leite materno) e, também, para evitar o risco de transmissão vertical.

A profilaxia antirretroviral para o HIV está disponível na norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” e no consenso vigente das “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes”, devendo-se observar a necessidade da instituição de tratamento após a avaliação. Os medicamentos para gestantes, de acordo com o quadro a seguir, devem ser introduzidos no menor prazo possível, com limite de 72 horas da violência, e mantidos, sem interrupção, por 28 dias consecutivos.

Quadro 36 – Profilaxia para HIV em mulheres adultas, adolescentes e gestantes

Medicação e dosagem	Posologia	Tomada
Zidovudina, 300mg	A cada 12 horas, VO	Café e jantar (E) ¹
Lamivudina, 150mg	A cada 12 horas, VO	Café e jantar (E) ²
Nelfinavir, 750mg	A cada 8 horas, VO	Café, almoço e jantar ou café e jantar
Nelfinavir, 1250mg	A cada 12 horas, VO	

Fonte: (BRASIL, 2005d).

Legenda:

¹ (E) = Sinal utilizado para indicar que os medicamentos citados na linha em questão do quadro devem ser usados juntamente com os medicamentos mencionados na linha seguinte.

² (E) = Sinal utilizado para indicar que os medicamentos citados na linha em questão do quadro devem ser usados juntamente com os medicamentos mencionados na linha anterior.

A grávida em situação de violência que recorre aos serviços de saúde encontra-se, geralmente, fragilizada e vulnerável. É comum que manifeste sentimentos de humilhação, vergonha, culpa, medo, desestruturação psíquica ou depressão, com forte necessidade de acolhimento. O profissional de saúde deve ter postura cuidadosa e sensível, devendo lembrar a importância de estabelecer bom vínculo. Não se deve, em nenhum momento, colocar a veracidade da história da gestante em questão ou as circunstâncias em que a violência tenha acontecido, por mais incomuns que possam parecer. Deve-se manter a mais neutra postura possível, evitando julgamentos e manifestações de valores pessoais. Além disso, é necessário respeitar as limitações emocionais e a fragilidade de cada mulher, especialmente no momento do exame clínico. Os profissionais de saúde devem estar preparados para o manejo clínico e psicológico das gestantes em situação de violência. Também é importante conhecer a rede local para a referência em casos de gestação decorrente de estupro ou de necessidade para atendimento especializado. Negligenciar tais aspectos, particularmente os emocionais, pode resultar na revitimização da mulher, lamentavelmente produzida pelos serviços de saúde.

PARTE 3

ASSISTÊNCIA AO PARTO IMINENTE

Assistência ao parto iminente

7

Este capítulo foi adaptado da publicação "Assistência ao Trabalho de Parto", editada pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

Definição: quando não é mais possível transportar a parturiente para uma maternidade devido à iminência do nascimento do bebê.

A paciente encontra-se no período expulsivo ou no 2º período do trabalho de parto.

Diagnóstico: contrações fortes e frequentes (2 ou mais em 10 minutos), com “puxos” (sensação de pressão no períneo) e/ou visualização de distensão perineal ou da apresentação de bebê na vulva.

Assistência ao segundo período:

- Posicionar paciente:
 - para a maioria das pacientes: Laborie-Duncan, com decúbito dorsal, mesa de parto verticalizada ao máximo e flexão e abdução dos membros superiores ou, se desejado, de cócoras. Não há diferenças nos resultados perinatais, embora a posição de cócoras possa reduzir a dor no terceiro período (grau de recomendação A).
 - em pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral (posição de Simms) (grau de recomendação A).
- Antissepsia e colocação de campos esterilizados (grau de recomendação D).
- Bloqueio pudendo e infiltração em leque, se for necessária a realização de episiotomia (grau de recomendação D). Pode-se utilizar xilocaina com ou sem adrenalina a 1% ou 2%.
- Realização de episiotomia: deve ser realizada seletivamente somente nos casos em que exista indicação para seu uso (sofrimento fetal, uso de fórceps, fetos grandes, cardiopatia materna, período expulsivo prolongado etc.). Deve-se realizar preferencialmente a episiotomia médio-lateral, que apresenta menor risco de extensão para reto e esfíncter anal (grau de recomendação A).
- Ausculta de BCF a cada 5 minutos durante o período expulsivo, imediatamente antes, durante e após a contração uterina (grau de recomendação D).
- Controle do desprendimento da cabeça: realize a manobra de Ritgen, com o objetivo de evitar a deflexão súbita da cabeça (grau de recomendação D).
- Aspiração da boca e do nariz do feto com pera de borracha. Deve-se verificar se há circular cervical de cordão. Se a circular for apertada, clampeie e corte o cordão (grau de recomendação D).
- Assistência ao desprendimento dos ombros: se a ocorrência não for espontânea, tracione ligeiramente a cabeça fetal na parte inferior para liberar o ombro anterior e, em seguida, na parte superior para liberar o ombro posterior (grau de recomendação D).
- Clampeamento do cordão: a ligadura do cordão umbilical (clampeamento) pode ser realizada de imediato ou momentos após o nascimento.
- Profilaxia da hemorragia puerperal: aplique 10U de ocitocina intramuscular após o desprendimento do ombro anterior (também podem ser utilizados ergometrina, combinações de ocitocina e ergometrina e misoprostol) (grau de recomendação A).

Assistência ao terceiro período: dequitação da placenta:

- Manejo ativo: consiste no emprego de ocitócitos após o desprendimento dos ombros, combinado com a tração controlada do cordão umbilical. Tal medida mostrou-se capaz de reduzir em 40% a chance de hemorragia puerperal (grau de recomendação A).
- Revisão do trajeto: após a dequitação, deve-se verificar a presença de lacerações de trajeto, que podem ser fonte de sangramento significativo e episiorrafia (grau de recomendação D).

Assistência ao quarto período: 1ª hora após o parto

- Observe os sinais vitais e o sangramento. Se o sangramento por hipotonia uterina for excessivo, realize massagem uterina e infusão de 30 a 60U de ocitocina em 1000ml de solução glicosada a 40gts/min (grau de recomendação D). Se o tratamento instituído não for eficaz, pesquise a possibilidade de retenção de restos placentários e lacerações de trajeto (grau de recomendação D).

Após a verificação de sangramento vaginal normal e útero contraído, encaminhe a mãe e a criança para o hospital.

Assistência ao recém-nascido

8

Previna a perda de calor: o primeiro passo, após o nascimento, é a prevenção da perda de calor pelo RN. Para evitar tal possibilidade, coloque o RN sob fonte de calor radiante e seque toda a sua superfície corpórea. Lembre sempre de remover os campos úmidos, deixando-os longe do paciente.

Estabeleça a permeabilidade das vias aéreas: para manter as vias aéreas pérvias, posicione a cabeça do RN com uma leve extensão do pescoço.

Evite a hiperextensão ou flexão exagerada do pescoço: quando necessário, aspire as vias aéreas, primeiro a boca e depois o nariz, evitando o uso de pressões negativas excessivas (máximo de 100mmHg) e a introdução brusca da sonda de aspiração, pelo risco de que tais manobras provoquem apneia e bradicardia, por reflexo vagal.

Inicie a respiração: finalmente, se necessário, inicie a respiração mediante a estimulação tátil, com manobras delicadas no dorso do RN, no máximo duas vezes. Se após o estímulo tátil o paciente não estabelecer um esforço respiratório suficiente para manter a frequência cardíaca (FC) acima de 100bpm, não insista na manobra e inicie imediatamente a ventilação com pressão positiva.

Avalie o recém-nascido (os três sinais): após os passos iniciais, as condições do RN são avaliadas em sequência, por intermédio de três sinais:

- Respiração;
- Frequência cardíaca;
- Cor.

Papel do Boletim de Apgar: o Boletim de Apgar (veja o quadro a seguir) não deve ser usado para indicar o início da reanimação. No entanto, ele é útil para avaliar a resposta do RN às manobras de reanimação no 1º e 5º minutos de vida e, se necessário, no 10º, 15º e 20º minutos. De igual modo, o Boletim de Apgar serve como um relatório numérico e muito prático para descrever a condição de nascimento e a recuperação do RN, quando reanimado.

Quadro 37 – Boletim de Apgar

Sinal	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	< 100	> 100
Respiração	Ausente	Irregular	Choro forte
Tônus muscular	Flacidez	Alguma flexão de extremidades	Boa movimentação
Reflexos (estímulo nasal)	Ausente	Algum movimento	Espirros
Cor	Cianose e/ou palidez	Corpo róseo e extremidades cianóticas	Róseo

Fonte: (APGAR, 1953, adaptado).

Cuidados com o coto umbilical: laqueie o cordão umbilical a uma distância de 2 a 3cm do anel umbilical, envolvendo-o com gaze embebida em clorhexidina a 0,5% ou em álcool etílico a 70%. A presença das duas artérias e de uma veia umbilical deve ser verificada, pois anomalias dos vasos umbilicais associam-se a malformações do trato gastrintestinal, renais, cardíacas e à anencefalia.

Mantenha a limpeza diária do coto umbilical com clorhexidina a 0,5% ou em álcool etílico a 70%, até a sua queda.

Profilaxia da oftalmia e da vulvovaginite gonocócica: instile uma gota de nitrato de prata a 1% em cada olho e duas gotas na vagina. O nitrato de prata a 1% deve ser conservado em frasco escuro. Sua validade é de 24 horas, após a abertura do frasco. Obs.: a solução de Argyrol® não é recomendada para a profilaxia da oftalmia e da vulvovaginite gonocócica.

Profilaxia da doença hemorrágica do RN: vitamina K, IM (1mg).

Verificação da permeabilidade nasal e do trato gastrointestinal: após a estabilização do RN, introduza delicadamente a sonda gástrica nº 8 através da narina. O comprimento da sonda a ser introduzida corresponde à distância entre a base do nariz, o lóbulo da orelha e o apêndice xifoide.

Quanto à passagem da sonda nasogástrica objetiva, em primeiro lugar, verifique a permeabilidade das coanas. Se a sonda não progredir além de 3 a 4cm, em qualquer uma das narinas, deve-se suspeitar da existência de atresia de coanas. Além disso, se a sonda não progredir até a distância pré-determinada, deve-se suspeitar da presença de atresia do esôfago. Se após a passagem da sonda o conteúdo gástrico for superior a 20ml, suspeite de obstrução intestinal alta. Se à aspiração do conteúdo gástrico o líquido encontrado for hemorrágico, meconial ou purulento, deve-se realizar a lavagem gástrica com água destilada ou SF a 0,9% para evitar a irritação, a regurgitação e, conseqüentemente, a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico.

E, finalmente, verifique a permeabilidade anal para detecção da imperfuração anal, introduzindo a mesma sonda, cerca de 2 a 3cm, no orifício anal.

Identificação: a identificação é realizada por intermédio da impressão digital da mãe e das impressões digital e plantar do RN. Coloque na mãe e no RN uma pulseira com os seguintes dados: nome da mãe, nº do registro hospitalar, data e hora do nascimento e sexo do RN.

Procedimentos finais: realize um exame físico simplificado no RN. Verifique o peso, a estatura, os perímetros cefálico, torácico e abdominal e a existência de malformações. Sempre que possível, pese, classifique (segundo a idade gestacional) e examine a placenta. Recomenda-se, de rotina, a coleta de amostra de sangue materno e do cordão umbilical para a tipagem sanguínea e para as reações sorológicas (no caso da sífilis, colha sangue do RN).

Sempre que possível, encaminhe o RN ao alojamento conjunto.

PARTE 4

O PÓS-PARTO

O pós-parto

9

Da mesma forma que a gravidez, o pós-parto – também denominado puerpério – é um período especial na vida de uma mulher e merece algumas considerações específicas.

No puerpério podem surgir problemas de saúde ainda relacionados com a gravidez, responsáveis por muitas sequelas e até mesmo mortes de mulheres, provocadas por hemorragias e infecções.

Deve ser amplamente divulgada, nos serviços e no estabelecimento de saúde, a necessidade de realização de uma consulta de controle pós-parto – que deve ser feita até 42 dias após o final da gestação – para um efetivo controle de saúde da mulher, tanto geral quanto ginecológica.

Nesta ocasião, ela também deverá receber informações específicas sobre os cuidados que deve tomar consigo mesma e com o bebê e orientações pertinentes à amamentação, à vida reprodutiva e à sexualidade.

9.1 Atenção no puerpério

No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI). Trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN). Tais ações contribuem para a redução da mortalidade infantil. Durante os primeiros dias, são realizadas ações básicas preconizadas nesta estratégia. As ações objetivam a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem de vacinação BCG e de hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio. A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal.

Neste sentido, é preconizado que a maternidade, no momento da alta, avise à equipe de atenção básica, à qual a mulher e seu bebê estão vinculados, que estes estão retornando para casa, com o objetivo de que a equipe se prepare para a visita domiciliar, de modo que esta seja realizada em tempo oportuno. Para qualificar as ações da equipe de atenção básica neste importante momento na linha de cuidado materno-infantil, a maternidade deve elaborar e enviar, à atenção básica, um relatório claro e detalhado dos procedimentos, dos medicamentos e das possíveis intercorrências relevantes no parto e no nascimento, bem como a classificação do RN, caso este seja de alto risco e precise de maiores cuidados da equipe de atenção básica.

Após sair da maternidade, toda mulher que deu à luz deve ficar atenta para o aparecimento de febre, sangramento vaginal exagerado, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito frequentes, mamas empedradas e doloridas. Em quaisquer dessas situações, ela deve procurar imediatamente o serviço de saúde.

Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde e uma visita domiciliar, entre 7 a 10 dias após o parto, devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

Objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;

- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar o planejamento familiar.
- Agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

Uma vez que as situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal, em boa parte, acontecem na primeira semana após o parto, a visita domiciliar à mulher e ao recém-nascido e a presença destes no serviço de saúde devem acontecer logo no mesmo período. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto para instituir todo o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral”.

“Primeira Semana de Saúde Integral”: ações que devem ser desenvolvidas durante o acolhimento da mulher e do RN por profissional de saúde habilitado:

- Apresente-se, pergunte o nome da mulher e do recém-nascido e atenda-os com respeito e gentileza;
- Escute o que a mulher tem a dizer, incluindo possíveis queixas, estimulando-a a fazer perguntas;
- Informe a ela dados sobre os passos da consulta e esclareça suas dúvidas.

9.1.1 Ações relacionadas à puérpera

Anamnese:

Verifique o Cartão da Gestante e pergunte à mulher questões sobre:

- As condições da gestação;
- As condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- Os dados do parto (data; tipo de parto; se parto cesárea, qual indicação deste tipo de parto);
- Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização de Rh);
- Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis e HIV durante a gestação e/ou o parto;
- O uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).

Pergunte a ela como se sente e indague questões sobre:

- Aleitamento (frequência das mamadas, dia e noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);

- Alimentação, sono, atividades;
- Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- Sua condição psicoemocional (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- Sua condição social (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para o atendimento de necessidades básicas).

Avaliação clínico-ginecológica:

- Verifique os dados vitais;
- Avalie o estado psíquico da mulher;
- Observe seu estado geral: a pele, as mucosas, a presença de edema, a cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e os membros inferiores;
- Examine as mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- Examine o abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- Examine o períneo e os genitais externos (verifique sinais de infecção, a presença e as características de lóquios);
- Verifique possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor no baixo-ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicite avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe;
- Observe a formação do vínculo entre a mãe e o filho;
- Observe e avalie a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, oriente a mulher quanto à ordenha manual, ao armazenamento e à doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região);
- Identifique os problemas e as necessidades da mulher e do recém-nascido com base na avaliação realizada.

Condutas:

Oriente a puérpera sobre:

- Higiene, alimentação, atividades físicas;
- Atividade sexual, informando-a a respeito de prevenção de DST/Aids;
- Cuidados com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);

- Cuidados com o recém-nascido;
- Direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).

Oriente a puérpera sobre o planejamento familiar e a utilização de método contraceptivo, se for o caso:

262

- Dê a ela uma informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
- Explique a ela como funciona o método da LAM (amenorreia da lactação);
- Se a mulher não deseja ou não pode usar a LAM, ajude-a na escolha de outro método;
- Disponibilize o método escolhido pela mulher com instruções para o seu uso, dizendo-lhe o que deve ser feito se o método apresentar efeitos adversos e dando-lhe instruções para o seguimento;
- Aplique vacinas (a dupla tipo adulto e a tríplice viral), se necessário;
- Ofereça teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto;
- Prescreva suplementação de ferro: 40mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;
- Trate possíveis intercorrências;
- Registre informações em prontuário e insira as informações do puerpério no SisPreNatal.

É importante orientar que as relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização. No entanto, devem ser tomadas providências quanto à anticoncepção.

Se a mulher quiser engravidar novamente, o ideal é que aguarde cerca de dois anos. É sabido que uma gravidez muito perto da outra aumenta o risco de problemas de saúde tanto para a mãe quanto para a criança. Este intervalo de tempo é necessário para que o organismo possa se restabelecer por completo, evitando complicações para o futuro bebê (como prematuridade e baixo peso) e para a própria mãe (como anemia, debilidade física ou hemorragia).

9.1.2 Ações relacionadas ao recém-nascido

- Verifique a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providencie sua abertura imediata;
- Insira as informações do recém-nascido no SisPreNatal;
- Verifique se a Caderneta de Saúde da Criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, procure verificar se há alguma informação sobre o peso, o comprimento, o teste de Apgar, a idade gestacional e as condições de vitalidade;
- Verifique as condições de alta da mulher e do RN;
- Observe e oriente a mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na

maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, não havendo a necessidade de oferecer água, chá ou qualquer outro alimento ao RN;

- Observe e avalie a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola;
- Observe a criança em geral: o peso, a postura, a atividade espontânea, o padrão respiratório, o estado de hidratação, as eliminações e o aleitamento materno, a ectoscopia, as características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), o crânio, as orelhas, os olhos, o nariz, a boca, o pescoço, o tórax, o abdômen (as condições do coto umbilical), a genitália, as extremidades e a coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicite avaliação médica imediatamente;
- Identifique o RN de risco ao nascer;
- Realize o teste do pezinho e registre o resultado na Caderneta da Criança;
- Verifique se foram aplicadas no RN, na maternidade, as vacinas BCG e de hepatite B. Caso não tenham sido, aplique-as no RN, na unidade, e registre-as no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança;
- Agende as próximas consultas de acordo com o calendário previsto para o seguimento da criança: no 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses de vida.

Critérios para a identificação de fatores de risco para o recém-nascido:

Para a identificação de fatores de risco para o RN, seguimos os seguintes critérios:

Critérios principais:

- Baixo peso ao nascer (menor do que 2.500g);
- Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento;
- História de morte de criança com menos de 5 anos de idade na família (assim como histórico de RN de mãe portadora de HIV);
- História de morte de criança, aborto ou malformações congênitas por sífilis congênita.

Critérios associados (dois ou mais dos critérios mostrados a seguir):

- Família residente em área de risco;
- RN de mãe adolescente (com menos de 16 anos de idade);
- RN de mãe analfabeta;
- RN de mãe portadora de deficiência ou distúrbio psiquiátrico ou drogadição que impeça o cuidado da criança;
- RN de família sem fonte de renda;
- RN manifestamente indesejado.

Caso sejam identificados alguns desses critérios, solicite a avaliação médica.

A equipe de atenção básica deve atentar-se para as questões biológicas e acionar uma rede de apoio social do município, a fim de promover a intersetorialidade das ações.

9.1.3 Consulta puerperal (até 42 dias)

Caso a mulher e o recém-nascido já tenham comparecido para as ações da primeira semana de saúde integral, realize a reavaliação das condições de saúde da mulher e do recém-nascido, o registro das alterações, a investigação e o registro da amamentação, o retorno da menstruação e da atividade sexual, a realização das ações educativas e a condução das possíveis intercorrências.

Caso a mulher não tenha comparecido para a consulta na primeira semana após o parto, realize as ações previstas já citadas no parágrafo anterior.

9.1.3.1 Aspectos emocionais do puerpério

Quando uma criança nasce, ocorrem mudanças na vida da mãe e da sua família e surge a necessidade de adaptação à chegada do novo ser. E adaptar-se não é uma tarefa fácil, especialmente quando se trata do primeiro filho. Os pais necessitam modificar seu sistema conjugal, criando um espaço para o filho, seja ele o primeiro ou não. Além disso, precisam aprender a unir as tarefas financeiras e domésticas com a função da educação dos pequenos.

É importante, sobretudo, enfatizar que o nascimento de um filho é uma experiência familiar. Portanto, para se oferecer uma atenção de qualidade no puerpério, é necessário pensar não apenas em termos da mulher puérpera, mas sim da família como um todo, incluindo em tal perspectiva as várias formas de organização familiar.

Ao nascer, a criança está em uma condição de dependência absoluta de cuidados. É um ser que não consegue se defender por si próprio e precisa de um adulto que o proteja, que lhe dê cuidados e que vá dando sentidos para o que acontece ao seu redor. Cabe à função materna dar continência à criança e acolhê-la, fazendo o que Winnicott (2000) menciona como *holding*. Entende-se aqui por *função materna* aquela exercida por alguma pessoa ou instituição que consiga cuidar, acolher, proteger e amparar o bebê. Sendo assim, tal função não é necessariamente exercida pela mãe.

No final da gravidez e semanas após o nascimento, a maioria das mulheres entra em um estado especial, de sensibilidade exacerbada, o que Winnicott nomeou de *preocupação materna primária*. Após ultrapassar este momento, as mães dificilmente se recordam. Num primeiro tempo, bebê e mãe são "um", pois ainda não há separação entre eles. Aos poucos, a dependência absoluta do bebê vai se transformando em dependência relativa, numa trajetória em direção à independência. É importante ressaltar que, no desenvolvimento saudável do ser humano, a independência jamais será totalmente alcançada, o que significa, aqui, autonomia, ou seja, a capacidade que a pessoa tem de se tornar um ser individualizado, tendo seu espaço psíquico diferenciado do espaço da mãe (WINNICOTT, 1994).

Para os momentos iniciais, após o nascimento do bebê, Winnicott enfatiza a importância da comunicação entre a dupla mãe/bebê, o que é fundamental para a criança se sentir "segura" e poder, aos poucos, se autonomizar. Tal comunicação pode ser percebida na forma como a mãe cuida de seu filho e na transmissão da confiança. É importante observar se a mãe consegue, sem se desesperar, acalmar o bebê nos momentos de choro, doença, cólicas etc. "O desenvolvimento do bebê [...] só pode ocorrer no contexto da confiança, que decorre do fato de ele ser segurado e manipulado" (WINNICOTT, 1994, p. 86).

Quando a comunicação entre o bebê e a pessoa que exerce a função materna não ocorre e quando a criança não se sente acolhida e interpretada, ela pode entrar em um estado de desamparo e de desintegração familiar, o que não é decisivo para o futuro, pois tal condição pode ser reparada se os cuidados tendem a ser corrigidos pela transmissão de amor e de preocupação. A comunicação inicial entre a mãe e o bebê é silenciosa: o bebê não ouve ou não registra a comunicação, pois apenas sente os efeitos da confiabilidade (WINNICOTT, 1994).

O companheiro e as outras pessoas que estão no entorno da mãe com o bebê têm um papel importante na constituição da relação de confiança. Primeiramente, estando ao lado da mãe para acolher suas ansiedades, como também os desesperos da criança e, aos poucos, entrando na relação com a função paterna. Esta função auxilia a separação subjetiva entre a mãe e o bebê e é fundamental para o processo de independência da criança.

A forma como os pais conseguem ou não cuidar de seus filhos diz muito, também, sobre a forma como foram cuidados por seus pais. Neste sentido, verifica-se que, muitas vezes, há “fantasmas” que aparecem na relação com as crianças. “Os modelos internos de paternidade e maternidade são, com frequência, passados adiante e tornam-se a diretriz que a criança utiliza quando se torna adulta” (KLAUS et al., 2000, p. 165).

Os profissionais de saúde da atenção primária têm um papel importante quando observam problemas na relação dos pais com os bebês. No atendimento à puérpera e ao seu bebê, é importante observar, no ato da amamentação, se o bebê busca encontrar o olhar da mãe e se esta consegue responder tais solicitações, se comunicando com ele. Ou nos casos em que a amamentação não é possível, observar a forma como a mãe e a criança se olham e se comunicam.

É importante também observar como a mãe e os cuidadores se comportam quando a criança está mais agitada e chorosa. Pais que demonstram mais serenidade, menos desespero e que conseguem acalmar as demandas frequentes da criança dão indícios de que a comunicação com o bebê vai bem.

Por outro lado, cuidadores que se mostram desesperados e ansiosos a qualquer solicitação do filho merecem mais atenção por parte dos profissionais de saúde. Nestes momentos, é fundamental acolher os pais, escutá-los, buscando compreender o que está por trás das dificuldades, fazer perguntas que permitam que as suas histórias como filhos também sejam contadas e buscar encontrar respostas conjuntas para os problemas no cuidado com o bebê. Deve-se auxiliar para que eles consigam se fortalecer enquanto pais, a fim de transmitir confiança ao bebê.

É importante ainda incentivar que o pai e/ou outros cuidadores participem dos atendimentos com a puérpera e o bebê, para que tenham espaço de escuta, orientação e reflexão sobre as transformações que ocorrem na família com o nascimento de um filho. Desta forma, busca-se maior tranquilidade para se lidar com tais angústias e mudanças. Ressalta-se, também, que a realização de um pré-natal de qualidade e o apoio da equipe de saúde e da família atuam como facilitadores de um puerpério mais satisfatório.

