



9.1 – Hiperêmese	120
9.2 – Síndromes hemorrágicas	121
9.3 – Anemia	125
9.4 – Hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia	126
9.5 – Diabetes mellitus na gestação (DMG)	134
9.6 – Hepatite B	141
9.7 – Toxoplasmose	142
9.8 – Infecção do trato urinário (ITU)	145
9.9 – Sífilis	147
9.10 – Infecção por HIV	150
9.11 – Outras DST	151
9.12 – Trabalho de parto prematuro (TRP)	155
9.13 – Gestação prolongada	156
9.14 – Varizes e tromboembolismo	157
9.15 – Parasitoses intestinais	158
9.16 – Epilepsia	159
9.17 – Amniorrexe prematura	162

Intercorrências clínicas  
mais frequentes

A gestante classificada como de baixo risco pode ser acometida por intercorrências que modificam o curso da evolução; com isso, a probabilidade de desfechos também se altera e pode indicar encaminhamentos para a referência, por vezes emergencial, e que idealmente deve seguir uma padronização como a sugerida no **Capítulo 5, Item 5.7**.

### 9.1 – HIPERÊMESE

Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desde a desidratação e oligúria até perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro – hipocloremia, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos), além de hiperbilirrubinemia. Nos casos graves, pode chegar à insuficiência hepática, renal e neurológica. Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores desse transtorno. Pode, também, estar associada à gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes e aloimunização Rh.

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

Apoio psicológico, ações educativas desde o início da gravidez e 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 e reposição eletrolítica, quando necessária.

#### Antieméticos orais:

- Metoprololamida – 10 mg de 4 em 4 horas.
- Dimenidrato – 50 mg de 6 em 6 horas.
- Meclizina – 25 mg de 8 em 8 horas.

#### Antieméticos injetáveis:

- Metoprololamida – 10 mg (uma ampola = 10 ml) de 4 em 4 horas.
- Dimenidrato – 50 mg (uma ampola = 1 ml) de 6 em 6 horas.

Nos casos de hiperêmese gravídica, a internação faz-se necessária, quando o tratamento inicialmente instituído com hidratação e antieméticos não teve a resposta esperada, ou

quando a gestante já apresentar complicações do equilíbrio eletrolítico e ácido básico. A internação hospitalar também está recomendada quando o tratamento ambulatorial ou na unidade básica de saúde não conseguir controlar a situação.

### 9.2 – SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

Para o sucesso do atendimento, é imperativa a realização de um diagnóstico etiológico o mais precoce possível e a instituição de um plano de ação, particularmente nas situações emergenciais. Esse plano de ação deve ser ágil, eficaz e sistematizado. É importante ressaltar que nessas condições, considerando as alterações volêmicas fisiológicas do ciclo gravídico-puerperal, a paciente frequentemente demora em exibir repercussões hemodinâmicas. Quando elas aparecem, a descompensação circulatória já está instalada.

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, valorizar 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, providenciar exame anatomopatológico.

**De qualquer maneira, a unidade deve dispor, idealmente por escrito, de um plano para atendimento de urgência e remoção, que contemple a segurança no transporte.**

As situações hemorrágicas mais importantes durante a gravidez são:

- **Primeira metade** – abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional
- **Segunda metade** – placenta prévia (PP), descolamento prematuro da placenta (DPP).

#### Abortamento

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

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

O exame genital é de grande importância. O exame especular permite a visualização do colo uterino, constatando-se a origem intrauterina do sangramento. Eventualmente, de-

9.



9.

9.



9.

tectam-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) e um aborto incompleto (presença de restos ovulares) ou aborto retido (presença de conceito morto ou ausência de saco embrionário).

#### Ameaça de aborto ou abortamento evitável

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, o corpo uterino compatível com a idade gestacional e os anexos e fundos de saco normais e livres. Em casos de dúvida, solicitar ultrassonografia.

O tratamento é discutível. Como regra geral, o repouso no leito é medida aconselhável para todas as situações. O repouso diminui a ansiedade, favorecendo o relaxamento e reduzindo os estímulos contráteis do útero. De preferência, deve ser domiciliar. A administração, por tempo limitado, de antiespasmódicos (hioscina, 1 comprimido VO, de 8 em 8 horas) tem sido utilizada. O uso de tocolíticos não é eficiente, uma vez que, nessa fase de gestação, os beta-receptores uterinos não estão adequadamente sensibilizados. Deve-se evitar politerapia ou administração sistemática de medicamentos para todos os casos, sem nenhuma base etiológica, como, por exemplo, a prescrição de progesterona. Esta deve ser reservada apenas aos casos diagnosticados como insuficiência do corpo lúteo. Tranquilizantes e/ou sedativos, em doses pequenas, podem ser administrados.

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

Entre os achados ultrassonográficos, pode ser descrita a área que sugere descolamento corioamniótico, que geralmente cursa com evolução favorável para a mulher e o embrião. A conduta resume-se a esclarecimento, apoio e eventualmente a prescrição de antiespasmódicos. O aspecto ultrassonográfico do saco gestacional (se regular ou não), seu local de implantação (se próximo ao canal cervical) e ocorrência de hidropisia da vesícula vitelínica podem servir, além de outros, como parâmetros para o curso de evolução.

Na admissão hospitalar devida a abortamento, evitável ou não, deve-se solicitar o exame para afastar o diagnóstico de sífilis (VDRL). Em caso de resultado reagente, iniciar o tratamento com antibioticoterapia, conforme esquema descrito no **Item 9.9.**

#### Gravidez ectópica

Corresponde à nidadao do ovo fora da cavidade uterina. A mulher frequentemente apresenta história de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sanguínea uterina e dores no baixo ventre. No exame físico, avaliam-se condições gerais, sinais de irritação peritoneal, entre outros. O exame especular pode mostrar a presença do sangramento. Pelo toque vaginal, verifica-se amolecimento do colo e presença ou não de aumento uterino e a palpação das regiões anexas pode provocar dor e demonstrar presença de tumor.

Na suspeita diagnóstica, encaminhar a mulher para hospital de referência para exame ultrassonográfico, definição e tratamento.

#### Mola hidatiforme

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, são incompatíveis com o esperado para a idade gestacional, sendo maiores previamente a um episódio de sangramento e menores após (útero em sanfona). A presença de hiperêmese é mais acentuada, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos. Atentar para a presença de hipertensão arterial precoce, já que essa é uma das poucas condições de pré-eclâmpsia previamente à 20ª semana de gestação.

O diagnóstico é ultrassonográfico e, na suspeita clínica de mola hidatiforme, os casos devem ser encaminhados ao hospital de referência.

#### Placenta prévia

Também chamada de placenta de inserção baixa, ocorre em uma para cada 200 gestações. Corresponde a um processo patológico da segunda metade da gravidez, em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero. As mulheres multiparas e com antecedentes de cesáreas e outras manipulações cirúrgicas uterinas, endometrites anteriores e gestantes em idade avançada são consideradas de maior risco.

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, e com frequência ocorre na 30ª semana (sangramento sentinela). O exame obstétrico revela volume e tônus uterinos normais, frequentemente com apresentação fetal anômala. De maneira habitual, 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.

9.



9.



O diagnóstico de certeza é dado pelo exame ultrassonográfico. O profissional de saúde deve encaminhar a gestante para continuar o pré-natal em centro de referência para gestação de alto risco ou para o hospital, dependendo da intensidade do sangramento durante a avaliação.

### Descolamento prematuro da placenta

É a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto. Ocorre em cerca de 0,5 a 1% de todas as gestações, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna.

O diagnóstico é, preferencialmente, clínico, feito pelo aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável, perda sanguínea de cor vermelha escura e às vezes em quantidade pequena, que pode ser incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque. Em alguns casos, o sangramento pode ser oculto (20%).

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.

Classicamente, o principal fator de risco para descolamento prematuro de placenta é a hipertensão arterial de qualquer etiologia. Contudo, outros fatores de risco também importantes são o tabagismo, o esvaziamento rápido do polidrâmnio, idade materna avançada, multiparidade e o próprio antecedente de descolamento prematuro da placenta.

Hoje em dia, os casos de descolamento prematuro de placenta, sobretudo aqueles ocorridos em mulheres que vivem na periferia dos grandes conglomerados urbanos, com frequência estão associados ao uso de drogas ilícitas, notadamente a cocaína e o crack.

Os casos secundários a trauma materno direto ou por decompressão têm crescido em nosso meio. Eventualmente, esses casos podem de início ser atendidos em uma unidade de saúde. Contudo, deve-se considerar observação intra-hospitalar, pelo risco da necessidade de intervenções.

**Na suspeita diagnóstica, encaminhar, como emergência, ao hospital de referência.** Nas situações em que o atendimento preliminar dos quadros hemorrágicos for realizado na unidade de saúde, este deverá ser sistematizado e rápido, valorizando as complicações orgânicas locais e/ou sistêmicas, a fim de possibilitar controle adequado para transferência para o hospital. A equipe deve lembrar de providenciar medidas de suporte de vida, como o ABC (airway, breathing, circulation):

- Manter as vias aéreas pérvias, com administração de oxigênio, sob cateter 3 a 5 litros/minuto e sob máscara 7 a 10 litros/minuto.

- Providenciar dois acessos calibrosos e infundir cristaloides.
- Evitar a posição supina da paciente.

A atuação inicial e a unidade de transporte que será utilizada devem considerar sempre a necessidade de suporte ventilatório avançado, de administração de drogas vasoativas, de coagulopatia e fenômenos isquêmicos concomitantes. Dessa forma, deve-se providenciar agilidade no processo, contato prévio com o serviço referenciado, preenchimento adequado do relatório de encaminhamento e formação ideal da equipe de transporte, que, além do(a) médico(a), conte com profissionais com experiência em situações de emergência.

### 9.3 – ANEMIA

Conceitua-se anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11 g/dL. (Organização Mundial de Saúde, 1975). No entanto, os valores de hemoglobina, assim como os de hematócrito e do número total de glóbulos vermelhos, ficam na dependência do aumento da massa eritrocitária, ambos variáveis nas gestantes. Assim, mesmo as mulheres saudáveis apresentam redução das concentrações de hemoglobina durante a gravidez não complicada. Essa redução manifesta-se em torno da 8ª semana, progride lentamente até a 34ª semana e, então, permanece estabilizada até o parto. Não causam danos à mãe ou ao feto, pois, embora a concentração da hemoglobina esteja diminuída, a hipovolemia possibilita a perfusão e a oxigenação adequadas dos tecidos.

Dessa forma, é interessante adotarem-se outros critérios para a conceituação e para o diagnóstico de anemia. Os índices corpusculares, principalmente o Volume Corpuscular Médio (VCM = 81–95 dL), não sofrem variações em relação ao volume plasmático e podem, então, ser tomados com tal finalidade. Para fins práticos, tomando-se o VCM como indicador, identificam-se três tipos de anemia: microcíticas (VCM < 85 dL), normocíticas (VCM entre 85 e 95 dL) e macrocíticas (VCM > 95 dL).

A anemia ferropriva, evidenciada por alterações dos níveis de hemoglobina, deve ser tratada de acordo com esquema terapêutico descrito no **Capítulo 7, Item 7.5**.

As anemias carenciais são muito frequentes em nosso meio, principalmente a ferropriva e a megaloblástica. Além delas, a anemia falciforme é a doença hereditária mais comum no Brasil. É predominante entre afrodescendentes em geral. A gravidez é uma situação potencialmente grave para as pacientes com doença falciforme, assim como para o feto e o recém-nascido. Os efeitos na gravidez podem ser aumento das crises dolorosas, piora do quadro de anemia, abortamento, crescimento intrauterino retardado, trabalho de parto prematuro e pré-eclâmpsia, além de complicações respiratórias e digestivas. São também relativamente comuns a talassemia e a anemia microangiopática.



Atentar para a gravidade do caso e a importância do diagnóstico etiológico da anemia, considerando a consulta com hematologista e a transferência para pré-natal de alto risco. A correção dos níveis hematimétricos é importante, inclusive como profilaxia da morbidade pós-parto.

#### 9.4 – HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GESTAÇÃO E ECLÂMPSIA

Complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de morbidade e mortalidade de mãe e fetal no Brasil. Ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações e são mais frequentes nos casos de pré-eclâmpsia (PE), que é mais comum em mulheres nulíparas, com gestação múltipla, hipertensão crônica, história de PE anterior, síndrome do anticorpo antifosfolípide, nefropatia, história familiar de PE, diabetes mellitus, primiparidade e hidropisia fetal não imune.

Além de ser uma condição muito frequente, a hipertensão arterial associada à gestação é de fundamental importância porque pode ser prevenida, diagnosticada e tratada já durante o acompanhamento pré-natal, reduzindo a ocorrência de seus efeitos negativos sobre a saúde da mulher e da criança.

É fundamental classificar a síndrome hipertensiva, diferenciando-se a pré-eclâmpsia, que é uma síndrome de vasoconstrição aumentada com redução da perfusão, de uma hipertensão primária ou crônica pré-existente.

##### Classificação da hipertensão arterial em mulheres gestantes

Os critérios de classificação da hipertensão arterial em gestantes são diversos. Entre as recomendações adotadas pela International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, aquela que indica maior especificidade diagnóstica é a do National High Blood Pressure Education Program, que caracteriza:

- **Pré-eclâmpsia (PE)** – estado hipertensivo acima da 20ª semana de gravidez, acompanhado de proteinúria em 24 horas com valor maior ou igual a 300 mg. Pode surgir mais cedo quando ocorrer concomitantemente à mola hidatiforme e hidropisia fetal. O quadro hipertensivo desaparece até a 12ª semana pós-parto.
- **Hipertensão gestacional** – hipertensão detectada apenas após a 20ª semana de gravidez, sem proteinúria significativa. É denominada “transitória” quando o estado hipertensivo desaparece após a 12ª semana pós-parto.
- **Hipertensão arterial crônica (HAC)** – quadro hipertensivo diagnosticado antes da gravidez ou da 20ª semana gestacional e que não desaparece após o parto, sem limitação de tempo.
- **Pré-eclâmpsia sobreposta a HAC** – diagnóstico de proteinúria significativa, poden-

do acometer até 30% das grávidas com HAC. Deve-se suspeitar dessa complicação quando ocorrer piora súbita dos níveis tensionais e dos valores de proteinúria, surgimento de plaquetopenia e/ou anormalidades dos valores das transaminases.