A seguir, descrevem-se alguns aspectos vinculados ao puerpério que podem orientar a atuação dos profissionais que atuam na APS:

- O puerpério é um momento provisório, de maior vulnerabilidade psíquica, em que há alteração emocional na mulher. Momento que permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas. A puérpera

adolescente é mais vulnerável e necessita, portanto, de atenção especial nesta etapa;

- A mulher sente a perda do corpo gravídico e o não retorno imediato do corpo original;
- A puérpera pode apresentar ansiedades referentes à sensação de perda de partes importantes de si mesma, de algo valioso e de limitação pela necessidade de assumir novas tarefas e de não poder realizar as atividades anteriores. Com tais ansiedades, elas buscam carinho e proteção;
- Na relação inicial entre mãe e bebê predomina a comunicação não verbal, pois o bebê se comunica pelo corpo;
- A chegada do bebê desperta ansiedades e angústias; por tal razão, os sintomas depressivos podem ser comuns na mãe;
- O bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real, o que, em alguns momentos, gera frustração nos pais, que imaginavam uma criança e nasceu outra diferente. No caso de crianças que apresentam alguma necessidade especial, a frustração geralmente aparece com mais frequência e pode gerar culpa e comportamentos excessivos de zelo e cuidado dos pais, que buscam reparar tal sentimento;
- As necessidades próprias da mulher são postergadas em função das necessidades do bebê;
- A mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como durante a gravidez;
- Durante o puerpério, o companheiro pode se sentir participante ativo ou completamente excluído. A ajuda mútua e a compreensão desses estados podem ser fonte de reintegração e reorganização para o casal;
- No campo da sexualidade, as alterações são significativas, pois há necessidade de reorganização e redirecionamento do desejo sexual, levando-se em conta as exigências do bebê e as mudanças físicas decorrentes do parto e da amamentação;
- O companheiro pode se sentir impotente diante da situação emocional da mulher no puerpério;
- Se já existem outros filhos na família, é bem possível que apareçam o ciúme, a sensação de traição e o medo do abandono, que se traduzem em vários comportamentos, tais como agressividade, isolamento, tristeza, busca de atenção etc. Existe a necessidade de reorganizações na família, o que favorece o diálogo com as crianças e a sua inserção, juntamente com os adultos, nos cuidados ao bebê, atitudes que tendem a minimizar as sensações de abandono. O importante é que as crianças mais velhas sintam-se amadas e amparadas;
- Em relação à amamentação, a mulher pode sentir medo de ficar eternamente ligada ao bebê; pode se preocupar com a estética das mamas; pode ter receio de não conseguir atender as necessidades do bebê; e pode possuir fantasias sobre o seu leite (*"Meu leite é bom? É suficiente?"*). Além disso, algumas dificuldades iniciais referentes à amamentação podem ser sentidas como incapacitação.

É importante que o profissional da Atenção Primária à Saúde:

- Esteja atento a sinais e sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fujam da adaptação "normal" e da característica do puerpério;

- Leve em consideração a importância do acompanhamento da puérpera desde a primeira semana após o parto, prestando o apoio necessário à mulher no seu processo de reorganização psíquica, quanto ao vínculo com o seu bebê, nas mudanças corporais e na retomada do planejamento e da vida familiar;
- Inclua a família nos atendimentos de puericultura e no amparo à puérpera;
- Forneça orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, acolha as ansiedades e fantasias da puérpera, abra espaço para dúvidas e ofereça dicas práticas para facilitar o ato da amamentação.

Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) podem auxiliar as equipes de saúde da família na atenção integral durante o puerpério.

9.1.3.2 Sofrimento mental no puerpério e o papel das equipes de saúde da família

Como abordado neste capítulo, o puerpério corresponde a um momento importante, quando a mulher passa por mudanças biológicas, subjetivas, sociais e familiares. Deste modo, os riscos para o aparecimento de sofrimento psíquico aumentam em face das preocupações, dos anseios e dos planejamentos realizados e sentidos pela puérpera. A gravidez e o parto são eventos estressantes para a mulher e sua família, pois atuam, muitas vezes, como fatores desencadeantes de sofrimento mental, especialmente se vierem acompanhados de acontecimentos adversos.

As formas de sofrimento mental podem ser mais brandas ou mais graves, dependendo de uma série de fatores, do contexto socioeconômico, do suporte familiar e da história de cada mulher. A seguir, por intermédio do quadro 38, elencaremos algumas das formas de sofrimento psíquico que podem ocorrer com as puéperas, após o nascimento do bebê. A chave para um diagnóstico seguro é o reconhecimento da instalação dos sinais, dos sintomas e do seu desenvolvimento, considerando o início no primeiro ano após o parto (KAPLAN; SADOCK, 1999).

Quadro 38 – Diferencial sinóptico dos sofrimentos mentais puerperais

	Tristeza puerperal (também chamada de <i>baby blues</i> ou <i>maternity blues</i>)	Depressão puerperal (também chamada de <i>depressão pós-parto</i>)	Transtorno psicótico puerperal
Conceitos	Alteração psíquica leve e transitória.	Transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso.	Distúrbio de humor psicótico, com apresentação de perturbações mentais graves.
Prevalência	50% a 80%	10% a 15%	0,1% a 0,2%
Manifestação	Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério.	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério.	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto.

continua

	Tristeza puerperal (também chamada de <i>baby blues</i> ou <i>maternity blues</i>)	Depressão puerperal (também chamada de <i>depressão pós-parto</i>)	Transtorno psicótico puerperal
Sintomas	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia: sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas.
Curso e prognóstico	Remissão espontânea de uma semana a dez dias.	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar; o prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e às intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e das intervenções no quadro.

Fonte: (ZANOTTI et al., 2003; ROCHA, 1999; KAPLAN et al., 1999, adaptado).

As formas de sofrimento mental puerperal devem ser diagnosticadas e assistidas precocemente, a fim de auxiliar numa relação mãe-bebê satisfatória no âmbito familiar, social, físico e psicológico. Em geral, as alterações emocionais repercutem na interação mãe-filho de forma negativa e promovem um desgaste na relação com os familiares e na vida afetiva do casal.

Spitz (1998) salienta que a puerpera com depressão pós-parto sofre uma perda emocional, que será percebida pelo bebê. A princípio, poderá haver uma tentativa estimulatória do comportamento materno por parte da criança, mas com a persistência da depressão, a relação entre mãe e filho poderá se comprometer no decorrer do desenvolvimento infantil. Esta situação será mais intensamente vivenciada no primeiro ano do bebê. Vale destacar que as implicações do quadro depressivo puerperal estão intimamente relacionadas com a duração do transtorno, ou seja, quanto mais tempo persistirem, mais graves serão as consequências para o desenvolvimento psicossocial da criança.

Devido às altas prevalências das alterações mentais puerperais, destaca-se a importância de se conhecer e diagnosticar precocemente tais sofrimentos na assistência à saúde da mulher. Cabe salientar que a tristeza puerperal, diferentemente da depressão pós-parto, não é codificável segundo as classificações dos transtornos mentais e tende a desaparecer naturalmente entre uma semana e dez dias. Uma tristeza puerperal muito intensa e duradoura pode ocasionar adiante uma depressão pós-parto, o que merece atenção dos profissionais de saúde.

Segundo Kaplan et al. (1999), tanto a depressão puerperal quanto a psicose pós-parto, apesar de apresentarem um quadro clínico severo e de início abrupto, podem cursar um bom prognóstico. Para isso, é necessária a identificação precoce dos sintomas iniciais e, a partir daí,

fazer o planejamento de terapêuticas adequadas. A psicose puerperal pode mais tarde evoluir para uma depressão durante este período. Se ambas não forem tratadas, podem se tornar crônicas e refratárias ao tratamento, se estendendo até o terceiro ano após o parto e causando prejuízos psicológicos, morbidade e mortalidade.

Fatores de risco para o sofrimento mental puerperal:

O conhecimento dos fatores de risco para o sofrimento mental puerperal é importante no planejamento e na implantação de ações preventivas.

A tristeza puerperal é mais leve e ocorre com muita frequência no pós-parto, não sendo considerada um transtorno, embora sua persistência possa vir a indicar o início de um sofrimento mental mais grave. Os seus fatores de risco incluem acontecimentos de vida recentes (como a doença de um familiar), antecedentes pessoais ou familiares de depressão, sintomas depressivos na gravidez, bem como síndrome pré-menstrual ou perturbação disfórica pré-menstrual (O'HARA et al., 1995).

Os fatores de risco para o transtorno psicótico puerperal incluem o fato de a mulher ter história anterior de transtorno psicótico ou perturbação depressiva maior (COHEN et al., 1994). De acordo com Andrade (2006), o risco para episódios psicóticos no pós-parto é mais elevado em mulheres que já tiveram manifestações puerperais de transtornos do humor ou história pregressa de transtorno afetivo não puerperal.

Já para a depressão pós-parto, que acomete entre 10% a 15% das mulheres, há diversos fatores de risco. Entre eles destacam-se: a falta de apoio oferecido pelo parceiro e por demais pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento, gestação não planejada, nascimento prematuro ou a morte do bebê, dificuldades em amamentar, antecedentes pessoais, episódio de depressão puerperal (quando a mulher tem mais filhos) e outros aspectos (tais como: existência de problemas mentais anteriores, qualidade da saúde materna, complicações gravídicas, parto de risco ou complicado e puerpério com algum comprometimento clínico).

Fatores como o estado civil têm sido associados principalmente em se tratando de mães solteiras sem o apoio social. Cramer e Palácio-Espasa (1994) afirmam que o encontro entre mãe-filho após o nascimento pode induzir o surgimento de uma patologia específica, ou seja, o primeiro contato remete a mulher às preocupações e aos anseios em relação à maternidade, aumentando assim os riscos de adoecimento, uma vez que ela vivencia uma série de emoções conjuntas.

No tocante aos fatores biológicos, existem hipóteses de que as alterações hormonais relacionam-se com o surgimento da depressão puerperal. Rocha (1999) afirmou que 4% das puérperas apresentam alteração de humor leve associada à disfunção da tireoide nos primeiros oito meses do puerpério e que apenas 1% delas apresentaram transtorno depressivo maior.

Alguns estudos mostram uma associação entre a depressão da mãe e os eventos de vida estressantes, como problemas de saúde da criança e dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho, além das adversidades socioeconômicas. Alguns autores apontaram para a contribuição do temperamento do bebê na precipitação da depressão materna, mostrando que, diante de um bebê mais difícil, as mães perceberam a si mesmas como figuras que desempenhavam uma maternagem mais *pobre* (CUTRONA; TROUTMAN, 1986 apud SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Enfim, a etiologia do sofrimento mental puerperal não se determina por fatores isolados, mas sim por uma série de aspectos que devem ser abordados no seu diagnóstico e na sua terapêutica.

O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde no sofrimento mental puerperal:

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família, conhecendo os fatores de risco para o sofrimento mental puerperal, as mulheres de seu território que realizaram o pré-natal e oferecendo a consulta de puerpério na primeira semana após o nascimento do bebê, podem atuar de forma preventiva e acompanhar as puérperas que desenvolvem transtornos mentais puerperais. O diagnóstico de sofrimento mental na puérpera representa a possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares tão logo os sintomas sejam detectados. Neste sentido, os profissionais precisam estar atentos para a importância de intervenções precoces.

A atuação preventiva no puerpério deve proporcionar à mãe o apoio de que ela necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão ou outras formas de sofrimento psíquico. De igual forma, o atendimento precoce à mãe representa a possibilidade de prevenção contra o estabelecimento de uma interação patológica com o bebê, o que pode trazer repercussões para o seu desenvolvimento posterior.

Entre as medidas preventivas contra o sofrimento mental puerperal destacam-se o apoio emocional e físico durante a gravidez, o parto e o puerpério; o apoio da família, dos amigos e do companheiro; a discussão com o companheiro a respeito da importância de que a mulher se sinta amada e segura; e o encaminhamento da mãe com risco elevado de depressão pós-parto aos serviços de saúde mental (ROCHA, 1999).

Ao se identificar o sofrimento mental na puérpera, é importante que o profissional preste uma atenção diferenciada, buscando auxiliar na melhoria das situações.

Quando se trata de tristeza puerperal, torna-se fundamental observar se os sintomas diminuem após os dez primeiros dias do nascimento do bebê e inserir e fortalecer o papel da família e da rede afetiva no apoio à puérpera. Consultas e visitas domiciliares da equipe de saúde da família, neste primeiro período após o parto, auxiliam no acompanhamento da evolução dos sintomas e no suporte à mulher e à família.

A atuação da equipe de saúde da família na depressão pós-parto e no transtorno psicótico puerperal deve ser voltada para abreviar o sofrimento materno e minimizar o impacto familiar. O apoio da família e de outras pessoas importantes para a mulher é fundamental para o amparo à puérpera e no cuidado com a criança. A sua terapêutica baseia-se, geralmente, na farmacologia e no acompanhamento de saúde.

Ressalta-se que o uso de psicofármacos no puerpério apresenta determinadas contraindicações, devido ao aleitamento materno, que pode ser comprometido com a excreção e a concentração desses medicamentos no leite. À mulher que vivencia um transtorno mental puerperal é fundamental atentar e auxiliar no contato entre mãe-filho. A amamentação é um momento essencial para que se estabeleça o vínculo entre mãe-bebê, além de situar a puérpera no cenário maternal. Rocha (1999) afirma que os efeitos dos medicamentos no organismo do bebê variam segundo o tipo de droga, a farmacocinética e a sensibilidade individual.

Nestes casos, torna-se fundamental que as equipes de saúde da família solicitem o apoio matricial dos profissionais de saúde mental, por intermédio do Nasf ou de outras equipes de saúde mental do município. Alguns casos considerados mais graves, que precisem de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) ou outros serviços de referência em saúde mental do município ou da região. Os casos que apresentem riscos

como de suicídio ou de infanticídio devem ser encaminhados para a internação, de preferência em hospital geral.

Ao encaminhar a puérpera para algum serviço da rede de saúde mental, a equipe de saúde da família permanece sendo a responsável pela coordenação do cuidado à mulher e à sua família. A equipe deve manter o contato com a puérpera e com a sua família, acompanhando todas as questões de saúde que surgirem neste processo de cuidado.

9.1.4 Depressão puerperal

A depressão pós-parto (DPP) é definida no DSM-IV, da Associação Americana de Psiquiatria, como um episódio de depressão maior que ocorre nas primeiras quatro semanas pós-parto. Entretanto, o quadro clínico da depressão pós-parto é bastante heterogêneo, sendo que sintomas de ansiedade são mais comuns nesta ocasião do que em outros períodos da vida. Também não é incomum encontrar sintomas de obsessão e compulsão na puérpera, inclusive com pensamentos de causar injúrias ao bebê, o que deve ser diferenciado da psicose pós-parto. Transtornos de ansiedade generalizada e de pânico são comorbidades frequentes na depressão pós-parto e que pioram dramaticamente o prognóstico.