O incremento de 30 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 15 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD) não é reconhecido como critério diagnóstico, mas deve servir de alerta para o surgimento de pré-eclâmpsia, assim como o ganho de peso superior a 2 kg por semana, atribuível a edema, particularmente com instalação súbita, generalizado e sem melhora após repouso.

Para a classificação adequada é imprescindível realizar a correta aferição da pressão arterial de acordo com as recomendações do **Capítulo 6, Item 6.3**. Por vezes será necessário aplicar correções dos valores obtidos utilizando tabelas de correção, como a apresentada na **Tabela 6.3**. Será considerado estado hipertensivo o valor de PAS  $\geq$  140 mmHg ou PAD  $\geq$  90 mmHg, repetido em duas medidas separadas por um intervalo mínimo de 4 horas entre elas.

Ao identificar uma grávida com estado hipertensivo, a classificação poderá ser agilizada se, durante o atendimento na unidade de saúde, o profissional proceder à pesquisa de proteinúria por fita reagente, segundo o procedimento técnico apresentado no **Capítulo 6, Item 6.4**.

**É importante também que a equipe multiprofissional saiba reconhecer os elementos que caracterizam a pré-eclâmpsia grave:**

- PAS  $\geq$  160 mmHg e/ou PAD  $\geq$  110 mmHg.
- Proteinúria de 24 horas  $\geq$  2,0 gramas.
- Epigastralgia/dor no hipocôndrio direito.
- Oligúria.
- Creatinina sérica  $>$  1,2 mg/dL.
- Aumento de TGO e TGP.
- Acometimento do sistema nervoso central – cefaleia, tontura, perda da consciência, diplopia, visão turva, escotomas cintilantes.
- Plaquetopenia ( $<$ 100.000/mm<sup>3</sup>).
- Insuficiência cardíaca, edema pulmonar.
- Hemólise microangiopática – hiperbilirrubinemia (direta), aumento de desidrogenase láctica (DHL), hemácias fragmentadas no sangue periférico.
- Crescimento fetal restrito.
- Oligoidraminía.

## Hipertensão arterial crônica

A hipertensão arterial crônica durante a gravidez também deve seguir adequações de critérios para adoção de intervenções diagnósticas ou terapêuticas, que não se caracterizem como desnecessárias ou tardias. Os desfechos e a necessidade de medicação podem ser avaliados também a partir de classificação de HAC segundo a pressão arterial diastólica:

- **HAC Leve** – PAD  $\geq$  90 mmHg e  $<$  100 mmHg.
- **HAC Moderada** – PAD  $\geq$  100 mmHg e  $<$  110 mmHg.
- **HAC Grave** – PAD  $\geq$  110 mmHg.

Mulheres com hipertensão arterial crônica leve têm baixo risco de complicações cardiovasculares durante a gestação e são candidatas somente a modificarem seu estilo de vida como estratégia terapêutica. Não existe evidência científica de que a administração de medicamentos para as pacientes assim classificadas reduza riscos perinatais. Potencialmente, o controle rígido da pressão arterial até poderia causar prejuízo para a perfusão placentária. Além disso, normalmente a pressão arterial cai na primeira metade da gestação, facilitando o controle da hipertensão sem medicamentos ou com suspensão dos medicamentos que estiverem sendo usados.

No entanto, as pacientes com HAC grave, e possivelmente também moderada, poderiam se beneficiar da utilização de anti-hipertensivos.

Os cuidados para a paciente portadora de HAC devem incluir a avaliação clínica e considerar exames complementares para avaliação dos danos sistêmicos, classicamente: sistema nervoso central, cardiovascular, renal, vasculatura periférica e perfusão placentária.

É importante valorizar também a concomitância com casos de hipertensão arterial crônica secundária, cuja suspeição deve ocorrer quando o acometimento se der em pacientes jovens e principalmente se a hipertensão arterial for resistente à terapia padrão, anormalidades da função renal ou endócrina, ou condições sugestivas de doença do colágeno. Em tais situações clínicas, as mulheres deverão ser transferidas para acompanhamento na referência.

### Adoção de cuidados

A literatura médica relacionada tem apontado que a dieta hipossódica não apresenta benefício evidente como prevenção ou tratamento de pré-eclâmpsia, hipertensão arterial na gravidez e complicações perinatais. A redução de ingestão de sal deve ser preconizada apenas para gestantes nefropatas ou portadoras de HAC grave.

É útil estimular a prática de atividade física (ver Capítulo 11) e desestimular o consumo de álcool e o tabagismo.

Para o tratamento medicamentoso, no Brasil a maior experiência clínica é com a alfametildopa, que pode ser utilizada nas doses de 750 mg a 2,0 g/dia (não exceder 8 horas de intervalo entre as tomadas). Os bloqueadores de canal cálcio (nifedipina, intervalo de 8 a 12 horas) também são uma opção na dose de 5 a 60 mg/dia. Os betabloqueadores, por potencialmente se associarem à restrição de crescimento fetal, têm sua indicação como assunto controverso. Nos serviços que o utilizam, pode ser escolhido o pindolol nas doses de 5 a 30 mg/dia. Existe ainda uma clara tendência, na literatura científica internacional, ao uso do labetalol, mas essa droga ainda não está disponível comercialmente no Brasil. A hidralazina por via oral tem baixa efetividade na hipertensão crônica.

Não existe mais controvérsia sobre o uso de diuréticos em gestantes hipertensas com pré-eclâmpsia. Eles não devem ser utilizados porque a mulher com pré-eclâmpsia geralmente está hemoconcentrada. Existe, porém, a possibilidade de utilização de diuréticos tiazídicos no controle adjuvante da hipertensão arterial crônica, apenas quando o uso isolado de drogas anti-hipertensivas não foi suficiente para o controle pressórico. Além disso, a furosemida pode ter também uma indicação precisa de utilização aguda em quadros mais graves, necessitando de uma redução mais rápida e acentuada do volume plasmático, como no edema agudo de pulmão.

Em qualquer circunstância, a equipe assistencial não deve resumir sua atuação apenas ao controle dos níveis pressóricos, mas buscar classificar o dano endotelial e estar atenta para a sobreposição de pré-eclâmpsia (pois piora o prognóstico). Se for possível a suspensão dos hipotensores, ou mesmo sua substituição, essa orientação deve ser aliada à monitorização adequada dos níveis pressóricos, bem como à orientação de possíveis sinais e sintomas de gravidade à paciente, para que esta busque avaliação imediata. O controle de casos graves exige internação hospitalar.

### Crise hipertensiva

A PAD  $\geq$  110 mmHg pode ser diagnosticada em pacientes com HAC grave ou ser a primeira manifestação clínica de pré-eclâmpsia, sendo necessário o controle do quadro com anti-hipertensivos de ação rápida, porém evitando-se os danos de uma redução intempestiva. A melhor estratégia baseia-se na condição clínica da paciente.

É relevante que os cuidadores valorizem a possibilidade de complicações secundárias a esses níveis pressóricos, como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão e descolamento prematuro da placenta, entre outras repercussões.

A atuação preliminar deve ser seguida de encaminhamento à unidade hospitalar, para

9.



9.





observação em local com maior suporte assistencial, e avaliação complementar com terapia adicional.

O plano de ação deve conter avaliação global da paciente, privilegiando uma referência lógica de cuidados que pode seguir a conduta ABC (airway, breathing, circulation). Atentar para a condição respiratória da paciente, administrando oxigênio, se necessário, e providenciando-se venoclise em vaso calibroso antes da transferência da gestante.

Nas **emergências hipertensivas** (presença de sintomatologia clínica), recomenda-se controlar a pressão mais rapidamente, em até 1 ou 2 horas. Idealmente, as pacientes em emergência hipertensiva devem ser encaminhadas para internação em unidade de tratamento intensivo. Há ainda necessidade de uma adequada avaliação clínica, incluindo exame físico detalhado e exame fundoscópico do olho com pupila dilatada.

A **urgência hipertensiva** (ausência de sintomatologia clínica) pode ser tratada com a instituição de tratamento medicamentoso convencional, permitindo-se o controle da pressão arterial em até 24 horas, se o quadro não se agravar.

- **Hidralazina:** o cloridrato de hidralazina é relaxante direto da musculatura arterial lisa, sendo a droga preferida para o tratamento agudo da hipertensão arterial grave na gestação. Cada ampola contém 20 mg. Dilui-se o conteúdo de uma ampola em 9 ml de solução salina ou água destilada. A dose inicial recomendada é de 5 mg ou 2,5 ml da solução por via intravenosa (IV), seguida por período de 20 minutos de observação. Se não for obtido controle da pressão arterial (queda de 20% dos níveis iniciais ou PAD entre 90 e 100 mmHg), podem-se administrar de 5 mg a 10 mg (2,5 ml a 5,0 ml da solução) em intervalos de 20 minutos, até dose cumulativa máxima de 20 mg. A ausência de resposta deve ser considerada como hipertensão refratária. O efeito hipotensor tem duração entre 2 e 6 horas. Apresenta como efeitos colaterais rubor facial, cefaleia e taquicardia. Um cuidado útil é aspirar na seringa primeiro o diluente e depois a hidralazina na preparação da solução, evitando-se perda do medicamento.

Em situações de pré-eclâmpsia grave, quando o profissional não descarta a possibilidade de evolução para eclâmpsia, recomenda-se a administração de sulfato de magnésio nas mesmas doses e vias preconizadas para a eclâmpsia (**ver próximo tópico**).

- **Nifedipina:** bloqueador de canal de cálcio, produz relaxamento da musculatura arterial lisa. A administração é por via oral, na dose de 5 a 10 mg a cada 30 minutos até completar um máximo de 30 mg. A administração da nifedipina de ação rápida (10 mg sublingual) apresenta dificuldade no controle do ritmo e grau de redução da pressão arterial. Seu uso tem sido controverso devido à possibilidade de efeitos colaterais sérios, como hipotensão grave, com risco tanto materno quanto fetal. Outros efeitos colaterais são a taquicardia, cefaleia e rubor facial. Portanto, por segurança, sua utilização deveria ser evitada, pelo menos na unidade básica de saúde onde a gestante estiver recebendo seu primeiro atendimento.

- **Furosemida: atenção** – não deve ser utilizado na hipertensão aguda, pois reduz o volume intravascular e a perfusão placentária. Somente tem indicação em casos de insuficiência renal aguda comprovada ou em edema agudo de pulmão.

9.



- **Alfametildopa e betabloqueadores orais:** não são indicados na crise hipertensiva, pois apresentam tempo para início de ação superior a 4-6 horas.

- **Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) – captopril, enalapril e outros** estão proscritos na gestação por estarem associados com morte fetal e malformações fetais.

## Eclâmpsia

Em casos de ocorrência de convulsões e/ou coma na paciente com pré-eclâmpsia, **ela deve ser removida imediatamente para o hospital de referência após contato prévio**, implementando-se os cuidados preliminares.

## Plano de ação:

- Não se ater à convulsão instalada; é necessário atuar de maneira sistematizada e rápida, evitando intervenções como venoclise durante a crise.
- Solicitar ajuda adicional, se necessário.
- Manter vias aéreas pervias (evitar risco de aspiração; se necessário, aspirar secreções).
- Instalar oxigênio, sob cateter nasal ou máscara (5 litros/minuto);
- Venoclise em veia calibrosa.
- Evitar quedas e traumatismos, incluindo o bucal.
- Providenciar decúbito lateral para a paciente.
- Administrar anticonvulsivante.
- Anti-hipertensivos adequados;
- Evitar politerapia.
- Sondagem vesical de demora (testar proteinúria em fita reagente, se não existir resultado).

**Sulfato de magnésio** – é a droga anticonvulsivante de escolha, devido à sua eficácia se comparada aos outros anticonvulsivantes.

A administração dessa droga deve ser seguida por monitorização da frequência respiratória e do reflexo patelar para propiciar o diagnóstico precoce de eventuais sinais de intoxicação como apneia e parada respiratória. Esses parâmetros clínicos devem ser controlados juntamente com a diurese, que expressa o ritmo de excreção renal desse fármaco, até a transferência da gestante para o serviço hospitalar, onde deverá continuar a vigilância. A unidade deve dispor de gluconato de cálcio a 10%, antídoto do sulfato de magnésio, que

9.



deve ser aplicado por via intravenosa em bolus, se houver necessidade de tratamento agudo de efeitos colaterais.

*Mais importante do que interromper uma convulsão já iniciada é a prevenção de nova crise.*

**Esquema para uso do sulfato de magnésio** – deve-se atentar para as diferentes concentrações das apresentações existentes no mercado:

- $MgSO_4 \cdot 7H_2O$  a 50% – uma ampola = 10 ml = 5 g
- $MgSO_4 \cdot 7H_2O$  a 20% – uma ampola = 10 ml = 2 g
- $MgSO_4 \cdot 7H_2O$  a 10% – uma ampola = 10 ml = 1 g

**Dose de ataque (esquema misto EV e IM) para transferência da gestante** – administrar sulfato de magnésio 4 g (quatro ampolas a 10% ou duas ampolas a 20%), EV, lentamente, em 20 minutos. Logo após, aplicar mais 10 g de sulfato de magnésio a 50% (duas ampolas), divididas em duas aplicações, IM, uma ampola (5 g) em cada glúteo, profundamente.

• **Fenitoína:** droga eficaz para controle e prevenção de convulsões epiléticas, não é a melhor escolha para eclâmpsia.

– **esquema terapêutico:** dose de ataque – 500 mg diluídos em 200 ml de solução salina para aplicação intravenosa durante 20 minutos;

– **efeito colateral:** arritmia cardíaca, se a infusão for rápida.