A prevalência da depressão pós-parto varia de 5% a 9%, com um risco ao longo da vida de 10% a 25%, não havendo diferenças para a depressão menor. Embora esta prevalência seja a mesma da depressão em mulheres não grávidas, o início de novos episódios nas primeiras cinco semanas pós-parto é maior do que para mulheres não grávidas. Primíparas são particularmente de alto risco para doenças mentais (depressão unipolar, distúrbio bipolar, esquizofrenia) nos primeiros três meses e, especialmente, entre 10 e 19 dias pós-parto. Parece não haver influência de fatores socioeconômicos na prevalência; entretanto, o curso da doença é melhor em culturas onde há maior suporte por parte da família estendida ou quando o apoio do companheiro é encorajado.

9.1.5 Blues pós-parto

É uma situação transitória caracterizada por alteração do humor, de leve a moderada intensidade, frequentemente rápida, que envolve sensação de tristeza, irritabilidade, ansiedade, diminuição da concentração, insônia, choro fácil e crises de choro. De 40% a 80% das puérperas desenvolvem tais alterações de humor, geralmente duas a três semanas após o parto, tipicamente, com pico no quinto dia e com resolução em duas semanas. Em comparação, o diagnóstico de depressão pós-parto, maior ou menor, requer que as alterações do humor deprimido ou a perda de interesse/prazer e/ou outros sintomas se apresentem na maior parte do dia, quase todos os dias, por no mínimo duas semanas.

Fatores de alto risco:

- História pregressa de depressão (antes da gravidez ou pós-parto) é o mais importante;

- Histórico de doença (ou transtorno) bipolar;
- Conflito marital;
- Eventos estressores nos 12 meses anteriores;
- Lacunas no suporte familiar ou de amigos;
- Ausência ou lacunas no suporte afetivo ou financeiro do companheiro;
- Gestação não planejada;
- Tentativa de aborto na gestação atual;
- Abortos espontâneos prévios;
- História de doença psiquiátrica familiar;
- Relacionamento pobre com sua mãe;
- Incapacidade de amamentar;
- Baixa renda;
- Baixa escolaridade;
- Violência doméstica;
- Antecedentes de hiperêmese gravídica, irritabilidade uterina ou desordens psiquiátricas na gestação atual;
- Estressores relacionados ao cuidado do bebê;
- Bebê com malformação congênita;
- Personalidade introvertida ou histérica;
- Diabetes prévia ou gestacional.

Mulheres que tiveram uma perda gestacional e engravidam em menos de 12 meses têm maior risco de desenvolver depressão pós-parto se comparadas com as que engravidaram após 12 meses.

Patogênese:

Há uma teoria segundo a qual a prolongada exposição aos esteroides ovarianos durante a gestação pode precipitar uma depressão. A mesma teoria salienta que o parto piora uma depressão pré-existente. A interação entre a susceptibilidade genética e os fatores estressores maiores, juntamente com as variações hormonais poderiam explicar a depressão pós-parto. Estrógenos, progesterona, TSH, testosterona, colesterol, hormônio liberador de corticotropina e cortisol têm sido investigados.

Diagnóstico e manifestações clínicas:

Embora a definição de depressão pós-parto seja a de um episódio de depressão maior que se inicia nas primeiras quatro semanas após o parto, utilizando-se os mesmos critérios para a depressão em não grávidas, aceita-se como DPP aquela que inicie até um ano após o parto.

Os sintomas de depressão pós-parto se sobrepõem a vários dos sintomas normais que ocorrem no puerpério em decorrência da necessidade de cuidado do bebê, como disfunções do sono e de sua privação, que trazem irritabilidade, perda de energia, cansaço, perda do apetite, alterações gastrointestinais e perda de libido. Deve-se estar atento para detalhes como a perda da capacidade de dormir quando o bebê está dormindo, a perda rápida de peso acompanhada da falta de apetite e a perda do prazer em comer, que são sinais de alerta para a depressão pós-parto.

Sinais adicionais são:

- Ansiedade significativa ou crises de pânico;
- Intensa irritabilidade ou fúria;
- Sentimentos de culpa;
- Sensação de estar sufocada, oprimida, de inadequação, de inabilidade para cuidar do bebê e de ser incompetente como mãe;
- Não ligação com o bebê, com sentimentos de culpa e vergonha;
- Pensamentos de machucar o bebê podem ser comuns, mas frequentemente silenciosos. São chamados de “pensamentos assustadores” e só são revelados se as mulheres forem questionadas a respeito. Geralmente, a mãe os considera como ilógicos e intrusivos e não predizem risco para suicídio ou infanticídio. Entretanto, podem ser indicativos de psicose puerperal. Deve-se estar atento para afastar uma ideação psicótica nestes casos.

Existem ferramentas que permitem um *screening* de depressão pós-parto, como o EPDS (*The Edinburg Postnatal Depression Scale*), que é um questionário de 10 perguntas autoaplicável que tem sido validado para mais de 12 línguas. As respostas pontuam em 1,2 ou 3, com escore máximo de 30. Pontuação maior ou igual a 12 ou 13 identifica mulheres com depressão pós-parto. Estudos mostram que tais instrumentos identificam significativamente mais mulheres com depressão pós-parto do que a avaliação clínica.

Existem várias dificuldades para o diagnóstico de depressão pós-parto:

- O desconhecimento dos pacientes e de seus cuidadores sobre desordens psiquiátricas e seus tratamentos;
- Os sintomas são comuns no estado de puerpério e na depressão pós-parto (por exemplo: fadiga, insônia, alterações de apetite);
- A paciente não revela seus sentimentos por medo de ser classificada como mentalmente doente ou de ser incompetente como mãe;
- Os cuidadores minimizam os sintomas ou não estão acessíveis.

Efeitos adversos:

- Depressão paterna: muitos pais, em significativo número, tornam-se deprimidos, com conseqüente exacerbação na depressão pós-parto materna, no casamento e no desenvolvimento da criança.

- Interferência negativa no vínculo mãe-bebê: a dificuldade de vínculo dos pais com o bebê neste período é crítico e se reflete negativamente no desenvolvimento da criança mais tarde, mesmo com a recuperação da depressão pós-parto. Alguns exemplos são desordens de conduta, agressividade, déficit cognitivo e de atenção. Entretanto, a remissão da depressão pós-parto tem efeitos positivos sobre o recém-nascido. Um estudo evidenciou que mães com depressão tiveram, em 35% dos casos, filhos com desordens psiquiátricas (jovens na faixa etária compreendida entre 7 e 17 anos). O referido percentual diminuiu para 24% se as mães tiveram uma remissão da depressão pós-parto em 3 meses de tratamento *versus* 43% se não houve remissão.

Prognóstico:

A depressão pós-parto aumenta o risco para depressão maior puerperal ou não puerperal. A depressão pós-parto não tratada pode se resolver espontaneamente ou transformar-se em um distúrbio crônico.

Tratamento:

Abordagem geral:

Melhores resultados são obtidos quando são avaliados e tratados aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Os aspectos biológicos se referem à promoção de sono adequado, farmacoterapia e eletroconvulsoterapia. Já os aspectos psicológicos referem-se à psicoterapia individual ou de grupo. Por sua vez, os aspectos sociais referem-se às situações familiares desfavoráveis e à falta de informação e educação sobre as alterações de humor no puerpério, assim como os estressores econômicos, que podem ser direcionados às redes sociais pertinentes.

A primeira abordagem de tratamento da depressão pós-parto (de leve a moderada) deve ser psicossocial (grau de recomendação B). Em casos mais severos, deve-se acrescentar farmacoterapia (grau de recomendação B).

Terapia psicossocial:

- Psicoterapia individual: tem eficácia demonstrada na literatura.
- Terapia comportamental cognitiva: sua eficácia tem sido demonstrada com resultados semelhantes aos do tratamento farmacológico, com terapias de curta duração (tais como seis sessões).
- Terapia de grupo: parece ser eficaz em promover melhor suporte emocional e social de outras mulheres com experiências similares, psicoeducação, a possibilidade de desfazer crenças irracionais, exploração de recursos da comunidade, foco na comunicação e habilidades para resolver problemas, envolvendo o companheiro e os membros da casa como forças de trabalho.
- Terapia de família: o apoio familiar e do companheiro é crítico para o tratamento da depressão pós-parto, sendo a recuperação mais rápida quando há este suporte.

Tratamento farmacológico:

Há evidências da efetividade da farmacoterapia, embora não haja estudos randomizados e placebo controlados. Os dados extrapolados são provenientes de estudos na população em geral ou de estudos observacionais.

Mulheres que não estão amamentando:

Utilizam-se os mesmos critérios para o tratamento da depressão não puerperal. Se a depressão pós-parto é uma recidiva de uma depressão prévia, deve-se retomar o uso da medicação anteriormente utilizada se ela era eficaz e bem tolerada.

Um grande número de estudos clínicos e revisões sistemáticas têm concluído que os resultados clínicos, a qualidade de vida e os custos ainda não produziram evidências claras para produzir protocolos clínicos para a escolha de antidepressivos, como inibidores seletivos da recaptação de serotonina (SSRI), tricíclicos ou heterocíclicos. Um único ensaio clínico randomizado e controlado que comparou a sertralina com a nortriptilina para depressão pós-parto não encontrou diferenças significativas na redução dos sintomas e nas melhorias no funcionamento em geral. A principal razão do uso de SSRI como primeira escolha em atenção primária à saúde é devido à baixa severidade dos efeitos colaterais e ao menor risco de overdose.

O risco de suicídio pode aumentar no início do uso de antidepressivos. Portanto, todos os pacientes devem ser revistos duas semanas após o início do tratamento farmacológico com antidepressivos.

Gestantes que usaram antidepressivos ao longo da gestação devem ser monitoradas cuidadosamente no puerpério, pois pode ocorrer exacerbação dos sintomas e também ocorrem mudanças na farmacodinâmica que podem necessitar de ajustes posológicos ou troca de medicações.

Mulheres que estão amamentando:

Os benefícios da amamentação geralmente superam os relativamente pequenos riscos das medicações psicotrópicas, como os antidepressivos. Entretanto, não há estudos clínicos randomizados nesta área. As evidências sobre a segurança da amamentação durante o uso de medicações vêm de base de dados de alguns órgãos, de relatos de casos e estudos de laboratórios.

9.1.5.1 Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (SSRI)

A Academia Americana de Pediatria (AAP) classifica este grupo de “drogas cujos efeitos são ainda desconhecidos, podendo ser preocupantes”. Entretanto, os dados sobre seu uso na lactação vêm aumentando rapidamente. Além disso, há poucos relatos de efeitos adversos no bebê. Sobre o efeito a longo prazo, ainda não há muitos estudos.

- Fluoxetina: é a droga com mais estudos de uso na gravidez e na lactação. Entretanto, ainda não há dados suficientes para uma conclusão definitiva sobre sua segurança. O metabólito ativo da fluoxetina, a norfluoxetina, tem uma longa meia vida, o que se predispõe ao acúmulo sérico na criança.

Alguns efeitos relatados são: cólicas, irritabilidade, hiperatividade, tendência a deixar a criança chorosa e redução de ganho de peso. Tais efeitos se resolvem com a suspensão da exposição à fluoxetina. Outros estudos mostram que o peso ao final de 6 meses não foi diferente da média.

- Sertralina: esta droga e seu fraco metabólito têm sido detectados no leite materno, mas é quase indetectável no nível sérico dos bebês. Por esta razão, a sertralina pode ser preferível à fluoxetina em mulheres lactantes.

Entretanto, estes dados não indicam que se deva trocar a fluoxetina de mulheres que estejam utilizando-a com sucesso durante a gestação.

- Paroxetina: é detectada no leite materno, mas nenhum efeito adverso foi relatado em mais de 70 pares de mães-bebês expostos.
- Citalopran: há vários estudos de casos e somente um relatou dificuldades no sono de bebês, correlacionado com níveis séricos altos, que melhoraram com a diminuição da dosagem. Não houve efeitos adversos até 1 ano de idade.

Inibidor da recaptação de dopamina:

- Bupropiona: parece não haver efeitos adversos nos bebês, mas há poucos dados. A AAP classifica este grupo (assim como aos SSRI) de “drogas cujos efeitos são ainda desconhecidos, podendo ser preocupantes”.
- Antidepressivos tricíclicos: são úteis no tratamento da depressão pós-parto quando não houve boa resposta aos SSRI ou quando já estavam sendo utilizados pela gestante, com boa resposta clínica. Apresentam baixas concentrações no leite, mas seu metabólito ativo tem longa meia vida (37 horas), o que pode ser danoso ao bebê, pelo acúmulo sérico. Não houve relato de efeitos adversos documentados pela exposição às seguintes drogas: amitriptilina, nortriptilina, imipramina, desipramina ou clorimiprimina.

A AAP classifica-os como “drogas cujos efeitos são ainda desconhecidos, podendo ser preocupantes”.

Prevenção:

Deve-se perguntar para todas as mulheres na revisão pós-parto, em especial às que tiveram depressão pós-parto ou depressão prévia, questões sobre alterações do humor, sono, apetite, prazer e sentimentos em relação aos seus bebês. Tal prática serve como forma de detectar precocemente a depressão pós-parto e evitar as importantes sequelas à saúde física e mental do bebê oriundas das dificuldades de vínculo e do apego mãe-bebê (grau de recomendação B).

O risco de depressão pós-parto é alto (25%) em mulheres com histórico de depressão e especialmente alto quando há histórico de depressão pós-parto (50%).

Há fortes evidências de que o aconselhamento e a intervenção pós-natal (que incluem suporte psicossocial e estratégias educativas por profissionais treinados, em grupo ou individualmente, para mulheres com depressão) diminuem os sintomas depressivos e a depressão (grau de recomendação B).

9.1.6 Uso de método anticoncepcional durante o aleitamento

A escolha do método deve ser sempre personalizada. Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação e os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorreia, está associada à diminuição da fertilidade. Porém, este efeito anticoncepcional

deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, o que ocorrer primeiro. O efeito inibidor da fertilidade (que o aleitamento exclusivo com amenorreia tem) pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção, chamado de LAM (método da amenorreia da lactação).

Quando o efeito inibidor da fertilidade produzido pelo LAM deixa de ser eficiente (complementação alimentar ou retorno das menstruações) ou quando a mulher deseja utilizar um outro método associado ao LAM, é preciso escolher um método que não interfira na amamentação. Nestes casos, deve-se primeiro considerar os métodos não hormonais (DIU e métodos de barreira).

O DIU pode ser inserido imediatamente após o parto ou a partir de quatro semanas pós-parto. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal até três meses após a cura.

O uso do preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado.

O anticoncepcional hormonal oral só de progesterona (minipílula) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.

O anticoncepcional injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona, 150mg/ml – pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.

O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal não devem ser utilizados em lactantes, pois interferem na qualidade e na quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê.

Os métodos comportamentais – tabelinha, muco cervical, entre outros – só poderão ser usados após a regularização do ciclo menstrual.

9.1.7 Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

Nas conversas com as gestantes, é recomendável orientá-las sobre a prevenção de situações de dificuldade somente se tais assuntos forem citados por elas.

9.1.7.1 Pega incorreta do mamilo

A pega incorreta da região mamilo-areolar faz que a criança não consiga retirar leite suficiente, acarretando a agitação e o choro. A pega errada, só no mamilo, provoca dor e fissuras, o que faz a mãe ficar tensa, ansiosa e perder a autoconfiança, pois começa a acreditar que o seu leite seja insuficiente e/ou fraco.

9.1.7.2 Fissuras (rachaduras)

Habitualmente, as fissuras ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado errado ou quando a pega está incorreta. Os hábitos de manter as mamas secas, não usar sabonetes, cremes ou pomadas também ajudam na prevenção. Recomenda-se tratar as

fissuras com o leite materno do fim das mamadas, com o banho de sol e a correção da posição e da pega.

9.1.7.3 Mamas ingurgitadas

Acontecem, habitualmente, na maioria das mulheres, do terceiro ao quinto dia após o parto. As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (com pele brilhante) e, às vezes, avermelhadas. Nestas situações, a mulher também pode apresentar febre.

Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para a amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente. Sempre que a mama estiver ingurgitada, a expressão manual do leite deve ser realizada para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento mamário é transitório e desaparece entre 24 e 48 horas.

9.1.7.4 Mastite

É um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante habitualmente a partir da segunda semana após o parto. Geralmente, é unilateral e pode ser consequente a um ingurgitamento indevidamente tratado. Tal situação exige avaliação médica para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado. A amamentação na mama afetada deve ser mantida sempre que possível. De igual forma, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas.

Ordenha manual:

É no pré-natal que o aprendizado da ordenha manual deve ser iniciado. Para que haja retirada satisfatória de leite do peito, é preciso começar com massagens circulares com as polpas dos dedos indicador e médio na região mamilo-areolar, progredindo até as áreas mais afastadas e se intensificando nos pontos mais dolorosos. Para a retirada do leite, é importante garantir o posicionamento dos dedos indicador e polegar no limite da região areolar, seguido por leve compressão do peito em direção ao tórax, ao mesmo tempo em que a compressão da região areolar deve ser feita com a polpa dos dedos.

Contra-indicações da amamentação:

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contra-indicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se as mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV+ ou HTLV+, mulheres com distúrbios graves da consciência ou do comportamento.

As causas neonatais que podem contra-indicar a amamentação são, na maioria, transitórias e incluem alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade.

São poucas as medicações que contra-indicam a amamentação. Nenhuma medicação deve ser utilizada, sem orientação médica, pela puérpera que está amamentando. Na eventualidade de que a medicação utilizada seja classificada como de uso criterioso ou contra-indicada durante a amamentação, o procedimento de escolha é optar por outras alternativas terapêuticas e não suspender o aleitamento.

Mulheres portadoras de HIV/HTLV:

- O risco de transmissão do HIV pelo leite materno é elevado (entre 7% a 22%) e renova-se a cada exposição (mamada). A transmissão ocorre tanto pelas mães sintomáticas quanto pelas assintomáticas.
- O risco de transmissão do HTLV1 e do HTLV2 (vírus linfotrófico humano de células T) pela amamentação é variável e bastante alto, sendo mais preocupante pelo HTLV1. Há referências que apontam para risco de 13% a 22%. Quanto mais a criança mama, maior será a chance de ela ser infectada.

As gestantes HIV+ e HTLV+ deverão ser orientadas a não amamentar. Quando por falta de informação o aleitamento materno tiver sido iniciado, torna-se necessário orientar a mãe a suspender a amamentação o mais rapidamente possível, mesmo para mulheres em uso de terapia antirretroviral. Após o parto, a lactação deverá ser inibida mecanicamente (enfaixamento das mamas ou uso de sutiã apertado) e recomenda-se o uso da cabergolina como inibidor de lactação, respeitando-se as suas contraindicações. A amamentação cruzada (aleitamento da criança por outra nutriz) está formalmente contraindicada.

A criança deverá ser alimentada com fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida, além de necessitar posteriormente da introdução de outros alimentos, conforme orientação do “Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses Que Não Podem Ser Amamentadas” (BRASIL, 2004f).

PARTE 5

ASPECTOS LEGAIS E DIREITOS NA GESTAÇÃO

Aspectos legais e direitos na gestação

10

É muito importante que a equipe de atenção básica conheça e oriente a mulher sobre os aspectos legais e os direitos na gestação.

Em forma de tópicos, estão listados os direitos da gestante no âmbito da atenção à saúde, do direito social, do direito trabalhista, do aborto, do direito reprodutivo e do direito do pai.

10.1 Atenção à saúde

- Respeito e qualidade: a gestante tem direito ao atendimento gratuito e de boa qualidade nos hospitais públicos e nos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- Cartão da Gestante: a paciente deve recebê-lo na primeira consulta de pré-natal. O cartão deve conter todas as anotações sobre o estado de saúde da gestante, o desenvolvimento do bebê e o resultado dos exames solicitados. A paciente deve portar o referido cartão em todos os atendimentos;
- Por ocasião do parto, a puérpera tem os direitos de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação;
- No momento da alta hospitalar, a puérpera tem o direito de receber orientações sobre quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e o controle da saúde do bebê.

A gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade, onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007).

A gestante tem direito à acompanhante de sua escolha durante toda sua permanência na maternidade, inclusive durante o parto, independentemente de sexo (Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005).

10.2 Direitos sociais

- Prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas ou privadas;
- Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos;
- Os pais têm o direito de registrar o seu bebê (Certidão de Nascimento) gratuitamente em qualquer cartório;
- A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuem em seus quadros funcionais pelo menos trinta mulheres com mais de 16 anos de idade.

10.3 Estabilidade da gestante no emprego

O artigo 7º, inciso II, alínea “b”, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias garante a toda empregada gestante direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após do parto. A confirmação da gravidez deve ser atestada por meio do exame laboratorial e médico.

Isto significa que a gestante não poderá ser dispensada do emprego até 5 meses após o nascimento de seu filho. Caso seja despedida, ela tem direito à indenização correspondente aos salários e às demais vantagens que sejam relativos ao respectivo período. Para tanto, assim que for confirmada a gravidez, a mulher deve informar o fato ao empregador. A comunicação ao empregador se faz mediante a apresentação do exame laboratorial (TIG) e do atestado fornecido pelo médico.

O profissional de saúde deve orientar a gestante com relação ao fato de que os exames dela pertencem somente a ela mesma. Portanto, a gestante deve apenas fornecer as cópias ao empregador, com a ciência do seu recebimento. É uma boa medida para assegurar o direito à estabilidade gestacional.

10.4 Licença-maternidade

O artigo 7º, inciso XVII, da Constituição Federal garante à empregada gestante o direito à licença-maternidade, correspondente a 120 (cento e vinte) dias, após o nascimento de seu filho, sem prejuízo do emprego, dos salários e dos demais benefícios. O médico fornecerá atestado do nascimento, que deverá ser encaminhado ao empregador com a comunicação da data do início do afastamento.

A licença-maternidade poderá ocorrer a partir do 8º mês da gestação. Neste caso, o atestado médico indicará a data do afastamento.

Além da licença-maternidade, que é necessária à saúde da mãe e do filho, antes e depois do parto, a gestante tem direito ao período de 2 (duas) semanas para descanso, nos termos previstos no artigo 392, § 2º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O médico fornecerá atestado depois de verificadas tais condições.

A licença-maternidade pelo período de 180 dias, antes de sancionada a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, já vinha sendo aplicada em algumas cidades e estados, que estabeleciam tal período mediante a aprovação de leis estaduais e municipais. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), vários estados brasileiros já haviam aprovado leis que estendiam às servidoras públicas o período de licença-maternidade para 180 dias. Há também vários municípios que já haviam aprovado leis que estendiam o referido benefício, mas que também só amparavam as servidoras públicas das respectivas cidades, ou seja, o benefício não se estendia às trabalhadoras sob o regime da CLT.

Além da ampliação da licença-maternidade, há cidades e estados que também ampliaram a licença-paternidade de 5 dias (previstos na Constituição Federal) para 10 dias, o que vale também somente para os servidores públicos.

10.5 Funções exercidas pela gestante

287

Durante a gravidez, a empregada poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e das demais vantagens, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigirem, sendo-lhe assegurada a volta à função anteriormente exercida logo após o retorno da licença-maternidade.

Para isso, a gestante deverá apresentar ao empregador o atestado fornecido pelo médico, de maneira a confirmar que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos à saúde da mãe e do bebê.

10.6 Licença médica

Sempre que a gestante comparecer às consultas e aos exames, ela terá direito à dispensa do horário de trabalho. O médico deve fornecer atestado para que a empregada possa justificar a falta. Além disso, o artigo 371, § 4º, inciso II, da Consolidação das Leis do Trabalho garante à gestante a dispensa do trabalho pelo tempo necessário para a realização das consultas médicas e dos exames complementares inerentes aos cuidados de uma gestação saudável.

10.7 Aborto

No caso de aborto, a mulher tem direito a 2 (duas) semanas de repouso, ficando assegurados seus salários e suas funções exercidas. A prova do abortamento espontâneo faz-se por intermédio do atestado médico oficial, que a empregada deverá encaminhar ao empregador.

10.8 Amamentação

O artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho assegura à mãe o direito a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para a amamentação de seu filho, até que complete 6 (seis) meses de idade.

Caso o bebê necessite de um prolongamento do referido cuidado, o médico fornecerá atestado para que os repousos para a amamentação durante a jornada de trabalho sejam prorrogados, fixando inclusive o respectivo período.

A lei também garante que a amamentação do bebê seja em local apropriado dentro da empresa (artigo 400 da Consolidação das Leis do Trabalho).

10.9 Atestados

O artigo 373-A, inciso IV, da Consolidação das Leis do Trabalho proíbe a exigência, pelo empregador, de atestado ou exame, de qualquer natureza, para a comprovação de esterilidade ou gravidez da mulher, na admissão ou para a permanência no emprego. O médico não deve fornecer atestado com estas finalidades.

Por outro lado, o médico poderá fornecer atestado de gravidez da mulher para que esta possa exercer a faculdade de romper o compromisso de um contrato de trabalho, desde que seja prejudicial à gestação, nos termos previstos no artigo 394 da Consolidação das Leis do Trabalho.

10.10 Outros direitos reprodutivos

A nova lei sobre planejamento familiar permite a realização da laqueadura em mulheres com mais de 25 anos e dois filhos. A laqueadura só poderá ser feita durante a cesárea ou logo após o parto em mulheres que apresentarem problema grave de saúde ou que tenham feito várias cesarianas.

A mulher que não realizou a laqueadura durante o parto e deseja realizá-la, tendo mais de 25 anos e dois filhos, poderá fazê-la depois de 42 dias do parto.

A mulher tem o direito de ser informada sobre todos os outros métodos anticoncepcionais antes da opção pela laqueadura de trompas.

A mulher deve ser informada dos índices de falha dos métodos anticoncepcionais. Deverá ainda ser observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a laqueadura tubária.

Nos casos de risco para a vida da mulher, a equipe de saúde deverá informá-la de forma simples e clara sobre os riscos e, caso ela concorde, poderá ser solicitada a interrupção da gravidez.

Nos casos de estupro, a mulher tem o direito a atendimento especial e poderá solicitar a interrupção da gravidez sem precisar de autorização do juiz. É recomendável que ela faça o Boletim de Ocorrência (BO) na delegacia logo após ter sofrido o abuso sexual.