• **Benzodiazepínicos:** não devem ser utilizados porque podem causar sedação prolongada, dificultando a avaliação da consciência posteriormente, com risco aumentado para aspiração, aumento da salivação e produção de secreção traqueobrônquica. Para o neonato, aumentam o risco de depressão respiratória, hipotensão e hipotermia. Entretanto, se o sulfato de magnésio de fato não estiver disponível, o uso de benzodiazepínicos pode ser cogitado como droga anticonvulsivante.

**Transferência e transporte da mulher com eclâmpsia** – o transporte adequado da mulher eclâmpica até o hospital de nível secundário ou terciário é de importância capital para sua sobrevivência. Nessa situação, a gestante deve estar sempre com:

- Vaga confirmada em centro de referência, idealmente hospital terciário. O contato prévio facilita o atendimento adequado na referência;
- Veia periférica calibrosa cateterizada (evitando-se a hiper-hidratação);
- Sonda vesical, com coletor de urina instalado;
- Pressão arterial controlada com hidralazina (5-10 mg, EV) ou nifedipina (10 mg, VO);
- Dose de ataque de sulfato de magnésio aplicada, ou seja, 4 g de sulfato de magnésio, EV, em 20 minutos; e manutenção com o esquema IM (10 g de sulfato de magnésio,

sendo aplicados 5 g em cada nádega). Esse esquema deve ser o preferido, pois produz cobertura terapêutica por 4 horas após as injeções e evita os riscos de infusão descontrolada de sulfato de magnésio durante o transporte;

• Acompanhamento obrigatório do(a) médico(a) durante sua remoção.

#### Observações importantes:

- A unidade de transporte deve ser equipada para esse fim;
- O veículo de remoção deve dispor de gluconato de cálcio a 10%;
- Deve ser preenchido relatório de encaminhamento o mais detalhado possível, indicando com morbidades e os cuidados prestados.

#### Estratégias para facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Como qualquer portador de hipertensão arterial, a gestante hipertensa, especialmente pela gravidade do impacto na mortalidade e morbidade materna e fetal, deve ser direcionada para adesão ao tratamento e consequente controle da hipertensão.

A educação em saúde é o primeiro passo a ser dado na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudanças de hábitos e estilo de vida. Porém, isso não é tarefa fácil diante de vários fatores que influenciam o comportamento e determinam as mudanças necessárias para o controle efetivo da doença.

O conhecimento da doença e do seu tratamento, apesar de ser o primeiro passo, não implica necessariamente adesão, pois requer mudanças de comportamentos que, muitas vezes, só são conseguidas a médio ou longo prazo.

Toda atividade educacional deve estar voltada para o autocuidado. O trabalho em grupos de pacientes e equipe de saúde é útil por propiciar troca de informações, favorecer esclarecimentos de dúvidas e atenuar ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes.

#### Considerações gerais

É importante, ao atender uma paciente com instalação muito precoce de pré-eclâmpsia, ou na oportunidade de aconselhamento pré-concepcional, considerar a pesquisa da síndrome do anticorpo antifosfolípideo, deficiência de proteína S, resistência à proteína C ativada (fator V de Leiden), hiper-homocisteinemia ou outras doenças tromboembólicas.

A paciente necessitará de atenção esmerada também ao seu puerpério, avaliando-se possíveis danos em órgãos-alvos e a otimização do uso de anti-hipertensivos, possibilitan-

9.



9.





do o seguimento desses casos e o apoio para a suspensão de drogas anti-hipertensivas eventualmente em uso.

### Tratamento da hipertensão arterial durante a lactação

Mães hipertensas podem amamentar normalmente com segurança, desde que se tenham cuidados e condutas especiais. Todavia, as drogas anti-hipertensivas estudadas são excretadas pelo leite humano; sendo assim, mulheres hipertensas e que desejem amamentar por alguns meses podem suspender a medicação anti-hipertensiva com cuidadoso monitoramento da pressão arterial e reinstaurar a medicação logo que suspender o período de amamentação.

Nenhum efeito adverso de curto prazo foi descrito quanto à exposição a metildopa, hidralazina, propranolol e labetalol, que são os preferidos se houver indicação de betabloqueadores. Diuréticos podem reduzir o volume de leite ou até suprimir a lactação.

A mãe hipertensa que amamenta e a criança amamentada no peito devem ser monitoradas para prevenir potenciais efeitos adversos.

9.

### Hipertensão recorrente

A hipertensão ocorre em larga proporção (20% a 50%) nas gestações subsequentes. Os fatores de risco são:

- Aparecimento de hipertensão arterial logo na primeira gestação.
- História de hipertensão arterial crônica.
- Hipertensão persistente 5 semanas pós-parto.
- Elevação precoce da pressão na gravidez.

Mulheres que tiveram pré-eclâmpsia têm maior tendência a desenvolver hipertensão arterial do que as que tiveram gestação como normotensas.

### 9.5 – DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO (DMG)

**Conceito:** o diabetes mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção do endotélio.

134

Os sintomas decorrentes de hiperglicemia acentuada incluem perda inexplicada de peso, poliúria, polidipsia, polifagia e infecções.

A associação entre diabetes e gravidez deve ser enfrentada como um relevante desafio de saúde pública, que exige de todos os profissionais envolvidos no atendimento pré-natal a capacitação adequada para atuar de forma sistematizada, reconhecendo essa endocrinopatia o mais precocemente possível e não adiando intervenções necessárias.

As consequências do diabetes mellitus a longo prazo decorrem de alterações micro e macrovasculares que levam à disfunção, dano ou falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Sabe-se que a retinopatia diabética pode ser agravada pela gestação e que a nefropatia diabética é uma das principais causas de insuficiência renal crônica. A cetodiose diabética, embora pouco frequente, constitui causa de morte materna.

Para a mãe, dados da literatura indicam que as gestantes diabéticas apresentarão maior prevalência de pré-eclâmpsia, maior ganho ponderal, infecções do trato urinário, vulvovaginites, infecção puerperal e óbito.

A hipertensão arterial crônica é uma complicação frequente em mulheres diabéticas. Em pacientes com diabetes tipo 1 (definida a seguir), a HAC geralmente é decorrente de nefropatia prévia. Em diabéticas tipo 2, associa-se frequentemente com obesidade e hiperlipidemia, integrando a síndrome plurimetabólica.

A associação frequente entre DM e obesidade deve alertar a equipe para valorizar a avaliação do estado nutricional (ver Capítulo 6, Item 6.2), considerando que a obesidade apresenta tendência atual para aumentar sua incidência em nossa população, com seus danos relacionados.

**Para o embrião/feto, os problemas descritos incluem:**

- Abortamento;
- Polidrâmnio;
- Macrosomia e recém-nascido grande para a idade gestacional, que pode complicar (distócia de ombro, toco-traumatismo) ou inviabilizar a parturição via vaginal;
- Anomalias congênitas, mais frequentemente as cardíacas (defeitos do septo ventricular, transposição dos grandes vasos e persistência do canal arterial), anomalias do sistema nervoso central, gastrointestinal, geniturinário e musculoesquelético;
- Restrição do crescimento fetal, que pode complicar gestações em mulheres diabéticas com vasculopatias;
- Óbito fetal, relacionado frequentemente à falta de triagem materna para o diabetes, demora para o diagnóstico e adoção tardia de cuidados.

9.

135

O recém-nascido de mãe diabética frequentemente também apresenta complicações como:

- Hipoglicemia, policitemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia;
- Prematuridade espontânea, relacionada com o mau controle glicêmico, que provoca maiores incidências de polidrâmnio, macrosomias e infecções, principalmente do trato urinário; e prematuridade eletiva, relacionada à melhora do prognóstico materno e/ou fetal;
- Síndrome do desconforto respiratório, mais frequente em recém-nascido de gestantes com controle irregular de sua glicemia;
- Mortalidade perinatal.

A gestação constitui um momento oportuno para o rastreamento do diabetes e pode representar a grande chance de detecção de alterações da tolerância à glicose na vida de uma mulher. Os efeitos adversos para a mãe e para o concepto podem ser prevenidos ou atenuados com orientação alimentar e atividade física e, quando necessário, uso específico de insulina.

É importante proporcionar o controle glicêmico mais adequado, pois esse cuidado melhora o prognóstico materno e fetal. O aconselhamento pré-concepcional (ver Capítulo 3) tem um papel marcante na prevenção de complicações, pois nesse momento a mulher é orientada sobre sua condição, objetivando sua participação ativa em terapias eventualmente instituídas e priorizando-se que engravide quando for alcançado um controle metabólico o mais euglicêmico possível.

A gestante diabética deve receber cuidados em ampla perspectiva, pois as complicações da associação entre diabetes e gravidez podem surgir a curto prazo na vida neonatal, mas existem estudos científicos que indicam que, a longo prazo, as crianças nascidas de mães diabéticas apresentam maior frequência de obesidade na infância. Na vida adulta, além de obesidade, apresentam maior risco para a instalação de diabetes tipo 2, com a chance potencial de complicações cardiovasculares.

#### Classificação etiológica

- **Diabetes tipo 1 (ex-diabetes juvenil):** cerca de 10% dos casos. O termo tipo 1 indica destruição de células beta que pode levar ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando sua administração é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.
- **Diabetes tipo 2 (ex-diabetes do adulto):** cerca de 90% dos casos. O termo tipo 2 designa deficiência relativa de insulina. Nesses casos, a administração de insulina não visa evitar cetoacidose, mas sim controlar o quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara

9.



136

e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito graves. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura.

- **Diabetes gestacional:** é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, que geralmente desaparece no período pós-parto, mas pode retornar anos depois. Essa condição metabólica tem diagnóstico controverso. É importante considerar que, segundo critérios da OMS, a incidência de diabetes gestacional no Brasil alcança cifras de 7,9%, representando, assim, uma complicação consideravelmente frequente, que requer atenção dos profissionais que atendem gestantes.

#### Estágios de desenvolvimento do diabetes

É reconhecido que o diabetes passa por estágios em seu desenvolvimento. É importante perceber que os vários tipos de diabetes podem progredir para estágios avançados da doença, em que o uso de insulina para o controle glicêmico é necessário. Além disso, antes de o diabetes ser diagnosticado, já é possível observar alterações na regulação glicêmica (tolerância à glicose diminuída e glicemia de jejum alterada), e o seu reconhecimento precoce permite a orientação de intervenções preventivas.

#### Principais fatores de risco do diabetes mellitus gestacional:

- História prévia de diabetes gestacional.
- Diabetes na família com parentesco em 1º grau.
- Baixa estatura (< 1,50 m).
- Idade superior a 35 anos.
- Obesidade ou grande aumento de peso durante a gestação.
- Síndrome do ovário policístico e outras patologias que levam ao hiperinsulinismo.
- Uso de drogas hiperglicemiantes: corticoides, diuréticos tiazídicos.
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, malformação fetal, polidrâmnio, macrosomia ou diabetes gestacional.
- Hipertensão arterial crônica ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, crescimento fetal excessivo e polidrâmnio.

#### Rastreamento e diagnóstico do diabetes gestacional

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os "4 Ps"). Outros sintomas que levam a uma 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.

9.



137

Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, ocorrendo a suspeita clínica a partir de fatores de risco. É de fundamental importância detectar precocemente níveis elevados de glicose no sangue no período gestacional.

Os testes laboratoriais mais comumente utilizados para suspeita de diabetes ou regulação glicêmica alterada são:

- **Glicemia de jejum (GJ)** – nível de glicose sanguínea após jejum de 8 a 12 horas.
- **Teste oral de tolerância à glicose (TOTG-75 g)** – a paciente recebe uma carga de 75 g de glicose anidra em 250-300 ml de água, após um período de jejum entre 8 e 14 horas; a glicemia é medida antes, com 60 minutos e 120 minutos após a ingestão.

A dosagem da glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para o DMG, independentemente da presença de fatores de risco. O resultado deve ser interpretado segundo o esquema a seguir. Se a gestante está no 1º trimestre, a glicemia de jejum auxilia a detectar alterações prévias da tolerância à glicose.

- A GJ com valor maior ou igual a 85 mg/dL, ou a presença de fator de risco para DMG, indica a realização de TOTG 75 g (2h).
- Assim que possível, se esse exame resultar em valores normais, ou pelo menos um alterado, indicar repetição com 28 semanas de idade gestacional.
- Nos casos com glicemia de jejum menor que 85 mg/dL, repetir apenas GJ na 28ª semana.

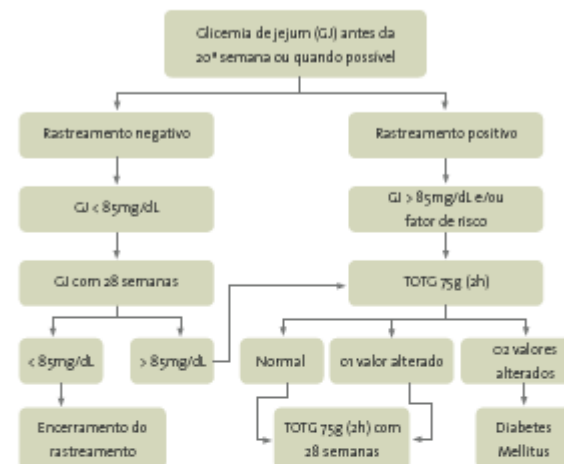
Considera-se diabetes quando duas glicemias de jejum apresentarem valor maior ou igual a 126 mg/dL, ou dois valores estiverem alterados no TOTG 75 g (2h).

Quadro 9.1 – Critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes

Duas Glicemias de jejum > 126 mg/dL ou
Dois valores alterados no teste de tolerância oral à glicose
Valores-limite para o teste de tolerância à glicose 75 g
Jejum → 95 mg/dL
1 Hora → 180 mg/dL
2 horas → 155 mg/dL

O fluxograma da Figura 9.1 demonstra rastreamento sugerido.

Figura 9.1 – Fluxograma para rastreamento do diabetes na gravidez



Em caso de suspeita clínica, o profissional deve considerar prosseguir a investigação de diabetes, solicitando o TOTG 75 g (2h), se necessário.

#### Conduta inicial para o diabetes durante a gestação

Feito o diagnóstico de diabetes, a mulher deve ser encaminhada a uma unidade de referência para gestação de alto risco, para acompanhamento do pré-natal. Alguns exames laboratoriais complementares podem ser úteis para a avaliação do diabetes durante a gestação. Se possível, eles já podem ser solicitados na unidade básica, para evitar demoras na avaliação especializada posterior.

- Creatinina sérica e clearance de creatinina.
- TSH.



- Urina tipo I (para verificar infecção urinária, proteinúria, corpos cetônicos, glicosúria) e urocultura.
- Proteinúria de 24 horas ou microalbuminúria.
- Ultrassonografia obstétrica no 1º trimestre, para determinação da idade gestacional; e ultrassonografia morfológica, entre 16-20 semanas, para rastrear malformações fetais. Quando houver suspeita de malformação cardíaca, complementar com ecocardiografia fetal.

A hemoglobina glicada e as tiras reagentes para glicemia não são utilizadas para o diagnóstico de diabetes, mas sim para o monitoramento do controle glicêmico.

**A mulher portadora de diabetes mellitus pode ter gestação normal e ter fetos saudáveis, desde que sejam tomadas as seguintes precauções:**

- Planejar a gravidez pela importância da 7ª e 8ª semanas da concepção, quando ocorre a formação embrionária de vários órgãos essenciais do feto;
- Controlar rigorosamente o nível de glicose no sangue antes da gestação (nesse caso, a hemoglobina glicada tem uma importância reconhecida);
- Detectar precocemente os fatores de risco, evitando suas complicações;
- Adotar, de forma sistemática, hábitos de vida saudáveis (alimentação balanceada e controlada, prática de atividades físicas regulares);
- Consultar regularmente o médico para adequar a dosagem de insulina, já que ela é variável durante o período gestacional (menor quantidade no início, com tendência a aumentar no decorrer da gestação).

É fundamental manter controle metabólico adequado o que pode ser obtido com terapia nutricional (que deve estar baseada nos mesmos princípios de uma alimentação saudável), aumento da atividade física, suspensão do fumo, associados ou não à insulino-terapia. Essas orientações nutricionais iniciais podem ser dadas já pelo profissional de saúde da unidade básica, enquanto se providencia a transferência da gestante para uma unidade de alto risco. Os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação, devido ao risco aumentado de anomalias fetais.

A insulina deve ser mantida para todas as pacientes que já faziam uso dela, assim como deve ser iniciada para diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes, ou para diabéticas gestacionais que não obtiveram controle satisfatório com dieta e exercícios físicos. Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia. O monitoramento da glicemia em casa, com fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado, é o método ideal de controle.

As gestantes com diagnóstico de diabetes devem ser sempre acompanhadas conjuntamente pela equipe de atenção básica e pela equipe do pré-natal de alto risco. Considerando que pelo menos a metade do grupo de mulheres que tiveram diabetes mellitus gestacional torna-se diabética em um período de 5 anos após o parto, é importante se rastrear no pós-parto as mulheres que terão confirmação de DM, aquelas que exibirão algum grau de intolerância a carboidratos e as que apresentarão resultados normais, no intuito de se proceder à orientação nutricional e à adoção de estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercícios e o controle de peso corporal.

Essa avaliação é feita por meio da realização de teste de sobrecarga de 75 gramas, 6 semanas após o parto, época na qual o metabolismo apresenta a condição prévia da gestação. As mulheres que apresentarem resultados normais ou intolerantes ao teste de sobrecarga devem ser aconselhadas a repetir anualmente essa pesquisa, pelo risco considerável de se tornarem diabéticas.

## 9.6 – HEPATITE B

A infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) é transmitida por via sexual, transfusões de sangue anteriores à triagem sorológica em bancos de sangue (instituída em 1975 pela Resolução da Comissão Nacional de Hemoterapia I e mantida sucessivamente até a RDC nº 153, de 2004), contato com sangue contaminado e pela transmissão vertical. A taxa de transmissão vertical é de 70 a 90% em mulheres reagentes ao HBsAg e ao HBeAg (indicativo de replicação viral) e de 10 a 40% nas HBsAg reagentes, mas HBeAg não reagentes. Setenta a 90% dos recém-nascidos filhos de mãe portadora do VHB e contaminados desenvolvem a forma crônica da doença e podem, no futuro, apresentar suas complicações, tais como cirrose e carcinoma hepatocelular.

Com o objetivo de prevenir a transmissão vertical da hepatite B, recomenda-se triagem sorológica durante o pré-natal, por meio do HBsAg – antígeno de superfície do VHB. O resultado deve orientar a decisão sobre imunoprofilaxia para o recém-nascido e também conduta clínica com a gestante.

Caso se detecte a presença de HBsAg na gestante, deve-se contatar a maternidade onde será realizado o parto para que planejem a disponibilidade de imunoglobulina hiperimune para hepatite B, a ser administrada nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido e no máximo até o 7º dia após o nascimento (disponível nos CRIE - Centro de Imunobiológicos Especiais), além da imunização ativa através da vacina contra hepatite B. A criança deve receber doses subsequentes da vacina, com 1 e 6 meses, conforme esquema básico de vacinação. Nessa situação específica é necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs (anticorpo contra o HBsAg) na criança, de 1 a 3 meses após a terceira dose da vacina.



A Resolução SS-39, de 22 de março de 2005, torna obrigatória a vacinação contra hepatite B de todos os nascidos vivos no Estado de São Paulo, preferentemente nas primeiras 12 horas e até 24 horas de vida nas maternidades.

Com relação à amamentação, apesar de o vírus da hepatite B poder ser encontrado no leite materno, o aleitamento em crianças filhas de mães portadoras do VHB está indicado logo após a aplicação da primeira dose do esquema vacinal e da imunoglobulina humana anti-hepatite B.

### 9.7 – TOXOPLASMOSE

A toxoplasmose, causada pelo *Toxoplasma gondii* (TG), adquire especial relevância quando infecta gestantes, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre as consequências da infecção aguda materna incluem-se a restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita (microftalmia, lesões oculares, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcificações cerebrais).

#### Diagnóstico

O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes suscetíveis, que devem ser orientadas sobre adoção de medidas preventivas para infecção aguda por meio de cuidados higienodietéticos. Outro aspecto relevante é a detecção precoce da infecção materna (soroconversão), visando iniciar terapia para prevenir a transmissão fetal e orientar confirmação de infecção intraútero o mais rápido possível. Embora não exista consenso sobre o real benefício do rastreamento universal para toxoplasmose na gravidez, recomenda-se a realização da triagem sorológica independentemente de sintomas, se a gestante não tiver confirmação de infecção prévia. Nas gestantes soronegativas no início do pré-natal, o seguimento com repetição da sorologia (IgG) no 2º e no 3º trimestre poderá confirmar a soroconversão.

A maioria dos casos de toxoplasmose aguda na gestante pode acontecer sem sintomas ou com sintomas inespecíficos. Essa característica clínica respalda a decisão de se realizar triagem sorológica para detectar os casos que soroconverteram, com infecção recente, que representam maior risco de infecção congênita. Assim, recomenda-se, para todas as gestantes, a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM (Elisa ou imunofluorescência) na primeira consulta de pré-natal, visto que o diagnóstico é eminentemente laboratorial.

Quadro 9.2 – Interpretação de resultados dos exames de IgG e IgM para toxoplasmose

IgG	IgM	Interpretação
Reagente	Não reagente	Gestante com infecção prévia ou toxoplasmose crônica
Reagente	Reagente	Gestante com infecção recente ou toxoplasmose aguda – confirmar com teste de avidez de IgG
Não reagente	Reagente	Gestante com infecção recente ou toxoplasmose aguda
Não reagente	Não reagente	Gestante suscetível (nunca foi infectada)

Se a gestante é proveniente de região de alta endemicidade, ela deverá ter rastreamento, com pesquisa de anticorpos IgM e IgG a cada trimestre, para detectar possível soroconversão (infecção aguda) durante a gravidez. Na vigência de viragem sorológica (ou seja, aparecimento de anticorpos IgG ou IgM), deve-se repetir o exame na mesma amostra de sangue em laboratório ou kit de referência padronizado, idealmente no mesmo laboratório anterior.

Na soroconversão confirmada, diagnostica-se infecção aguda materna e deve-se iniciar imediatamente o uso de espiramicina na dose de 1g ou 3.000.000 UI (cada comprimido = 500 mg ou 1.500.000 UI) de 8 em 8 horas, até o final da gestação.

Se no primeiro exame solicitado detectam-se anticorpos IgM, deve-se coletar amostra para teste de avidez de IgG o mais rápido possível. Como os testes de triagem automatizados geram muitas amostras com IgM duvidosa ou positiva que não representam infecção recente, sugere-se aguardar o resultado do teste de avidez para iniciar espiramicina. Se o teste de avidez for de difícil acesso, pode-se optar por iniciar espiramicina ainda na unidade básica, sabendo-se que mais de 90% dessas situações não se confirmam como infecção recente.

Além da situação em que houve soroconversão, a infecção recente também se confirma quando a avidez da IgG para toxoplasmose for baixa (<30%). Entretanto, essa baixa avidez permanece, na maioria dos casos, até 12-16 semanas. Portanto, será de grande auxílio se colhida antes das 16 semanas. Nos casos de infecção materna recente confirmada, quando o risco de toxoplasmose congênita é elevado, encaminhar à referência para acompanhamento e pesquisa de infecção fetal.

Se avidez intermediária (30-60%), deve-se repetir teste em 2 semanas. Na presença de alta avidez (> 60%), deve-se considerar como infecção antiga e continuar o seguimento pré-natal normal.

Na presença de anticorpos IgG positivos e IgM negativos, considera-se a gestante provavelmente imune. Recomenda-se continuar seguimento pré-natal normal.

9.



9.

9.



9.

## Diagnóstico de infecção fetal

Na presença de infecção aguda materna, deverá ser investigada a possibilidade de infecção fetal através da pesquisa do microorganismo no líquido amniótico. O melhor exame isolado para esse diagnóstico é a reação da polimerase em cadeia (PCR) no líquido amniótico, que pode ser realizado a partir da 16ª semana de gestação. O exame ecográfico diagnóstica as complicações graves e tardias da infecção congênita, como hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite fetal e alterações de ecotextura hepática e esplênica.

Se o feto estiver acometido, instituir o tratamento triplíce materno:

- Pirimetamina, 25 mg, de 12 em 12 horas, por via oral.
- Sulfadiazina, 3 g/dia, via oral, divididos em duas tomadas.
- Ácido fólico, 5 mg/dia, para prevenção de pancitopenia e aplasia medular causada pela sulfadiazina.

O tratamento triplíce deve ser alternado com espiramicina por um período de 3 semanas, até o termo. Interromper o uso de sulfadiazina 2 semanas antes do parto, ou por volta de 34 semanas.

Recomenda-se controle oftalmológico periódico pós-tratamento da mãe para detecção precoce de lesão ocular, assim como do recém-nascido, e acompanhamento da criança por infetopediatria, para detecção precoce de possíveis complicações.

## Formas de prevenção primária:

- Não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas.
- Lavar as mãos ao manipular alimentos.
- Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos, assim como toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados.
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar.
- Usar luvas e lavar bem as mãos após contato com o solo e terra de jardim.
- Evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo.
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra.
- Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos; caso não seja possível, limpá-la e trocá-la diariamente, utilizando luvas e puzinha.
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que estes liguem sua caça.
- Lavar bem as mãos após contato com os animais.

## 9.8 – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

A infecção do trato urinário é comum em mulheres jovens e representa a complicação clínica mais frequente na gestação. De 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, com 25 a 35% desenvolvendo pielonefrite aguda. A gestação ocasiona modificações, algumas delas mediadas por hormônios que favorecem as ITU: estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções. Os microorganismos 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, e as infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites), ou ainda o trato superior (pielonefrite).

Como medida genérica para toda grávida que apresentar qualquer sintoma ou infecção comprovada do trato urinário, a ingestão de grande quantidade de líquidos deve ser recomendada. Como essa medida parece inclusive prevenir a infecção, durante a gestação toda mulher deve ser orientada a ingerir líquidos e a não postergar a micção.

## 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, 25% das mulheres desenvolverão sintomas e progressão para pielonefrite. Outras complicações são trabalho de parto prematuro (TPP), anemia e restrição do crescimento fetal. O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, na maior parte das vezes, o sedimento urinário é normal.

Diferentemente de outras situações clínicas, a bacteriúria assintomática durante a gravidez deve ser tratada. O tratamento pode ser realizado, preferencialmente guiado pela susceptibilidade no antibiograma, com um dos esquemas terapêuticos apresentados no **Quadro 9.3**.

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura 7 dias após seu término.



Quadro 9.3 – Tratamento de Infecção do trato urinário				
Antibiótico	Dose/dia	Via de administração	Apresentação por drágea/comprimido	Posologia/tempo de tratamento
Cefalosporina de 1ª geração (cefalexina)	2 g/dia	Via oral	500 mg	Uma drágea de 6/6h, por 7 a 10 dias.
Nitrofurantoina	400 mg/dia	Via oral	100 mg	Um comprimido de 6/6h, por 7 a 10 dias.
Amoxicilina	1,5 g/dia	Via oral	500 mg	Um comprimido de 8/8 h, por 7 a 10 dias.
Ampicilina	2 g/dia	Via oral	500 mg	Uma drágea de 6/6h, por 7 a 10 dias.

9.



### Cistite

É caracterizada pela presença de sintomas clínicos evidentes, como disúria, polaciúria e urgência urinária. A análise do sedimento urinário evidencia, geralmente, leucocitúria e hematúria franca, além do grande número de bactérias. O tratamento pode ser realizado com as mesmas opções da bacteriúria, sendo iniciado mesmo antes do resultado da urocultura, já que as pacientes são sintomáticas.

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura 7 dias após o seu término.