Nestes casos, ela deve procurar a unidade de saúde mais próxima para que lhe indique os hospitais ou serviços de referência para este atendimento.

Em tais situações, a mulher tem o direito de realizar o aborto gratuitamente, de forma segura e com um atendimento respeitoso e digno.

10.11 Direitos do pai

Pelo artigo VII, inciso XIX, e pelo artigo X, parágrafo I, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e pela Constituição Federal, o pai tem direito a uma licença-paternidade de 5 (cinco) dias contínuos logo após o nascimento do seu bebê. A licença-paternidade objetiva garantir à mãe e ao bebê a companhia e os cuidados do pai nos primeiros dias após o parto. Algumas empresas, atualmente, já aderiram à licença-paternidade de 15 dias, apesar de ainda não haver legislação que regulamente o referido período. O pai tem o direito de participar do pré-natal e o direito de ter acesso ao acompanhamento da gestante no hospital e na maternidade.

Referências

- AMARAL, E. Estreptococo do grupo B: rastrear ou não rastrear no Brasil? Eis a questão. **RBGO**, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 165-167, 2005.
- AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY (AAP). **Periodontal (gum) diseases**. Disponível em: <<http://www.perio.org/consumer/2a.html>>. Acesso em: ago. 2007.
- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON ACCESS PREVENTION AND INTERPROFESSIONAL RELATIONS (ADA). Women's oral health issues. **American Dental Association**, 2006. Disponível em: <http://www.ada.org/prof/resources/topics/healthcare_womens.pdf>. Acesso em: ago. 2007.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 27, supplement 1, jan. 2004.
- ANDRADE, L. H. S. G. de; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=en&nrn=iso>. Acesso em: 29 abr. 2010.
- ANTENATAL CARE. Routine care for the healthy pregnant woman. **NICE public health guidance**, 2008. Disponível em: <www.nice.org.uk/PH010>. Acesso em: 29 abr. 2010.
- ANTENATAL CARE. Routine care for the healthy pregnant woman. NICE Clinical Guideline (March 2008) American Diabetes Association. Gestational Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 27, p. 88-90, 2004. Suplemento 1.
- APGAR, V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. **Current Researches in Anesthesia and Analgesia**, [S.l.], v. 32, p. 260-267, 1953.
- ATALAH, E. S. et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional em embarazadas. **Rev. Med. Chile**, [s.l.], v. 125, p. 1429-1436, 1997.
- AUGUST, P. **Prevention of preeclampsia**. Up To Date Version 17.3, set. 2009. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>>. Acesso em: 12 jan. 2010.
- BECKER, H. M. G. et al. Respirador bucal. In: LEÃO, E. **Pediatria Ambulatorial**. Belo Horizonte:/ COOPMED Editora Médica, 2005.
- BERGHELLA, V.; BAXTER, J. K.; HENDRIX, N. W. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3, 2009.
- BERKOWITZ, R. J. Acquisition and transmission of mutans streptococci. **J. Calif. Dent. Assoc.** [s.l.], v. 31, n. 2, p. 135-138, 2003.
- BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. **Aumento da fecundidade entre adolescentes e jovens no Brasil: uma nova tendência ou um evento isolado?** Encontro Anual da Associação Americana de População – PAA. Filadélfia, 2005.
- BLUMBERG, H. M. et al. Treatment of tuberculosis. **Am. J. Respir. Crit. Care. Med.**, [S.l.], v. 167, p. 603-662, 2003.

BOBROWITZ, I. D. Ethambutol in pregnancy. **Chest**, [S.l.], v. 66, p. 20-24, 1974.

BOGGESS, K. A.; BURTON, L. E. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. **Matern. Child Health J.**, [s.l.], v.10, n. 7, p. 169-174, 2006. Suplemento.

BOGGESS, K. A.; EDELSTEIN, B. L. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. **Matern. Child. Health. J.** [s.l.], v. 10, n. 5, p. 169-174, 2006. Suplemento.

BRAMBILLA, E. et al. Prevention during pregnancy: results of a 30-month study. **J. Am. Dent. Assoc.** v. 129, n. 7, p. 871-877, 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 11, de 22 de março de 2011. Dispõe sobre o controle da substância Talidomida e do medicamento que a contenha. **Diário Oficial [da] União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mar. 2011. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de Setembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, **Diário Oficial [da] União**, 28 dez. 2007, Seção 1.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, **Diário Oficial [da] União**, 8 abr. 2005, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase em mortalidade materna**: relatório final. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Parte I: gestação, parto e puerpério. In: _____. **Acompanhando a saúde da mulher**. Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de drogas**. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 10 jun. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-infantil. **Manual dos comitês de morte materna**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Programa Nacional de Imunizações. **Manual de vacinação**. Brasília, 1984. (Série A. Normas e manuais técnicos, 15).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 4. ed. Brasília, 2004a. 2 volumes.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica da tuberculose**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção básica à saúde de adolescentes**. (no prelo).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis**. 3. ed. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Nota técnica mortalidade materna no Brasil. In: BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes**. Brasília: MS, 2009. Versão 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Portaria n.º 971. **Diário Oficial [da] União**, n. 84, seção I, p. 20-24, Brasília, 4 maio 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.125 de 7 de outubro de 2010**. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2006**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Brasília, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008**. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 156/GM, de 19 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418/GM, 2 de dezembro de 2005**. Regulamenta, em

conformidade 158 com o art. 1º da Lei nº 11.108, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para a Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial [da] União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 15 out. 2010c. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 766/GM, de 21 de dezembro de 2004**. Resolve expandir, para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde, a realização do exame de VDRL para todas as parturientes internadas e inclui o teste rápido para o HIV na tabela SIA/SIH. Brasília, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 2. ed. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em adultos e adolescentes**: consenso vigente. Brasília, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes**. 2. ed. Brasília, 2006g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília, 2006h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 2. ed. atual. e ampl. Brasília, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, 2006i. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e Brasília**, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2006j. (Cadernos de Atenção Básica, 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** 7. ed. rev. Brasília, 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília, 2010f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2005f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004f. 119 p. (Série A. normas e manuais técnicos)

CAMPOS, L. E. M.; BASTOS FILHO, J. M. R. Anamnese nos distúrbios do sistema respiratório. In: LÓPEZ, M.; MEDEIROS, J. L. (Org.). **Semiologia Médica: as bases do diagnóstico clínico**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1986.

CDC. Prevention and control of tuberculosis in U.S: communities with at-risk minority populations and prevention and control of tuberculosis among homeless persons. **MMWR**, [S.l.], v. 41, n. (RR-5), 1992.

CDC. Tuberculosis among foreign-born persons entering the United States: recommendations of Advisory Committee for Elimination of Tuberculosis. **MMWR**, [S.l.], v. 39, n. (RR-18), p. 1-13; 18-21, December 28, 1990.

CDC. Tuberculosis among pregnant women - New York City; 1985-1992. **MMWR**, [S.l.], v. 42, n. 31, p. 611-612, August 13, 1993.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually transmitted diseases: treatment guidelines. 2002. **Morbidity and Mortality Weekly Report.**, [s.l.], v. 51, n. RR-6, 10 may. 2002.
- CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO. Atenção pré-natal e do parto de baixo risco. **Publicação Científica do CLAP**, [s.l.], n. 1321, mar. 1996.
- CHALMERS, B; MANGIATERRA, V; PORTER, R. Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. **WHO Birth**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 202- 207, 2001.
- COCHRANE LIBRARY. Cochrane Review. Oxford: Update Software, Issue 4, n. 2201. In: CUNHA, M. V.; AMARAL, M. J. **Diabetes e hipertensão na gravidez: manual de 159 orientações**. São Paulo: FEBRASCO, Ponto, 2004.
- CODATO, L. A. B. et al. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.
- CODATO. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. **NICE public health guidance**, 2008. Disponível em: <www.nice.org.uk/PH010>. Acesso em: 29 abr. 2010.
- COHEN, L. S. et al. Postpartum course in women with preexisting panic disorder. **J. Clin. Psychiatry**, [s.l.], v. 55, n. 7, p. 289-292, 1994.
- CONWAY, N.; BIRT, B. D. Streptomycin in pregnancy: effect on the foetal ear. **BMJ.**, [S.l.], v. 2, p. 260-263, 1965.
- COOMARASAMY, A. et al. Aspirin for prevention of preeclampsia in women with historical risk factors: a systematic review. **Obstet. Gynecol.**, [s.l.], v. 101, p. 1319-1332, 2003.
- CORRÊA DA SILVA, L. C. Tuberculose pulmonar e gestação. **Rev. AMRIGS**, [S.l.], v. 24, p. 39-45, 1980.
- CRAMER, B.; PALÁCIO-ESPASA, F. **Técnicas psicoterápicas mãe/bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- CROWTHER, C. A. et al. Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. **New England Journal of Medicine**, Waltham, Mass, v. 352, n. 24, p. 2477–2486. 2005.
- CROWTHER, C. A. Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], issue 1, 2001.
- CUERVO, L. G.; RODRIGUES, M. N.; DELGADO, M. B. Enemas during labour. **Cochrane Database Syst Rev**, [S.l.], 2000.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CUNNINGHAM, F. G. et al. **Williams obstetrics**. 21. ed. Nova York: McGraw-Hill, 2001.
- DEBRAY, R. **Bebês e mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces**. Tradução de Leda Mariza Vieira Fischer. Porto Alegre: Artes

Médicas, 1988.

DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Atenção à Saúde do DF. **Manual de normas e procedimentos do NUMENATI**. N. 100, p. 37, 24 maio 2004.

DODD, J. M.; CROWTHER, C. A. Specialised antenatal clinics for women with a multiple pregnancy for improving maternal and infant outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], issue 2, 2007.

DÖRTBUDAK O. et al. Periodontitis, a marker of risk in pregnancy for preterm birth. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, DK, v. 32, n. 1, p. 45-52, 2005.

DREZETT, J. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: ROSAS, C. (Org.). **Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2002. p. 71-78.

DUARTE, Geraldo et al. Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [S.l.], v. 30, n. 2, p. 93-100, mar. 2008.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GUIGLIANI, Elsa R. **J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ELLEY, A. et al. Can *Chlamydia trachomatis* directly damage your sperm? **Lancet Infect Dis.** [s.l.], v. 5, n. 1, p. 53-57, jan. 2005.

ERROL, R.; NORWITZ, M. D. PHD: **Cesarean delivery on maternal request**. mar. 2008. Disponível em: <<http://www.utdol.com>>. Acesso em: 4 set. 2009.

FERRAZ, A. E.; FERREIRA Q. I. Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional. In: _____. **Sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1999.

FERREIRA, Roberto Luiz Targa; CARVALHO, Carlos Augusto Souza. Atenção à saúde da gestante com tuberculose em um serviço de atenção primária à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. Organização de Sandra Rejane Soares Ferreira, Rosane Glazenapp e Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. Cap. 5, p. 89-97.

FLAMM, B. L. et al. Vaginal birth after cesarean section: results of multicenter study. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, Saint Louis, Mo., v. 158, p. 1079-1084, 1988.

FRANKS, A. L. et al. Isoniazid hepatitis among pregnant and postpartum Hispanic patients. **Public Health Rep.**, [S.l.], v. 104, p. 151-155, 1989.

FRASER, W. D.; TURCOT, L.; KRAUSS, I. Amniotomy for shortening spontaneous labour. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [S.l.], 2000.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Artmed, 2006.

FRIEDEN, T. R. Tuberculosis. **The Lancet**, [S.l.], v. 362, p. 887-899, Sep. 13, 2003.

FRIEDMAN, E. A. (Ed.). **Labor: clinical evaluation and management**. 2nd. New York: Appleton; 1978.

FRIGOLETTO JÚNIOR, F. D. et al. A clinical trial of active management of labor. **N. Engl. J. Med.**, Waltham, Mass., v. 333, p. 745-750, 1995.

JUSTUS HOFMEYR, M. D. G. Approach to breech presentation UptoDate; **Last literature review version 17.2**, 2009. This topic last updated: Maio 15, 2008. Disponível em: <<http://www.utdol.com>>. Acesso em: 4 set. 2009.

GUERREIRO, A. M. C. et al. (Ed.). Considerações gerais. In: _____. **Epilepsia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

GUTMAN, L. Gonococcal diseases in infants and children. In: HOLMES et al. **Sexually transmitted diseases**. New York: McGraw-Hill Inc, 1999.

HEILBORN, M. L. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema. In: VIEIRA, E. M. et al. (Org.). **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p. 23-32.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violence against women: the hidden health burden**. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1994.

HEY-HADAVI, J. H. Women's oral health issues: sex differences and clinical implications. **Women's health prim. care**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 189-199, 2002.

HILLER, T. A. et al. Screening for gestational diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. **Ann. Intern. Med.**, [S.l.], v. 148, n. 10, p. 766-775, 20 maio 2008.

HOEFLER, R. et al. Fármacos e Gravidez – Apêndice A. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência **Farmacêutica e insumos estratégicos: formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 849 - 860.

HOWELL, C. J.; KIDD, C.; ROBERT, S. W. et al. A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, London, v. 108, p. 27-33, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Nutrition during pregnancy**. Washington: National Academy Press, 1990.

JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION. **Detection, evaluation and treatment of high blood pressure**. EUA, 2003.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KARINEN, L. et al. Association between *chlamydia trachomatis* antibodies and subfertility in the Northern Finland Birth Cohort 1966 (NFBC 1966), at the age of 31 years. **Epidemiol. Infect.**, Cambridge, v. 132, n. 5, p. 977-984, out. 2004.