Na presença de duas infecções do trato urinário baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoina 100 mg/dia, até o final da gestação, e realizar urocultura de controle a cada 6 semanas.

### Pielonefrite aguda

É uma das complicações mais comuns e mais sérias durante a gestação, ocorrendo em 1% a 2% das gestantes. Clinicamente, a sintomatologia é evidente, com febre alta, calafrios e dor na loja renal (sinal de Giordano), além da referência progressiva de sintomas de infecção urinária baixa. A presença de náuseas e vômitos, além de taquicardia, dispnéia e hipotensão, pode sugerir evolução para quadro séptico. O tratamento inicial deve ser hospitalar.

146

Na suspeita de pielonefrite, a gestante deve ser encaminhada para o hospital de referência. A pielonefrite aguda durante a gravidez é uma complicação séria que não pode ser subestimada. Atualmente é responsável por uma parcela importante de morbidade grave e até mesmo mortalidade materna.

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura 7 dias após o término da antibioterapia.

Após o tratamento de pielonefrite, a mulher deve ingerir nitrofurantoina 100 mg/dia até o final da gestação.

### 9.9 – SÍFILIS

Doença infecciosa de caráter sistêmico e de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência, causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual ou materno-fetal (vertical). A doença na mulher, na fase primária (cancro duro), passa com frequência despercebida, o que difere da apresentação no homem. Seguem-se períodos de latência e reativações cíclicas na fase secundária, com variadas manifestações (lesões cutâneo-mucosas não ulceradas, condiloma plano), ainda no primeiro ano pós-infecção, o que é compatível com a doença recente. Após o primeiro ano, torna-se assintomática para, muitos anos depois, poder retornar na forma terciária (tubérculos ou gomas, tabes dorsalis, aneurisma aórtico, artropatia de Charcot) ou permanecer na forma latente. Diferentemente de outras infecções, não se desenvolve imunidade ao *treponema* e, portanto, múltiplas infecções podem ocorrer na mulher.

A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória. É considerada como evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, sua relativa simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico.

A sífilis na gestação, também de notificação compulsória, requer intervenção imediata, para que se reduza o risco de resposta imunológica ao *treponema* no feto, o que causa muitas das alterações observadas na doença congênita. Quanto mais recente for a infecção materna, maior a carga de *treponemas* circulantes e mais grave e frequente será o comprometimento fetal, que pode ocorrer em 70% a 100% dos casos. As manifestações clínicas podem variar do abortamento precoce, recém-nascidos sintomáticos extremamente graves e mesmo natimorto. Entretanto, o nascimento de crianças assintomáticas é o quadro mais comum.

Deve-se realizar triagem rotineira das gestantes (VDRL ou RPR) duas vezes na gestação (início do pré-natal e entre 28-30 semanas) e no momento da internação hospitalar, seja para parto, seja para curetagem uterina pós-abortamento, segundo a Portaria GM/MS nº 706/2004. Se VDRL reagente, o laboratório deve realizar exame treponêmico (TPHA ou FTAb) na mesma

9.



147

amostra, emitindo resultado de ambos os testes concomitantemente, para dar respaldo à melhor decisão clínica, conforme consta na Nota técnica 04/2007 – No 238 – DCE 19/12/07. Retificação No 5 - DCE 09/01/08. A repetição do VDRL (teste não-treponêmico) reagente, confirmado pelo teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) positivo, no início do 3º 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. Para o controle de cura, indica-se a realização do VDRL após 30 dias do término do tratamento. E, quando o teste (VDRL) é feito durante a internação para o parto, além de interromper a evolução da infecção e suas sequelas irreversíveis, possibilita o tratamento precoce da criança.

Sífilis	Tempo de evolução	Fase
Aquirida recente	< 1 ano	primária, secundária e latente recente
Aquirida tardia	> 1 ano	latente tardia e terciária
Congênita recente		diagnóstico até o 2º ano de vida
Congênita tardia		diagnóstico após o 2º ano de vida

O diagnóstico sorológico é realizado pelo VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e FTA-Abs (Fluorescent Treponema Antigen Absorbent), TPHA ou M-HATp (Micro-hemaglutinação para *Treponema pallidum*) ou Elisa.

O VDRL, teste diagnóstico mais utilizado, torna-se reativo a partir da 2ª semana depois do aparecimento do cancro (sífilis primária) e, em geral, está mais elevado na fase secundária da doença. Os títulos tendem a decrescer gradativamente até a negatificação com a instituição do tratamento a partir do 1º ano de evolução da doença, podendo permanecer baixos por longos períodos.

#### Conduta diante dos resultados:

- **VDRL reagente (qualquer titulação) e FTA-abs ou TPHA negativo** – deve-se investigar colagenoses ou outra possibilidade de reação cruzada; na dúvida diagnóstica, realizar novo VDRL e, se este apresentar elevação na titulação, a gestante e seu parceiro sexual devem ser imediatamente tratados.
- **VDRL reagente (qualquer título) e FTA-Abs ou TPHA positivo** – investigar história e antecedentes. Se a história for ignorada, gestante e parceiro devem ser imediatamente tratados. Nos casos em que o VDRL apresentar títulos baixos (<1/8), a história for conhecida e o tratamento adequado, considerar como cicatriz sorológica ou memória imunológica; mas, com VDRL apresentando elevação na titulação, considerar a possibilidade de uma reinfeção ou falha terapêutica (o VDRL é o teste indicado para avaliação de cura).

- **VDRL reagente (qualquer titulação) e teste treponêmico não disponível** – se a história for ignorada, considerar como sífilis latente de duração indeterminada e efetuar o tratamento da gestante e do parceiro sexual com seguimento sorológico.

#### Seguimento e controle de cura

Nas gestantes, o VDRL de seguimento deve ser realizado mensalmente e a duração da gestação pode não ser suficiente para a negatificação.

**Cura sorológica – queda dos títulos no VDRL:** duas diluições ou diminuição de quatro vezes os títulos; por exemplo, de 1/8 para 1/2 ou 1/28 para 1/32.

#### Tratamento da gestante:

- **Sífilis primária** – penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhões, IM, em cada glúteo).
- **Sífilis secundária e latente recente (menos de 1 ano de evolução)** – penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões UI.
- **Sífilis latente tardia, terciária ou evolução com tempo indeterminado ou desconhecido** – penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.

#### Recomendações:

- O parceiro sexual deve sempre ser testado e tratado, se necessário.
- As gestantes tratadas, para o controle de cura, requerem seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação. Deverão ser novamente tratadas, mesmo na ausência de sintomas, se não houver resposta ou se houver aumento de, pelo menos, duas diluições em relação ao último título de VDRL (por exemplo, de 1/2 para 1/8).
- As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para ambiente hospitalar para a dessensibilização conforme o Manual: Testes de Sensibilidade à Penicilina, do Ministério da Saúde (Brasil, 1999). Na impossibilidade, deve ser administrada a eritromicina na forma de estearato, 500 mg, VO, de 6 em 6 horas por 15 dias, para sífilis recente, e por 30 dias, para sífilis tardia. O uso dessa droga exige estreita vigilância, pela menor eficácia, e o feto não deve ser considerado como tratado, sendo necessário o registro dessa informação no cartão da gestante.
- Portadoras de HIV podem ter a história natural da sífilis modificada, desenvolvendo neurosífilis mais precoce e facilmente. Nesses casos, está indicada a punção lombar para que se possa definir o esquema terapêutico mais apropriado. Esse é mais um motivo pelo qual toda gestante soropositiva para HIV deve ser encaminhada

para acompanhamento pré-natal em centro de referência para DST/Aids. Quando não for possível a realização da punção lombar, deve ser instituído tratamento para neurosífilis.

- Notificar a sífilis materna e a forma congênita (obrigatória) em fichas de notificação próprias do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). A responsabilidade pela notificação é de toda a equipe.
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Lembrar que todo portador, principalmente de DST em forma de lesão ulcerada, tem cerca de 18 vezes mais chance de também ser portador do HIV (Wasserheit, 1992). Caso a infecção pelo HIV tenha sido adquirida durante o transcorrer da gestação e a sorologia se mostrar negativa, repetir após 2 meses, pela possibilidade de janela imunológica.
- Orientar sobre o sexo seguro, com uso de preservativo (masculino ou feminino), em todas as relações sexuais.

### 9.10 – INFECÇÃO POR HIV

O diagnóstico durante a gestação, ou ainda no momento do trabalho de parto, com instituição de medidas apropriadas, pode reduzir significativamente a transmissão vertical (da mãe para o filho). O teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal e repetido entre 28-30 semanas, sempre que possível, para todas as gestantes, de acordo com as recomendações descritas no **Capítulo 7, Item 7.7**. Se não for realizada triagem a tempo, ou se houver outro questionamento diagnóstico, deve ser utilizado teste rápido na admissão à maternidade.

#### Condutas diante do diagnóstico de infecção por HIV na gestação:

- Encaminhar a gestante para unidade de referência.
- Prestar o suporte psicológico necessário, informar sobre a redução importante da transmissão vertical com uso de terapia antirretroviral múltipla (TARV), com necessidade de acompanhamento médico especializado em serviço de referência durante toda a gestação.
- Discutir a necessidade da testagem do parceiro e do uso de preservativo (masculino ou feminino) nas relações sexuais.
- Continuar o acompanhamento da gestante encaminhada, com atenção para a adesão às recomendações/prescrições.

Para mais informações, consultar o documento de consenso vigente, do Ministério da Saúde, **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**.

### 9.11 – OUTRAS DST

As DST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional. Atenção especial deve ser dirigida ao parceiro sexual, para tratamento imediato ou encaminhamento para serviço especializado sempre que houver indicação. As DST podem ser agrupadas em síndromes, como apresentadas a seguir.

#### A) Síndrome de úlcera genital

Presença de lesão ulcerada em região anogenital, de causa não traumática, única ou múltipla, podendo ser precedida por lesões vesiculosas. As causas mais comuns são, à exceção da sífilis primária, o cancro mole e o herpes genital.

**Tratamento:** a gestante deve ser tratada sindromicamente, seguindo os fluxogramas validados pelo PN-DST/Aids – Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2006, 4ª edição.

Figura 9.2 – Fluxograma de condutas para 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 a soroprevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente a sífilis e cancro mole.

• **Sífilis:** ver item 9.9.

• **Herpes:** o tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, deve ser feito nos casos de primoinfecção ou em recorrências, para reduzir a duração do episódio – aciclovir 400 mg, VO, de 8 em 8 horas, durante 7 a 10 dias. Também se indica supressão viral para reduzir a transmissão do vírus no momento do parto, prescrevendo-se aciclovir 400 mg, VO, de 8 em 8 horas, a partir da 36ª semana até o parto. Indica-se cesariana apenas se houver lesões ativas no momento do parto, ou se tiver tido lesão ativa há menos de 7 dias.

• **Cancro mole:** produz úlceras em espelho, dolorosas, diferentemente das úlceras da sífilis. Trata-se com estearato de eritromicina, 500 mg, VO, de 6 em 6 horas, por 7 dias, ou ceftriaxona, 250 mg, IM, dose única.

## B) Síndrome de corrimento vaginal

Corrimento de cor branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual, que pode ocorrer durante a gestação. As causas mais comuns são a candidíase, a tricomoníase e a vaginose bacteriana. Apenas a tricomoníase é considerada de transmissão sexual.

Figura 9.3 – Fluxograma de condutas para corrimento vaginal, sem microscopia.

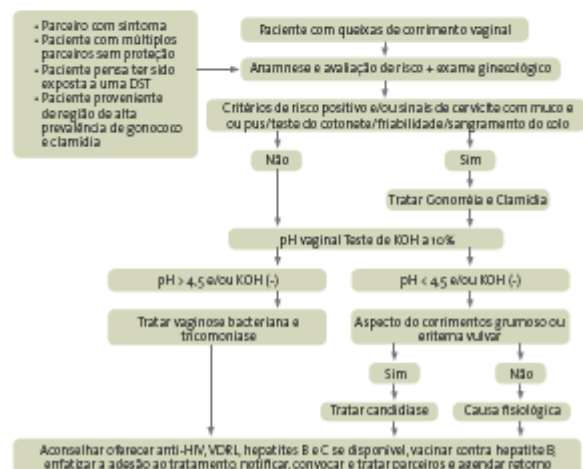
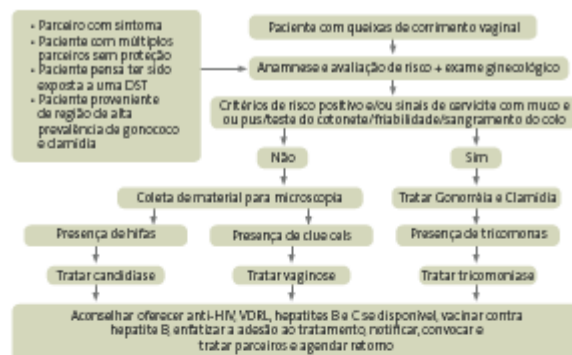


Figura 9.4 – Fluxograma de condutas para corrimento vaginal, com microscopia.



**Tratamento:** qualquer um dos tratamentos tópicos pode ser usado para candidíase em gestantes, dando-se preferência aos derivados imidazólicos como o miconazol, o isconazol, o tioconazol e o clotrimazol, por um período de 7 dias. Não deve ser usado nenhum tratamento sistêmico. Para vaginose bacteriana e/ou tricomoníase, está indicado o uso de metronidazol 2 g, VO, dose única; ou 250 mg, 3 vezes ao dia, VO, durante 7 dias; ou metronidazol 400 mg, de 12 em 12 horas, VO, por 7 dias. Nos casos de tricomoníase, o parceiro também deve ser tratado.