- KELLY, L.; EVANS, L.; MESSENGER, D. Controversies around gestational diabetes. Practical information for family doctors. **Can. Fam. Physician.** [S.l.], v. 51, p. 688-695, maio 2005.
- KENNETH, R. D. E. C. J. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. M. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, IMS, ABRASCO, 2004.
- KLAUS, M. H. et al. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- KRITSKI, A. L. et al. **Tuberculose: do ambulatório à enfermaria.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.
- KUMAR, J.; SAMELSON, R. (Ed.). **Oral health care during pregnancy and early childhood: practice guidelines.** New York: State Department of Health. 2006. Disponível em: <<http://www.health.state.ny.us/publications/0824.pdf>>. Acesso em: ago. 2007.
- LAUZON, L.; HODNETT, E. Caregivers' use of strict criteria for diagnosing active labour in term pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**, [S.l.: s.n.], 2000.
- LAVENDER, T. et al. Caesarean section for non-medical reasons at term. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], issue 3, 2006.
- LEVENO, K. J. et al. A prospective comparison of selective and universal electronic fetal monitoring in 34995 pregnancies. **N. Engl. J. Med.** [S.l.], v. 315, p. 615-619, 1986.
- LEWIS, C. W.; MILGROM, P. Fluoride. **Pediatr. Rev.**, Evanston, Ill., v. 24, n. 10, p. 327-336, 2003. [published correction appears in **Pediatr Rev.** v. 24, n. 12, p. 429, 2003].
- LIPSKY, B. A.; BAKER, C. A. Fluoroquinolone toxicity profiles: a review focusing on newer agents. **Clin. Infect. Dis.**, [S.l.], v. 28, p. 352-364, 1999.
- LIVINGSTON, H. M.; DELLINGER, T. M.; HOLDER, R. Considerations in the management of the pregnant patient. **Spec. Care Dentist.**, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 183-188, 1998.
- LLEWELYN, M. et al. Tuberculosis diagnosed during pregnancy: a prospective study from London. **Thorax**, [S.l.], v. 55, n. 2, p. 129-132, Feb. 2000.
- LOPES, H. V.; TAVARES, W. **Infecções do trato urinário não complicadas: tratamento.** Projeto Diretrizes. Brasília: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 24 jul. 2004.
- LOPEZ-ZENO, J. A. et al. A controlled trial of program for active management of labor. **N. Engl. J. Med.** Waltham, Mass., v. 326, p. 450-454, 1992.
- LUDFORD, J.; DOSTER, B.; WOOLPERT, S.F. Effect of isoniazid on reproduction. **Am. Rev. Respir. Dis.**, [S.l.], v. 108, p. 1170-1174, 1973.
- MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério.** 8. ed. São Paulo: Saraiva, 1986.
- MARDH, P. A. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial salpingitis. **Curr. Opin. Infect. Dis.**, Philadelphia, v. 17, n. 1, p. 49-52, fev. 2004.

MARTIN, S. L. et al. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. **JAMA**, Chicago, v. 285, n. 12, p. 1581-1584, 2001.

MENEZES et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.

MIRANDA, P. A. C.; REIS, R. **Projeto diretrizes: diabetes mellitus gestacional**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2006.

MIRES, G.J.; WILLIAMS, F. L.; HARPER, V. Screening practices for gestational diabetes mellitus in UK obstetric units. Diabetic World Health Organization. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation**. Geneva: World Health Organization, 2006.

MOZURKEWICH, E. et al. Indications for induction of labour: a best-evidence review. **BJOG**, [S.l.], v. 116, p. 626-636, 2009.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. **Caesarean section**. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE), apr. 2004. [688 references]. Disponível em: <www.guideline.gov>. Acesso em: 4 set. 2009.

NATIONAL COLLABORATIVE PERINATAL PROJECT (NCP). **1959-1974, Record Group 443, National Institutes of Health**. Disponível em: <http://www.motherisk.org>. Acesso em: jul. 2007.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE): **Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman**. London: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 2. ed. mar. 2008.

NEILSON, J. P. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], issue 2, 2001.

NEME, B. (Coord.). **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NIELSEN, T. F.; HAGBERG, H. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, Saint Louis, Mo., v. 160, p. 569-573, 1989.

NORMAN, J. E. et al. Progesterone for the prevention of preterm birth in twin pregnancy (STOPPIT): a randomised, double-blind, placebo-controlled study and meta-analysis. **Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)**, [S.l.], 1 jul. 2009.

NOVAES, A. R. **A medicina homeopática: avaliação de serviços**, 2007. Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Vitória, 2007.

NOVAES, A. R. et al. Perspectivas de inovação na Atenção Básica: a homeopatia no Programa de Saúde da Família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE PÚBLICA, 8., 2006, Rio de Janeiro. **Congresso Mundial de Saúde Pública**, 11. Rio de Janeiro, 2006.

NULMAN, I.; LASLO, D.; KOREN, G. Treatment of epilepsy in pregnancy. **Drugs**, [s.l.], v. 57, n. 4, p. 535-544, 1999.

O'DRISCOLL, K.; FOLEY, M.; MACDONALD, D. Active management of labour as an alternative to cesarean section for dystocia. **Obstet Gynaecol.** [s.l.], v. 63, p. 485-490, 1984.

O'HARA, M. W. **Postpartum depression: Causes and consequences.** New York: Springer Verlag, 1995.

OFFENBACHER, S. et al. Maternal periodontitis and prematurity. Part I: obstetric outcome of prematurity and growth restriction. **Ann. Periodontol.**, Chicago, v. 6, n. 1, p. 164-174, 2001.

OHLSSON, A.; SHAH, V. S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. **Cochrane Database Syst Rev.** [s.l.], v. 8, n. 3, jul. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis**, 2005. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/portuguese/9248546269_por.pdf>. Acesso em: abr. 2012.

ORMEROD, P. Tuberculosis in pregnancy and the puerperium. **Thorax**, [S.l.], v. 56, n. 6, p. 494, Jun. 2001.

OWEN, J.; HAUTH, J. C. Oxytocin for the induction or augmentation of labor. **Clin Obstet Gynecol**, [S.l.], v. 35, p. 464-475, 1992.

PATTISON, M.; MC COWAN, L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. **Cochrane Database Syst. Rev.** [s.l.], 2000.

PELOQUIN, C. A. Antituberculosis drugs: pharmacokinetics. In: HEIFETS, L. B. **Drug susceptibility in the chemotherapy of mycobacterial infections.** Boca Raton, FL: CRC Press, 1991.

PEÑA-ROSAS, Juan Pablo; VITERI, Fernando E. Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews: the Cochrane Library**, [S.l.], issue 3, art. no. CD004736. 2009.

PEYRON, F. et al. Treatments for toxoplasmosis in pregnancy. **Cochrane Review: the Cochrane Library**, [s.l.], v. 4, issue 1, 2008.

PETITTI, D. B. et al. In Hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to method of delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol.** Saint Louis, Mo, v. 59, n. 6, 1982.

PHELAN, J. P. et al. Vaginal birth after cesarean. **Am. J. Obstet. Gynecol.** Saint Louis, Mo, v. 157, p. 1510-1515, 1987.

PHILLIPS, B. et al. **Oxford Centre for evidence-based Medicine levels of evidence grades of recommendation**, abr. 2001.

PICON, P. D.; RIZZON, C. F. C.; OTT, W. P. **Tuberculose: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública.** Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

POLI-DE-FIGUEIREDO, Carlos E. et al. Hipertensão em situações especiais. **J. Bras. Nefrol.** [s.l.], v. 32, p. 54-59, 2010. Suplemento 1.

PRENDIVILLE, W. J.; ELBOURNE, D.; MCDONALD, S. Active *versus* expectant management in the

third stage of labour. **Cochrane Database Syst. Rev.** [S.l.], 2000.

PRESENT, P. A.; COMSTOCK, G. W. Tuberculin sensitivity in pregnancy. **Am. Rev. Respir. Dis.**, [S.l.], v. 112, p. 413-416, 1975.

PRIDJIAN, G. Labor after prior cesarean section. **Clin. Obstet. Gynecol.**, Philadelphia, v. 35, p. 445-456, 1992.

RAGONESI, S. M. A.; BERTINI, A. M.; CAMANO, L. Crescimento intra-uterino retardado: aspectos atuais. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 43, n. 2, abr./jun. 1997.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. p. 120.

REICHEL, A. J. et al. Fasting plasma glucose is a useful test for the detection of gestational diabetes. Brazilian Study of Gestational Diabetes (EBDG) Working Group. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 21, p. 1246-1249, 1998.

RESSÉGUIER, Jean-Paul. **A noção de escuta e a harmonização do corpo sensível.** [S.l.: s. n.], dez. 1988.

REVEIZ, L.; GYTE, G. M. L.; CUERVO, L. G. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, [S.l.], issue 3, art. no. CD003094. 2009.

RIGBY, F. B. Tuberculosis and pregnancy: update on an old nemesis. **Infect. Med.**, [S.l.], v. 17, n. 4, p. 284-288, 2000.

REVEIZ, L.; GYTE, G. M. L.; CUERVO, L. G. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, [S.l.], issue 3, 2007.

ROCHA, F. L. Depressão puerperal: revisão e atualização. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p. 105-114, mar. 1999.

ROMNEY, M. L.; GORDON, H. Is your enema really necessary? **Br. Med. J. Clin. Res. Ed.** [S.l.], v. 28, p. 1269-1271, 1981.

RUDGE, M. V. C.; AMARAL, M. J. **Diabete e hipertensão na gravidez: manual de orientação.** v. 3. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2004.

SADLER, L. C.; DAIVSON, T.; MCCOWAN, L. M. A randomised controlled trial and meta-analysis of active management of labour. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, [S.l.], v. 107, p. 909-915, 2000.

SAMREN, E. B. et al. Antiepileptic drug regimens and major congenital abnormalities. The offspring. **Ann. Neurol.**, [S.l.], v. 46, n. 5, p. 739-746, 1999.

SBPT. Grupo de Trabalho das Diretrizes para Tuberculose. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Brazilian Thoracic Association Guidelines on Tuberculosis. **J. Bras. Pneumol.**, [S.l.], v. 35, n. 10, p. 1018-1048, 2009.

SCHARG, S. et al. Prevention of perinatal Streptococcal group B disease. Revised guideline from CDC. **MMWR Recomm Rep.**, [s.l.], v. 51, n. 11, p. 1-22, 2002.

SCHULTZ, F. et al. Motherhood and dental disease. **Community Dent Health**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 67-72, 2002.

SCHMIDT, M. I. et al. Gestational diabetes mellitus diagnosed with a 2h 75 g oral glucose tolerance test and adverse pregnancy outcomes. **Diabetes Care**, [s.l.], v. 24, n. 7, p. 1151-1155, 2001.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 3, n. 5, p. 11-27, 1999.

SCHWENGBER, D. D. DE S.; PICCININI, C. A., O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud. psicol. Natal**, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

SCOTT, J. **Acupuntura no tratamento da criança**. São Paulo: Roca, 1997.

SEEDS, J. W.; PENG, T. Impaired growth and risk of fetal death: is the tenth percentile the appropriate standard? **Am. J. Obstet. Gynecol.**, Saint Louis, Mo, v. 178, n. 658, 1998.

SILK, H. et al. Oral Health During Pregnancy. **American Family Physician**, Kansas City, v. 77, n. 8, p. 1139-1144, 2008.

SNIDER, D. E. et al. Treatment of tuberculosis during pregnancy. **Am. Rev. Respir. Dis.**, [S.l.], v. 122, p. 65-79, 1980.

SNIDER, D. E. Pyridoxine supplementation during isoniazid therapy. **Tubercle**, [S.l.], v. 61, p. 191-196, 1980.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes: 2002**. Rio de Janeiro, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão**, Sao Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2002.

SPITZ, R. A. **O Primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anormal das relações objetivas**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

STEPHEN, T. et al. **Delivery of twin gestations**. UptoDate This topic last updated, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.utdol.com>>. Acesso em: 4 set. 2009.

TANAKA; D'ANDRETTA, Ana Cristina; MITSUIKI, Lia. **Estudo da Magnitude da Mortalidade**

Materna em 15 Cidades Brasileiras. São Paulo, 1999.

TASK FORCE on Periodontal Treatment of Pregnant Women, American Academy of Periodontology. American Academy of Periodontology statement regarding periodontal management of the pregnant patient. **J. Periodontol.**, [S.l.], v. 75, n. 3, p. 495, 2004.

THÉVENOT, B.; NAOURI, A. **Conversando sobre Bebês: do nascimento aos 3 anos.** Tradução de Viviane Ribeiro. Bauru, SP: EDUSC, 2004.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. **Ann. Intern. Med.** [s.l.], v. 148, n. 10, p. 759-65, 20 maio 2008

VERMILLION, S. T. et al. Wound infection after cesarean: effect of subcutaneous tissue thickness. **Obstet. Gynecol.**, [s.l.], n. 95, p. 923, 2000.

VILLAR, J.; KHAN-NEELOFUR, D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], v. 1, 2003.

WASYLKO, L. et al. A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. **J. Can. Dent. Assoc.**, Toronto, v. 64, n. 6, p. 434-439, 1998.

WEINBERG, S. E. et al. Pregnancy and the lung (State of the art). **Am. Rev. Respir. Dis.**, [S.l.], v. 121, p. 559-581, 1980.

WEN, S. W. et al. Impact of prenatal glucose screening on the diagnosis of gestational diabetes and on pregnancy outcomes. **Am. J. Epidemiol.** [s.l.], v. 152, n. 11, p. 1009-1014, 2000.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborative study. Maternal anthropometry and pregnancy outcomes. **WHO Bull**, [s.l.], v. 73, p. 1-98, 1995a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation.** Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Strategy for STI Prevention and Control Meeting.** Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva: WHO, 1995b. (Technical Report Series, 854).

ZANOTTI, D. V. et al. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra. **Revista Nursing.** [S.l.], v. 61, n. 6, p. 36-42, 2003.

Anexos

Anexo A – Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia

Em todo o material produzido, utilizaremos o quadro a seguir para representar os níveis de evidência científica. Entende-se por nível de evidência científica o método utilizado na obtenção da informação ou a decisão recomendada, dando maior ou menor credibilidade científica à referida informação.

Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia

I	Ensaio clínico randomizado (ECR)¹ ou revisão sistemática (RS) de ECR com desfechos clínicos
II	ECR ou RS de ECR de menor qualidade: <ul style="list-style-type: none"> • Com desfechos substitutos validados; • Com análise de subgrupos ou de hipóteses <i>a posteriori</i>; • Com desfechos clínicos, mas de menor rigor metodológico; • Estudo observacional de reconhecido peso científico (coorte ou caso-controle aninhado em uma coorte, séries temporais múltiplas) ou revisão sistemática destes estudos.
III	ECR com desfechos clínicos não validados. Estudo de caso-controle.
IV	Estudo com desfecho clínico, mas com maior potencial de viés (tais como experimento não comparado e demais estudos observacionais).
V	Fórum representativo ou opinião de especialista sem evidência dos níveis supracitados.

Nota:

¹ Para ser considerado nível I, o estudo deve preencher critérios de rigor metodológico, como ser aleatorizado, duplo-cego ou de alocação sigilosa.

Os graus de recomendação também são uma classificação hierarquizada que procura levar em conta os estudos de acordo com os seus níveis de evidência científica e classificam determinadas condutas específicas quanto à recomendação a se adotar ou não na prática clínica ou na tomada de decisões de gestores etc.

Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia:

A	Altamente recomendável.
B	Recomendável.
C	Sem evidência a favor ou contrária.
D	Desaconselhável.
E	Claramente desaconselhável.

Drogas na gravidez: classificação do *Food and Drug Administration* (FDA)

Categoria	Interpretação
A	Estudos controlados mostram risco ausente. Estudos bem controlados, adequados, em mulheres grávidas, não demonstram risco para o feto.
B	Nenhuma evidência de risco em humanos. Achados em animais mostraram risco, mas em humanos não, ou se os estudos humanos adequados não foram feitos, os achados em animais foram negativos.
C	Risco não pode ser excluído. Não existem estudos positivos em humanos e em animais para risco fetal ou inexistem estudos. Contudo, os benefícios potenciais justificam o risco potencial.
D	Evidência positiva de risco. Dados de investigação ou após liberação no mercado mostram risco para o feto. Mesmo assim, os benefícios potenciais podem sobrepujar o risco.
X	Contraindicado na gravidez. Estudos em animais e humanos ou relatos de investigação ou após liberação no mercado mostraram risco fetal que claramente é maior do que os benefícios potenciais.

Fonte: (PHILLIPS, 2001, adaptado).

Anexo B – Doenças sexualmente transmissíveis

DST		Complicações obstétricas e neonatais			Diagnóstico	Tratamento	Observações
Sífilis	Agente <i>Treponema pallidum</i> Apresentação Primária: úlcera única, indolor, limpa (cancro duro); Secundária: rash cutâneo, máculas palmo-plantares, poliadenopatia; Latente: assintomática; Terciária: tubérculos, goma, neurosífilis, aneurisma aórtico, artropatia de Charcot.	Aborto; corioamniorrexe prematura; corioamnionite; RCIU; prematuridade; morte fetal; sífilis congênita.	Teste rápido (ou outros testes treponêmicos) + VDRL/RPR (diagnóstico). VDRL/RPR (seguimento pós-tratamento).	Penicilina benzatina 2,4 milhões UI (IM): Primária: dose única; Secundária: duas séries com intervalo de uma semana (dose total de 4,8 milhões); Latente e terciária ou tempo indeterminado: três séries com intervalo de uma semana (total de 7,2 milhões).	1) O diagnóstico na maioria das gestantes ocorre na fase latente, ou seja, mulheres assintomáticas com VDRL/RPR reagentes. 2) Realizar no mínimo 2 VDRL na gestação (1º e 3º trim. e 1 no parto); 3) Casos de alergia a penicilina devem ser avaliados individualmente. 4) Coinfecção com HIV pode modificar a história natural da infecção. 5) Testar e tratar o parceiro. 6) Notificar a Vigilância Epidemiológica.		
Cancro mole	Agente <i>Haemophilus ducreyi</i> Apresentação Úlceras múltiplas, dolorosas, bordas irregulares, fundo sujo, com odor fétido e autoinoculáveis; adenopatia inguinal (bubão).	Não relacionadas.	Gram; PCR.	Ceftriaxona, 250mg, IM, dose única. Ou eritromicina (estearato), 500mg, VO, de 6h/6h por 10 dias (no mínimo).	1) Tratar o parceiro. Epidemiológica.		
Herpes genital	Agente Herpes simples, vírus tipo 2 (HSV-2) Apresentação Ardência, prurido e dor, seguidos por lesões vesiculosas que progredem para úlceras.	Aborto; RCIU; prematuridade; infecção herpética neonatal (a transmissão vertical ocorre principalmente na fase ativa da doença).	Citologia (células de Tzanck); cultura; PCR.	Para primeiro episódio ou recorrência severa: Aciclovir, 200mg, VO, 4h/4h, em 5 tomadas ao dia, por 7 dias; ou Aciclovir, 400mg, VO, 8h/8h, por 7 dias.	1) Recorrências durante a gravidez são frequentes, mas em geral não requerem tratamento. 2) Imunossupressão determina lesões mais extensas e profundas.		

DST		Complicações obstétricas e neonatais				Diagnóstico	Tratamento	Observações
Agente	Apresentação	Obstrução do canal de parto; hemorragia periparto; deiscência de episiorrafia; papilomatose respiratória no RN.	Diagnóstico clínico; vulvoscopia/colposcopia; captura híbrida.	Eletroterapia; ATA a 80%.	Observações			
Condiloma	Papilomavírus humano (HPV)	Projeções papilares, planas, pedunculadas ou verrucosas na vulva, na vagina, no colo, no períneo e na região anal.			1) A maioria das portadoras de HPV é assintomática. 2) O HPV também está relacionado a lesões intraepiteliais cervicais, vaginais, vulvares e anais. 3) A indicação de cesárea deve ser avaliada pelo obstetra quando houver lesões extensas no canal do parto, com obstrução ou risco de sangramento intenso.			
Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Assintomática em 70% a 80% dos casos; cervicite mucopurulenta; doença inflamatória pélvica (DIP).	Gravidez ectópica; parto pré-termo; prematuridade; corioamniorrexe prematura; aborto; RCU; febre puerperal; oftalmia neonatal.	Cultura; captura híbrida; PCR.	1) Tratar também para clamídia pela abordagem sintomática. 2) Tratar o parceiro.			
Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Assintomática em 70% a 80% dos casos; cervicite mucopurulenta; doença inflamatória pélvica (DIP).	Gravidez ectópica; parto pré-termo; prematuridade; corioamniorrexe prematura; endometrite puerperal; conjuntivite e pneumonia neonatal.	Cultura; captura híbrida; PCR; Elisa; imunofluorescência direta.	1) Tratar também para o gonococo pela abordagem sintomática. 2) Tratar o parceiro.			

DST		Complicações obstétricas e neonatais			Diagnóstico	Tratamento	Observações
Agente	Apresentação						
Tricomoniase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Prurido e/ou irritação vulvar; corrimento abundante, amarelo esverdeado, bolhoso; sintomas urinários; colo em framboesa.	Corioamniorrexe prematura; parto pré-termo; baixo peso ao nascer; infecção neonatal.	Exame direto; teste das aminas positivo; pH vaginal > 4,5; cultura (exceção); PCR.	Metronidazol, 2g, VO, dose única. Ou: metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.	1) Tratar o parceiro.	
Candidíase	<i>Candida sp.</i>	Prurido vulvovaginal; ardor ou dor à micção; corrimento branco, grumoso, inodoro; hiperemia, edema e fissuras vulvares.	Não relacionadas.	Exame direto; teste das aminas negativo; pH vaginal < 4,5; cultura (exceção).	Miconazol, 2%, aplicação vaginal, por 7 dias. Ou: clotrimazol, 1%, aplicação vaginal por 6 a 12 dias, ao deitar, à noite. Ou: óvulos de 100mg, aplicação vaginal por 7 dias, ao deitar, à noite. Ou: nistatina 100.000UI, aplicação vaginal, por 14 dias, ao deitar, à noite.	1) A candidíase vaginal não é considerada uma DST. É comum na gestação. Tratar o parceiro apenas em casos de recorrências e/ou se houver sintomatologia nele.	
Vaginose bacteriana	Vários	Corrimento acinzentado, com odor fétido, mais acentuado após coito.	Corioamniorrexe prematura; corioamnionite; trabalho de parto pré-termo; parto pré-termo; endometrite puerperal; baixo peso ao nascer; infecção neonatal.	Exame a fresco (células-guia); pH vaginal > 4,5; teste das aminas positivo.	Metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias. Ou: metronidazol, 250mg, VO, 8h/8h, por 7 dias. Ou: metronidazol gel vaginal a 0,75%, aplicação vaginal, 12h/12h, por 5 dias. Ou: clindamicina, 300mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.	1) A vaginose bacteriana não é considerada uma DST, mas um desequilíbrio da microflora vaginal. É comum na gestação.	

Fonte: “Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis”, 4ª edição (BRASIL, 2006).

Anexo D – Ficha Perinatal

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE _____
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nº FICHA _____

(Uso exclusivo da informática)

Código do hospital _____

Nome do hospital/maternidade _____

Código do município _____

Mês/Ano referência ____/____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS PERINATAIS – FNEP

PARTOS HOSPITALARES

TIPO	NORMAL	CESÁREA	FÓRCEPS	TOTAL
QUANTIDADE				

NÚMERO DE NASCIMENTOS

TIPO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
NATIVIVOS			
NATIMORTOS			
TOTAL			

TIPO DE EVENTO

PESO (GRAMAS)	NASCIDOS VIVOS	ÓBITOS 0 – 7 DIAS	ÓBITOS + DE 7 DIAS	NATIMORTOS
< = 499				
500 - 749				
750 - 999				
1.000 - 1.249				
1.250 - 1.499				
1.500 - 1.749				
1.750 - 1.999				
2.000 - 2.249				
2.250 - 2.499				
> = 2.500				
TOTAL				

NÚMERO DE RECÉM-NASCIDOS POR TIPO DE CUIDADOS

ALOJAMENTO CONJUNTO		UTI	
BERÇÁRIOS DE NORMAIS		ISOLAMENTO	
CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS		RISCO DE HIV	
CUIDADOS ESPECIAIS		HIV POSITIVO	

MORTES MATERNAS

TOTAL	
-------	--

(FRENTE)

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS PERINATAIS – FNEP

CAUSAS DE MORBIMORTALIDADE PERINATAL

GRUPOS DE CAUSAS	TOTAL
Feto ou recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	
Transtornos relacionados com a duração da gestão e com o crescimento fetal	
Traumatismo de parto	
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	
Infecções específicas do período perinatal	
Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	
Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido	
Transtornos do aparelho digestivo do feto e do recém-nascido	
Afeções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido	
Outros transtornos originados no período perinatal	

(OBS.: CID – 10ª REVISÃO)

Assinatura e carimbo do médico responsável pelo serviço

(VERSO)

Anexo E – Colaboradores

316

Adson Roberto França Santos	Joselito Pedrosa
Alexsana Sposito Tresse M. de Mello	Júnia Cardoso
Ana Carolina Faria	Kelva Karina de Aquino
Ana Cecília Lins Sucupira	Kleber Cursino de Andrade
Ana Cristina Barreto Peixoto Sampaio	Laurenice Pereira Lima (<i>in memoriam</i>)
Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos	Luciana Teodoro de Rezende Lara
Andrea da Silveira Rossi	Malaquias Batista
Berardo Augusto Numan	Marcos R. Ymayo
Carla Brasil	Maria das Mercês Aquino Araújo
Carlos Alberto Machado	Maria Helena Benício
Carlos Augusto Alencar Júnior	Maria José de Oliveira Araújo
Carlos José Mangabeira da Silva	Maria Lúcia Rosa Stefanini
Clesimary Evangelista Molina Martins	Mariangela Soares Nogueira
Denise P. Gigante	Paola Marchesini
Doris Sztutman Bergmann	Paulyne Cavalcanti
Eduardo Campos de Oliveira	Regina Coeli Viola
Elizabeth Accioly	Rosa Sampaio Vila-Nova
Emílio Francisco Marussi	Rurany Ester Silva
Eveline Fernandes N. Vale	Silva Santelli
Feizi Milani	Tereza Cristina C. D. Bessa
Fernanda Nogueira	Tochie Massuda
Gerusa Maria Figueiredo	Vanusa Baeta Figueiredo Peres
Gregório Lorenço Acácio	
Ivone Peixoto Gonçalves de Oliveira	
Jeanine Rocha Woycicki	
João Batista Marinho C. Lima	
João Eduardo Pereira	