## C) Síndrome de corrimento cervical

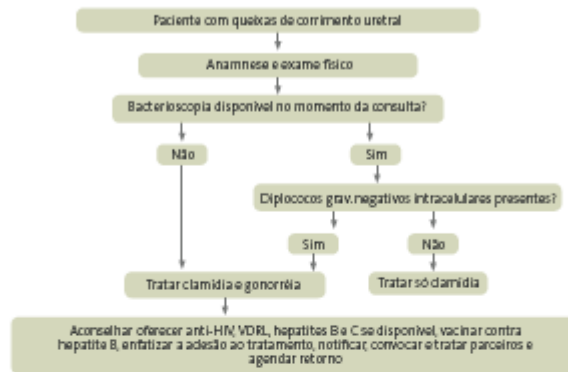
Caracteriza-se pela presença de corrimento mucopurulento proveniente do orifício externo do colo do útero, acompanhado ou não por hiperemia, ectopia ou colpíte. As causas mais comuns são infecção por gonococo e clamídia. A síndrome de corrimento cervical está contemplada no fluxograma do corrimento vaginal.

Tratamento da gestante: deve ser feito com azitromidina 1 g, VO, dose única; eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6 em 6 horas, por 7 dias; ou amoxicilina 500 mg, VO, de 8 em 8 horas, por 7 dias; ou associado a cefixima 400 mg, VO, dose única; ou ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou espectinomidina 2 g, IM, dose única.

#### D) Síndrome do corrimento uretral

Presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento.

Figura 9.5 – Fluxograma de condutas para corrimento uretral



**Tratamento:** para clamídia e gonococo, como proposto para corrimento cervical.

Terapêutica para agentes menos frequentes de corrimentos uretrais

Entromicina (estearato) 500 mg VO, 6/6 HORAS POR 7 (sete) DIAS	+	Metronidazol 2g VO, dose única
--	---	--------------------------------

#### E) Condiloma acuminado

Caracteriza-se por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, perineo e região perianal, causadas pelo vírus HPV (Papiloma Virus Humano). A infecção viral pode ser subclínica e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são fortemente associados à neoplasia cervical (subtipos 16, 18, 31 e 35).

**Tratamento da gestante:** na gestação as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Como as lesões durante a gestação podem proliferar e tornar-se friáveis, muitos especialistas indicam sua remoção em fases precoces da gestação, se for possível, evitando-se intervenção com grande perda de substância por cauterização (elétrica, térmica ou criocauterização) extensa ou exérese no final do 3º trimestre.

É importante orientar o uso de preservativo e avaliação do parceiro sexual, com suspensão de atividade sexual durante o tratamento.

Não há evidência de benefícios da operação cesariana no risco, que é baixo, de transmissão do HPV para o recém-nascido. Apenas em raros casos, quando o tamanho e a localização das lesões estiverem causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal puder ocasionar sangramento excessivo, a cesariana deverá ser indicada.

A escolha do tratamento vai se basear no tamanho e no número das lesões:

- **Nunca usar podofilina, podofilotoxina ou imiquimod** durante qualquer fase da gravidez.
- **Lesões pequenas, isoladas e externas** – cauterização química com ácido tricloroacético 70 a 80%, eletro ou criocauterização em qualquer fase da gravidez.
- **Lesões grandes e externas** – ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência (exérese por alça diatérmica ou LEEP) em qualquer fase da gravidez, evitando-se no final do 3º trimestre. Esse procedimento pode provocar sangramento considerável.
- **Lesões pequenas, colo, vagina e vulva** – eletro ou criocauterização, apenas a partir do 2º trimestre.
- **Mulheres com condilomatose** durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.

#### 9.12 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 (ou 154 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas. Para diagnóstico de trabalho de parto prematuro, devem-se considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais. É importante lembrar que existem contrações uterinas durante a gestação, 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 10 minutos, com ritmo e frequência regulares. Podem ser acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

#### Condutas:

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

• Na presença de TFP com colo modificado, encaminhar a mulher para hospital de referência.

O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional. Deve, portanto, ser encaminhado 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 prever a prematuridade na atual gestação. O TFP com frequência é relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente a vaginose bacteriana. Por isso, nessas situações, estaria recomendado o rastreamento diagnóstico. Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintomática ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal, se estiver disponível.

A bacterioscopia da secreção vaginal é uma avaliação de perfil bacteriológico do conteúdo vaginal por critério de Nugent, que possibilita a detecção e o tratamento precoce da vaginose bacteriana. Quando realizada, a pesquisa deve ocorrer idealmente antes da 20ª semana de gestação, o que pode apresentar benefícios para a prevenção da prematuridade (verificar se na região esse exame está sendo executado). Se a bacterioscopia estiver indisponível, pode-se realizar um diagnóstico presumido através do exame especular, pela positividade de pelo menos três dos quatro critérios de Amsel: 1) corrimento branco-acinzentado; 2) medida do pH > 4,5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do introito vaginal, na parede lateral da vagina; 3) liberação de aminas com odor de peixe no teste com hidróxido de potássio a 10% adicionado a uma amostra do conteúdo vaginal; 4) visualização de clue cells à microscopia.

Na suspeita de infecção urinária, solicitar Urina tipo I e urocultura. O tratamento dessas condições, quando diagnosticadas, diminui o risco de prematuridade.

Hoje em dia, a gestante com história de parto prematuro anterior deverá ser encaminhada para a realização de um exame ultrassonográfico, idealmente entre a 20ª e a 24ª semana, quando realizará o exame morfológico para a medida do comprimento cervical. Existe ainda muita controvérsia a respeito de qual é o ponto de corte do comprimento cervical abaixo do qual o risco de prematuridade está muito aumentado. De qualquer forma, com medidas encurtadas (por exemplo, igual ou menor que 2 cm), a gestante também deverá ser encaminhada para uma unidade de atenção ao alto risco, a fim de ter avaliada a necessidade da utilização profilática de progesterona.

### 9.13 – GESTAÇÃO PROLONGADA

Conceitua-se gestação prolongada, também referida como pós-datismo, aquela cuja idade gestacional 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 seril apresenta calcificações e outras alterações que são responsáveis pela diminuição do aporte nutricional e de oxigênio ao feto, associando-se, dessa maneira, com 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, entre outros. Nessas situações, o exame ultrassonográfico precoce é recurso eficaz para o correto estabelecimento da idade gestacional.

### Conduta

O controle da gestante nessa situação visa identificar a eventualidade de hipóxia consequente à insuficiência placentária. Dessa forma, os cuidados dirigem-se ao controle das condições de vitalidade fetal. Ela pode ser avaliada na unidade básica de saúde pelo registro materno da movimentação fetal (mobilograma) e pela normalidade na evolução do pré-natal.

Por volta da 40ª semana de idade gestacional, ou antes disso, se houver diminuição da movimentação fetal, encaminhar a gestante para centro de referência para outros testes de vitalidade fetal. Nesses 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*. **A paciente deverá ser encaminhada com 41 semanas de gestação para indução do parto, segundo as características do caso.**

É importante enfatizar que, embora seguida pelo centro de referência para avaliação de vitalidade, nenhuma gestante deve receber alta do pré-natal da unidade básica antes de internação para o parto.

### 9.14 – 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, habitualmente desaparecem após o parto.

Na história clínica, é importante perguntar sobre a ocorrência de situação semelhante em familiares. As varizes estão associadas a edema e sensação de desconforto ou dor nas pernas. As orientações práticas sobre condutas para essa situação encontram-se no **Capítulo 8, Item 8.15**.

9.



9.





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.

### 9.15 – PARASITÓSES INTESTINAIS

A incidência de helmintíases e protozooses 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.

**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, ascariíase, enterobiase, estrogiloidíase, himenolepiase, teníase e tricuriíase.

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 a anemia fisiológica ou a ferropriva, tão comuns na gravidez. Assim, recomenda-se a realização de exame protoparasitológico de fezes em todas as mulheres grávidas, 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.

**Protozooses:** causadas por protozoários que passam a habitar o trato intestinal, permanecendo limitados a ele, 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, manifestando-se 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.

Quadro 9.6 – Medicamentos indicados na terapêutica das helmintíases e protozooses intestinais durante a gestação

Helmintíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 3 dias seguidos.
Ascariíase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 3 dias seguidos.
Enterobiase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 3 dias seguidos.
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantal Ditiotebiona	<b>CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO</b>
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50 mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante 2 dias seguidos.
Himenolepiase	Praziquantal Nidossamida	<b>CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO</b>
Teníase	Mebendazol	200 mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante 4 dias seguidos.
Tricuriíase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 3 dias seguidos.
Protozooses	Medicamento	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250 mg, três vezes ao dia, por VO, durante 10 dias.
Giardíase	Metronidazol	250 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 7 dias seguidos.

### 9.16 – EPILEPSIA

Por não se tratar de doença ou mesmo de síndrome específica, não há definição satisfatória para 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.

9.



9.



A prevalência da epilepsia é muito variável, estimando-se que cerca de 0,5% das gestantes apresentem essa condição. Em apenas cerca de um terço desses casos, o fator causal ou desencadeante consegue ser identificado.

### 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 desencadeamento de crises. A progesterona, por sua vez, diminui a excitabilidade e aumenta o limiar de desencadeamento de crises. Assim, existe uma ação pró-convulsivante do estrógeno e anticonvulsivante da progesterona.

### Efeito da gravidez nas crises convulsivas

Entre 17% e 37% das mulheres grávidas com epilepsia têm aumento da frequência das crises, em especial no 3º trimestre. Isso se deve às alterações sistêmicas próprias da gravidez, como ganho de peso, alterações hormonais e aumento do volume plasmático, que levam a 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 leva ao aumento da frequência de crises é a suspensão da droga pela própria gestante ou pelo profissional de saúde, por medo de efeitos deletérios ao feto.

### Efeito da epilepsia na gravidez

Tem-se associado inúmeras complicações durante a gestação, o parto e o puerpério de mulheres com epilepsia e uso de anticonvulsivantes. Essas complicações incluem abortamentos espontâneos, morte perinatal, prematuridade, anomalias congênitas e anormalidades de crescimento fetal e no desenvolvimento dessas crianças, em taxas maiores que as da população em geral. No entanto, ainda não está esclarecido se esses efeitos são secundários às crises convulsivas ou às drogas utilizadas para o seu controle.

A convulsão materna isolada raramente se associa ao óbito fetal. No entanto, crises epilêpticas de repetição incrementam em duas vezes o risco de óbito materno e em 50% o óbito fetal.

A frequência das convulsões no período pré-gestacional pode estar relacionada à frequência das crises também na gestação. As mulheres que provavelmente apresentarão menos crises durante a gravidez são aquelas que, mesmo utilizando esquema anticonvulsivante adequado, não apresentaram convulsões nos últimos meses que antecederam a gestação.

9.



100

### Malformação fetal em gestantes epilêpticas medicadas

De modo geral, pode-se assumir que o risco de malformações fetais dobra quando comparado ao 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 palato fendido. A fenitoína associa-se com hipertelorismo e hipoplasia digital, e o ácido valproico tem associação de 1% 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 levar a acidentes graves e, potencialmente, também podem levar à hipóxia materna e fetal. Portanto, nessas situações, está recomendado o tratamento medicamentoso com drogas antiepilêpticas (DAE), conforme as recomendações descritas a seguir.

### Recomendações para o uso de drogas antiepilêpticas durante a gestação:

- Discutir com a mulher os possíveis riscos da gestação para ela mesma e para o feto, além dos potenciais efeitos teratogênicos das DAE. Essa 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 5 mg ao dia. O ideal é que a paciente inicie o uso de ácido fólico pelo menos 3 meses antes da gestação.
- Em pacientes sem crises há mais de 2 anos, discutir a suspensão da droga na peri-concepção e 1º trimestre.
- Uso preferencial de DAE em monoterapia e em doses fracionadas. Porém, não alterar o regime terapêutico durante a gestação a não ser sob orientação de especialista.
- Não existe uma droga ideal para ser usada durante a gestação. Além disso, nenhuma DAE apresenta perfil de teratogenicidade específico. A exceção é para o uso de valproato, que tem sido associado com risco de 1% a 2% de espinha bifida, 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.

9.



101

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. As gestantes epiléticas que já utilizam carbamazepina e apresentam novas crises podem ter a dosagem da droga aumentada pelo profissional da unidade básica antes do encaminhamento para o centro de referência, desde que a dose habitual não esteja ultrapassando o limite de segurança (1.200 mg).

Seria recomendável também, 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, uma ampola, IM/SL, 2 a 4 semanas prévias ao parto, pelo efeito anticoagulante dos anticonvulsivantes.

Durante o atendimento de uma convulsão epilética, segue-se cuidado padrão. Atentar para a necessidade de um atendimento sistematizado, priorizando a manutenção da permeabilidade das vias aéreas.

9.

## Amamentação

As medicações anticonvulsivantes estão presentes no leite, porém não há contraindicação da amamentação. Deve-se ter cuidado especial em usuárias de fenobarbital e benzodiazepínicos, pois causam sonolência e irritação nas crianças. Por se tratar de mulheres que podem ter crises convulsivas enquanto amamentam, sugere-se que o façam sentadas no chão ou em poltrona segura.

### 9.17 – AMNIOREXE PREMATURA

Conceitua-se amniorrexe prematura quando a rotura da bolsa se dá antes de instalado o trabalho de parto. Quando ocorre no pré-termo, constitui causa importante de partos prematuros (cerca de 1/3 dos casos), o que contribui para o aumento da morbidade perinatal. A morbidade materna também é agravada pelos riscos de infecção.

O diagnóstico é basicamente clínico. A anamnese informa sobre perda líquida, em grande quantidade (molha roupas), súbita e habitualmente indolor.

O exame físico está dentro dos padrões de normalidade e o exame obstétrico mostra volume uterino adequado para a idade gestacional referida, útero normotônico, partes fetais mais facilmente palpáveis e batimentos cardíacos fetais presentes.

102

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. Essas informações podem ser facilmente obtidas por meio de exame vaginal com espéculo. Os casos suspeitos ou confirmados de amniorrexe prematura não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

Como, entretanto, nem sempre esses dados são obtidos, utilizam-se também outros métodos para diagnóstico, como, por exemplo:

- **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 falso-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 falso-positivos e negativos.
- **Exame de ultrassonografia com a medida do índice de líquido amniótico (ILA)** – a estimativa de medida de ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional em uma curva de valores normais é útil na confirmação diagnóstica.

## Conduta

O elemento fundamental para a conduta em cada caso diagnosticado como de amniorrexe prematura é a idade gestacional. Nas gestações de termo, o profissional de saúde da unidade básica deverá encaminhar a gestante para o hospital ou maternidade 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 risco daquela unidade, onde procedimentos propedêuticos e terapêuticos adicionais serão providenciados, conforme especificado no Manual Técnico de Gestão de Alto Risco.

9.

103



Índice



Índice

10.1 – Gestação múltipla	166
10.2 – Gravidez na adolescência	167
10.3 – Violência contra a mulher durante a gravidez	174

## Situações especiais

## 10.1 – GESTAÇÃO MÚLTIPLA

Gravidez que ocorre com a presença de dois ou mais fetos e está relacionada com:

- Maior idade materna;
- Raça negra;
- Multiparidade;
- História familiar (pelo lado materno);
- Frequência maior de relações sexuais;
- Técnicas de indução da ovulação ou de fertilização assistida.

O diagnóstico de suspeição é feito por meio de dados clínicos, da medida da altura uterina maior que a esperada para a idade gestacional, da palpação de dois polos cefálicos, da sobre-distensão uterina e da presença de dois focos, separados por mais de 10 cm e com frequências diferentes. A ultrassonografia confirma o diagnóstico.

A mortalidade perinatal é maior que a habitual e aumenta em proporção direta ao número de fetos. É devida, sobretudo, à prematuridade e à restrição de crescimento fetal e, secundariamente, à presença de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão umbilical, entre outros. Está, também, aumentado o risco materno pelo aparecimento mais frequente de hiperêmese, trabalho de parto prematuro, síndromes hipertensivas, anemia, quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas, entre outros. A frequência de complicações será maior nas gestações monocoriônicas e, principalmente, nas monoamnióticas, motivo pelo qual se impõe a realização do exame ultrassonográfico durante o pré-natal para o diagnóstico de corionicidade e número de câmaras amnióticas.

### Conduta

Cabe ao profissional de saúde ter conhecimento de todas as condições de risco, acompanhar a gestante com consultas mais frequentes e encaminhá-la ao pré-natal de alto risco na presença de qualquer intercorrência clínica. O acompanhamento pré-natal das gestações gemelares pode ser realizado nas unidades de saúde, desde que o profissional esteja ciente dos riscos potenciais e tenha facilidade de encaminhamento para unidade ou hospital que preste assistência à gestação de alto risco. Nas situações de trabalho de parto prematuro ou alterações cervicais que levem a suspeitar de um risco maior de prematuridade, a utilização profilática de corticoide na 32ª semana para acelerar a maturidade pulmonar dos fetos está recomendada. Os casos diagnosticados como monoamnióticos devem ser imediatamente transferidos para um centro de atenção à gestação de alto risco pela maior frequência de complicações e pela necessidade de interrupção mais precoce da gestação.

10.



Índice

10.

cap.

## 10.1 – GESTAÇÃO MÚLTIPLA

Gravidez que ocorre com a presença de dois ou mais fetos e está relacionada com:

- Maior idade materna;
- Raça negra;
- Multiparidade;
- História familiar (pelo lado materno);
- Frequência maior de relações sexuais;
- Técnicas de indução da ovulação ou de fertilização assistida.

O diagnóstico de suspeição é feito por meio de dados clínicos, da medida da altura uterina maior que a esperada para a idade gestacional, da palpação de dois polos cefálicos, da sobre-distensão uterina e da presença de dois focos, separados por mais de 10 cm e com frequências diferentes. A ultrassonografia confirma o diagnóstico.

A mortalidade perinatal é maior que a habitual e aumenta em proporção direta ao número de fetos. É devida, sobretudo, à prematuridade e à restrição de crescimento fetal e, secundariamente, à presença de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão umbilical, entre outros. Está, também, aumentado o risco materno pelo aparecimento mais frequente de hiperêmese, trabalho de parto prematuro, síndromes hipertensivas, anemia, quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas, entre outros. A frequência de complicações será maior nas gestações monocoriônicas e, principalmente, nas monoamnióticas, motivo pelo qual se impõe a realização do exame ultrassonográfico durante o pré-natal para o diagnóstico de corionicidade e número de câmaras amnióticas.

### Conduta

10.



- Pesquisa de sinais de constrangimento e coerção e/ou recusa de diálogo com familiares ou de participação de responsáveis no atendimento.

No entanto, a maturação sexual dissocia-se da competência social e econômica, e muitas vezes da emocional, porque estas ocorrem mais tardiamente, sendo fator de desvantagens para mães e pais adolescentes em seu contexto de vida.

Segundo Heilborn (1998), as mudanças na sociedade brasileira diminuíram o valor moral que era dado à virgindade, e a gravidez se tornou, então, forma de constituir família e 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.

A pesquisadora aponta, ainda, que as famílias, cada vez mais, protegem as mães adolescentes e seus filhos, para que não mudem totalmente seu estilo de vida e continuem trabalhando ou estudando. No entanto, essa proteção nem sempre ocorre, pois está relacionada a diferentes fatores, tais como os costumes familiares e os valores morais da sociedade onde acontece a gravidez, as dificuldades econômicas, sociais, familiares e a aceitação da gravidez pela jovem, entre outros.

Assim, o aumento da gravidez nessa fase da vida – que no contexto social vigente de percepção das idades e de suas funções deveria ser dedicada à preparação para a idade adulta, principalmente relacionada aos estudos e a um melhor ingresso no mercado de trabalho – vem preocupando não só o setor saúde, mas também outros setores que trabalham com adolescentes e famílias.

Os agravos mais significativos desencadeados pela gravidez na adolescência recaem na esfera social pela dificuldade de inserção dessas jovens no sistema educacional, o que as impede de desenvolver o projeto de vida que antes haviam planejado. Isso colabora para a continuidade do ciclo de pobreza, com todas as más consequências para a qualidade de vida dessas jovens. Os homens adolescentes também carregam o ônus de uma gravidez precoce, quando assumem a paternidade sem estrutura econômica, e às vezes emocional, para cuidar e educar um filho, devendo ser contemplados na atenção no âmbito da saúde reprodutiva.

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Nações Unidas, 1994), cujas determinações foram adotadas pelo Brasil, as questões de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes tiveram destaque especial no § E do Capítulo VII, do texto "Direitos Reprodutivos e Saúde Reprodutiva", que preconiza:

- O encorajamento de comportamentos sexuais e reprodutivos responsáveis e saudáveis, incluindo a abstinência voluntária e a disponibilidade de serviços e aconselhamento adequados, especificamente destinados a esse grupo etário;
- Os países devem garantir o acesso dos adolescentes aos serviços e informações de que necessitam. Esses serviços devem salvaguardar o direito dos adolescentes à pri-

vacidade, confidencialidade, consentimento expresso e respeito às crenças religiosas, bem como direitos, deveres e responsabilidades dos pais;

- Os países devem proteger e promover o direito dos adolescentes à educação, informação e cuidados de saúde reprodutiva e reduzir, consideravelmente, o número de casos de gravidez na adolescência.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Título dos Direitos Fundamentais, Capítulo I, do Direito à Vida e à Saúde, art. 7º, dispõe o seguinte: "a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso e em condições dignas de existência".

O art. 8º assegura o atendimento pré e perinatal no SUS, determinando: acompanhamento para a gestante, vinculação entre serviços e profissionais que fazem o pré-natal e os que realizarão o parto das adolescentes.

O atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, no parto e no puerpério é fundamental para diminuir esses agravos. É importante, ainda, a inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde, em vez da assistência estritamente biológica e curativa. Principalmente, é importante que a adolescente seja informada de seus direitos, como o de ter acompanhante de sua escolha durante toda a gestação e durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto (ECA e Lei nº 11.108).

A experiência do Programa do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo constatou que o conhecimento e a informação sobre o risco de engravidar não bastam para mudar o comportamento.

O caminho encontrado pelo Programa foi estimular o diálogo, realizar oficinas de sentimentos, grupos participativos integral, multiprofissional e intersetorial com ações de prevenção já no início da adolescência.

A prevenção deve ser entendida como uma reação em cadeia com ações protetoras a cada etapa do crescimento e desenvolvimento para evitar danos em fases posteriores da vida.

Foi possível implantar e incrementar uma política pública de juventude na área da saúde que proporcionou a abertura de espaços de atendimento integral à saúde física, psicológica e sociocultural dos adolescentes.

O **pré-natal** – que inclui atendimento médico, psicológico, social e odontológico com atividades em grupos de gestantes, acompanhantes, aleitamento materno cuidados com os bebês na puericultura – reforçou o autocuidado e desenvolveu criatividade na solução dos problemas enfrentados pelas jovens mães.

10.



10.  
cap.

108

10.



10.  
cap.

109



A escuta dos sentimentos das adolescentes grávidas tornou-se um espaço protetor por que orienta, acolhe inquietações, identifica a vulnerabilidade e facilita o atendimento.

**A Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), do Ministério da Saúde, visando à melhor qualidade no atendimento, preconiza os seguintes princípios e diretrizes:**

- Adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens;
- Consideração do modelo de atenção vigente no local e dos recursos humanos e materiais disponíveis;
- Consideração das características da comunidade nos aspectos socioeconômicos e culturais, além do perfil epidemiológico da população local;
- Participação ativa de adolescentes e jovens no planejamento, desenvolvimento, divulgação e avaliação das ações.

### Princípios éticos

Uma das estratégias para que adolescentes e jovens procurem os serviços é torná-los reservados e confiáveis, assim como caracterizá-los por atendimento que dê apoio, sem emitir juízo de valor. É importante que os profissionais de saúde assegurem serviços que ofereçam:

- **Privacidade** – para que adolescentes e jovens tenham a oportunidade de ser entrevistados e examinados, sem a presença de outras pessoas no ambiente da consulta, se não for estritamente necessário, ou caso assim o desejem;
- **Confidencialidade** – para que adolescentes e jovens tenham a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas a seus pais e/ou responsáveis, bem como a seus pares, sem a concordância explícita.

A viabilização desses princípios no atendimento de adolescentes e jovens contribui para iniciativas interpessoais mais eficientes, colaborando para melhor relação entre paciente e profissional, o que favorece a descrição das condições de vida, problemas e dúvidas. Esses princípios também ampliam a capacidade do profissional de saúde no encaminhamento das ações necessárias e favorecem a possibilidade de retorno de adolescentes e jovens aos serviços. Também asseguram a estes o direito de serem reconhecidos como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável.

A existência de diversas limitações para entender os adolescentes enquanto sujeitos de direitos causa dificuldades para o profissional de saúde no atendimento a essa população, criando receios do ponto de vista ético e legal.

Para a correta interpretação e aplicação das diversas normas de tutela, deve-se com-

preender, primeiramente, a concepção dos direitos que envolvem a assistência à saúde do adolescente – o direito à saúde e os direitos da criança e do adolescente.

*Art. 6º – Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.*

*Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/90*

O direito à saúde constitui direito humano fundamental, concebido numa perspectiva integradora e harmônica dos direitos individuais e sociais, um direito tutelar que exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado – a saúde da pessoa humana.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, que consolida os direitos básicos da população infanto-juvenil, em seu artigo 3º, dispõe claramente a doutrina da proteção integral, determinando a natureza tutelar dos direitos ali elencados, que predominarão sobre qualquer outro que possa prejudicá-lo.

*Art. 3º – A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.*

*Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/90*

Dessa forma, qualquer exigência – como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde – que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável.

Caso a equipe de saúde entenda que a usuária não possui condições de decidir sozinha sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar a adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável a assista e auxilie no acompanhamento.

10.



10.  
cap.

10.



10.  
cap.

A resistência da adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família por si só demonstra desarmonia, que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre seu direito à saúde. Dessa forma, havendo resistência fundada e receio de que a comunicação ao responsável legal implique afastamento da usuária ou dano à sua saúde, recomenda-se que se aceite pessoa maior e capaz, indicada pela adolescente, para acompanhar e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, aplicando-se o princípio do artigo 17 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

*Art. 17 – O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.*

*Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/90*

Diante das implicações legais que possam surgir nos casos de maior complexidade, recomenda-se que o serviço de saúde busque articulação e integração com o Conselho Tutelar da região – órgão responsável na sociedade por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente – e com a Promotoria da Infância e Juventude, de forma a possibilitar a participação de seus integrantes na condução das questões excepcionais, de modo harmônico com os princípios éticos que regem esse atendimento.

10.



### Sigilo profissional e atendimento ao adolescente

*Art. 154 – Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de três meses a um ano.*

*Código Penal*

Considerando que a revelação de determinados fatos para os responsáveis legais pode acarretar consequências danosas para a saúde do jovem e a perda da confiança na relação com a equipe, o Código de Ética Médica não adotou o critério etário, mas o do desenvolvimento intelectual, determinando expressamente o respeito à opinião da criança e do adolescente, bem como a manutenção do sigilo profissional, desde que o assistido tenha capacidade de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo.

*É vedado ao médico:*

*Art. 103 – Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade e de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.*

*Código de Ética Médica*

Diversos códigos de ética profissional e o próprio Código Penal seguem o mesmo entendimento e determinam de forma expressa o sigilo profissional independentemente da idade do(a) paciente, prevendo sua quebra apenas nos casos de risco de vida ou outros riscos relevantes para a própria pessoa ou para terceiros, como, por exemplo, recusa do(a) paciente em informar ao parceiro sexual que é portador(a) do vírus HIV e com quem mantém relação sem o uso de preservativo; distúrbios psicológicos do(a) paciente que o(a) façam rejeitar tratamento, ou risco de suicídio ou homicídio.

*É vedado ao médico:*

*Art. 107 – Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados.*

*Código de Ética Médica*

Adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas a seus pais e/ou responsáveis, bem como a seus pares, sem sua concordância explícita. Entretanto, devem ser informados das situações que requerem a quebra de sigilo, ou seja, quando houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o(a) paciente quanto para terceiros, a exemplo de situações de abuso sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios e outros.

### Recomenda-se, portanto:

- Que a equipe médica busque sempre encorajar a adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação legal de proteger e orientar seus filhos ou tutelados;
- Que a quebra do sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde juntamente com a adolescente e fundamentada no benefício real para a pessoa assistida, e não como uma forma de "livrar-se do problema".

10.



As políticas de promoção e atenção à saúde dos adolescentes devem contemplar a heterogeneidade dessa população, com estratégias diferenciadas que privilegiem os grupos mais vulneráveis e promovam o bem-estar e desenvolvimento saudável para todos.

Por outro lado, as ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva devem ser iniciadas antes da gravidez, influenciando no processo de decisão sobre anticoncepção e gravidez, com a valorização do desenvolvimento da autoestima, da autonomia, do acesso à informação e a serviços de qualidade, que ofereçam promoção e assistência geral nesse campo e acesso contínuo à atenção em planejamento familiar, com escolha livre e informada.

Há necessidade, ainda, de implementação de políticas intersetoriais que enfoquem e garantam o acesso a atividades produtivas, educativas e recreativas, visando à ocupação do tempo livre e a contemplar diferentes estilos de vida, a fim de valorizar a diversidade cultural e a abordagem das relações de gênero, etnia e classe social como eixos norteadores do processo de trabalho com adolescentes.

A unidade básica de saúde pode conduzir a assistência pré-natal da adolescente que não for caracterizada de alto risco. No entanto, os profissionais envolvidos no processo devem aprimorar um perfil de atendimento que englobe uma visão ampla de atenção, na qual aspectos nutricionais, psicológicos, sociais e outros sejam valorizados. O diálogo é um instrumento relevante. Para que a adolescente comunique seus eventuais questionamentos e angústias, é preciso que a consulta proporcione tempo para que ela fale, exigindo do(a) assistente uma postura de ouvinte ativo(a) e interessado(a).

As ações educativas podem ser específicas e começar na consulta, incluindo temas importantes como pré-concepção, planejamento familiar e amamentação.

#### As recomendações para o atendimento podem ser assim resumidas:

- A individualidade da adolescente deve ser preservada, conservando-se a prática do acolhimento para essa jovem.
- A adolescente deve ser reconhecida como indivíduo em evolução e necessita de atendimento diferenciado, que a identifique como capaz de avaliar seu problema e ter o direito de fazer opções.
- A participação da família deve ser encorajada na assistência, com limites claros para esse envolvimento.

### 10.3 – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DURANTE A GRAVIDEZ

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, da qual o Brasil é signatário, define como violência contra a mulher todo

ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, como na privada.

As estatísticas sobre violência contra a mulher revelam elevada incidência e prevalência do problema. Estima-se que a violência sexual acometa 12 milhões de pessoas a cada ano, em todo o mundo. Nos Estados Unidos e no Canadá, cerca de 25% das mulheres experimentaram algum tipo de contato sexual não consentido. O agressor, frequentemente, é próximo e conhecido da mulher. No Japão, 75% das mulheres foram submetidas a alguma forma de violência física, psicológica ou sexual por parte de seu companheiro.

No entanto, a maior parte dos casos de violência contra a mulher ainda não é notificada ou registrada, por diferentes motivos, o que reduz a visibilidade do problema. Diversas propostas de intervenção vêm sendo implantadas nos últimos anos, com a finalidade de reconhecer e manejar a questão. Uma delas é perguntar diretamente a todas as usuárias dos serviços de saúde se enfrentam ou sofreram algum tipo de violência.

A violência exerce grande impacto sobre a saúde da gestante, com consequências que podem também comprometer a gestação e o recém-nascido. A violência pode ser mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia. Lamentavelmente, pode-se afirmar que o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção à mulher. Há evidências de que a maioria das mulheres que sofrem violência antes de engravidar continua a sofrê-la durante a gravidez e boa parte delas, após o parto (Martin et al., 2001). Portanto, a assistência pré-natal é um 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 a serem adotadas para enfrentar o fenômeno da violência. Entretanto, a oferta de serviços permite acesso imediato a cuidados de saúde que podem mudar drasticamente o destino dessas mulheres.

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 infecção do trato urinário, além de recém-nascidos de baixo peso. Além disso, a grávida que sofre violência desenvolve quadro de estresse emocional constante, que se associa com baixa autoestima, isolamento, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool ou drogas e suicídio (Schraiber et al., 2007).

O agressor pode apresentar diversas atitudes, inclusive participar do atendimento à vítima e agir com proteção acentuada.

A presença de lesões, sua distribuição e características morfológicas devem servir como suspeita para o ato violento; deve-se suspeitar também de espancamento quando houver equimoses múltiplas na cabeça e/ou pescoço e em diversas partes do corpo.



O atendimento inicial na unidade básica de saúde da grávida que sofreu violência deve contemplar anamnese que permita a avaliação da situação do contexto no qual ocorreu, se trata-se de violência aguda ou crônica, se a mulher foi vítima de violência doméstica, sexual ou psicológica, bem como se há risco de revitimização, para que se possa oferecer orientações e proceder ao encaminhamento mais adequado. Além disso, deve-se realizar exame físico minucioso e, se necessário, encaminhá-la para serviço de urgência, para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos.

Nos casos de violência sexual, sempre que for possível deve-se proceder à obtenção de material seminal do agressor, utilizando-se da recomendação técnica detalhada mais adiante. Após a avaliação preliminar, a paciente deverá ser encaminhada imediatamente para o centro de referência para esses agravos, bem como ser orientada sobre as ações jurídicas do caso, a profilaxia de DST e sobre o acompanhamento multiprofissional: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outras especialidades que forem necessárias.

Todas as ações devem ser cuidadosamente registradas.

### Atendimento a grávidas em situação de violência sexual

Destacamos as principais medidas a serem adotadas no atendimento a mulheres que apresentam gravidez decorrente de violência sexual ou que sofreram violência sexual durante a gravidez.

10.

### Doenças sexualmente transmissíveis

Parte importante das DST decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Gonorréia, sífilis, clamídiase, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com o uso de medicamentos eficazes. 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 o quanto antes se iniciar a medida, principalmente nas primeiras 72 horas após a violência sexual.

A profilaxia das infecções de transmissão sexual não virais em grávidas que sofrem violência visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição a tais agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da mulher. O esquema recomendado de associação de medicamentos encontra-se no **Quadro 10.1**.

176

Quadro 10.1 – Profilaxia das DST não virais para grávidas vítimas de violência sexual

<b>Profilaxia da sífilis</b>			
Penicilina G benzatina	2.400.000 UI	IM	dose única
<b>Profilaxia da gonorréia</b>			
Ceftriaxona	500 mg	IM	dose única
<b>Profilaxia da clamídiase e do cancro mole</b>			
Azitromicina	1g	VO	dose única
<b>Profilaxia da tricomoníase</b>			
Metronidazol	2g	VO	dose única

A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a profilaxia para as DST não virais. O metronidazol e suas alternativas (tinidazol e secnidazol) devem ser evitados durante o 1º trimestre da gravidez, embora não haja contraindicação absoluta por falta de evidências de efeitos sobre o feto humano. A administração profilática de metronidazol é facultativa ou pode ser postergada, devido ao baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e por apresentar interações medicamentosas significativas e reações adversas.

O tianfericol e as quinolonas (como a ofloxacina) são contraindicados em todo o período gestacional.

Tentar o uso concomitante de diversos medicamentos pode colaborar com a redução de efeitos colaterais e a baixa adesão ao esquema profilático.

### Hepatite B

A imunoprofilaxia para a hepatite B está indicada em casos de violência sexual em que ocorrer exposição da gestante ao sêmen, sangue ou 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 (IGHAB). Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber uma dose da vacina e completar o esquema posteriormente (1 e 6 meses). As evidências científicas indicam que o uso de IGHAB é eficaz quando o agressor tem sabidamente hepatite B aguda. Devido à dificuldade de se comprovar o fato nas circunstâncias de violência sexual, optou-se pela recomendação de utilização de IGHAB em todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema incompleto.

A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a imunização para a hepatite B. As grávidas em situação de violência sexual também devem receber dose única de

10.



10.  
cap

177

IGHA-B, 0,06 ml/kg. IM. A IGHAB pode ser utilizada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual. A vacina para hepatite B deve ser aplicada em deltóide, não na região glútea, onde tem menor imunogenicidade. 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).

#### Recomendações importantes:

- Não devem receber a imunoprofilaxia para hepatite B gestantes vítimas de violência sexual que apresentem exposição crônica e repetida com o mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual doméstica. A sorologia deve ser realizada e confirmar infecção prévia.
- Não devem receber a imunoprofilaxia para hepatite B grávidas cujo agressor seja sabidamente vacinado, ou quando ocorrer uso de preservativo masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.
- Para a hepatite C, não existem alternativas de imunoprofilaxia.

#### Infecção pelo HIV

Nas situações em que o estado sorológico do agressor não pode ser conhecido em tempo elegível, a profilaxia do HIV deve ser indicada quando ocorrer penetração vaginal e/ou anal, associada ou não ao coito oral. Essa condição corresponde à maioria dos casos de violência sexual atendidos pelos serviços de saúde. No entanto, tratando-se de penetração vaginal ou anal, a decisão de iniciar a profilaxia não deve se basear em critérios de gravidade. Em situações de violência sexual com sexo oral exclusivo, não existem evidências para assegurar a indicação profilática dos antirretrovirais, até o momento, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nesses casos, riscos e benefícios devem ser cuidadosamente ponderados e a decisão deve ser individualizada.

- Não devem receber a profilaxia para o HIV casos de violência sexual em que a mulher, criança ou adolescente apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor.
- Não deverá ser realizada a profilaxia para o HIV quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.

Algumas situações excepcionais merecem atenção. A realização do teste anti-HIV no agressor deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia, com o objetivo de suspender a medicação antirretroviral se o resultado for negativo.

Também o uso de teste rápido pode ser indicado para a tomada de decisão terapêutica,

quando a condição sorológica do agressor é desconhecida, mas ele é identificável e existindo tempo para sua avaliação em menos de 72 horas da violência.

Nos casos em que o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento com uso de antirretrovirais, a decisão do tipo de combinação de medicamentos para profilaxia deverá ser individualizada, idealmente sob orientação de um infectologista. Nesses casos, recomenda-se o uso dos esquemas habituais, como AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + Nelfinavir ou Indinavir/ritonavir ou Lopinavir/ritonavir. Idealmente, o caso deve ser encaminhado a um infectologista, pois há antirretrovirais que não estão indicados para o uso em mulheres gestantes.

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo e grau de risco do ato violento, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o crime. A decisão final deve considerar a motivação e o desejo da mulher de se submeter ao tratamento.

A profilaxia do HIV, com o uso de antirretrovirais, deve ser iniciada no menor prazo possível, com limite de 72 horas após a violência sexual. Os medicamentos devem ser mantidos, sem interrupção, por 4 semanas consecutivas. O prazo de 72 horas não deve ser ultrapassado, mesmo em situações de múltiplos e elevados fatores de risco e agravos de exposição ao HIV.

Embora não existam esquemas definitivos de antirretrovirais para essa finalidade, recomenda-se o emprego de drogas potentes, do ponto de vista virológico, com baixo potencial de toxicidade e boa perspectiva de adesão. O esquema de primeira escolha deve combinar três drogas, pela reconhecida maior eficácia na redução da carga viral plasmática.

Quando o esquema antirretroviral selecionado incluir o nelfinavir ou o ritonavir, a anticoncepção de emergência deve ser realizada com levonorgestrel. Esses antirretrovirais reduzem significativamente os níveis séricos dos estrogênios devido à interação medicamentosa que ocorre no sistema microsomal hepático.

A gestante vítima de violência deve ser acompanhada com exames de laboratório para diagnóstico precoce de infecções adquiridas (ver Quadro 10.2).

10.



10.  
cap.

10.



10.  
cap.



	Admissão	2 semanas	6 semanas	3 meses	6 meses
Bacterioscopia de conteúdo vaginal					
Clamídia*					
Gonococo*					
HPV*					
Sífilis (VDRL ou RST)					
Anti-HIV					
Hepatite B					
Hepatite C					
Transaminases					
Hemograma					

\*Deve-se coletar amostra para investigação do gonococo, clamídia e HPV, quando houver disponibilidade e suporte laboratorial.

A coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal, realizada na admissão da gestante que sofre violência sexual, é necessária para estabelecer a eventual presença de DST ou HIV prévios à violência sexual. A realização de teste anti-HIV nos serviços de emergência deve ser feita após o aconselhamento e consentimento verbal da gestante.

#### Traumatismos físicos

Poucas mulheres em situação de violência sexual sofrem traumas físicos severos. Contudo, dados do FBI (Federal Bureau of Investigation) mostram que 37% das mulheres americanas assassinadas foram mortas por seus companheiros ou ex-companheiros. Gestantes que sofrem abuso sexual são menos atingidas por danos físicos quando comparadas com as demais mulheres: 43% contra 63% para as lesões extragenitais; e 5% contra 21% para as lesões genitais. No entanto, os danos físicos influem negativamente nos resultados perinatais, com maior risco de prematuridade e de baixo peso ao nascer.

Na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas e cirúrgicas que atendam às necessidades da mulher, da gravidez e do conceito, o que pode resultar na necessidade de atenção de outras especialidades.

Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer grande diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes. Nas lesões vulvoperineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas com antisepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas, sendo recomendável a profilaxia para o tétano. Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica.

#### Coleta de material para identificação do agressor

A identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância na violência sexual, tanto para a comprovação do crime como para a identificação do agressor. A maioria dos agressores não é condenada por falta de provas materiais, muitas vezes exigidas pela Justiça.

Material do conteúdo vaginal, anal ou oral deve ser coletado por meio de swab ou similar, sendo acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado e identificado, preferencialmente em ambiente climatizado. Nos serviços que dispõem de congelamento do material, tal medida poderá ser adotada. O material não deve ser acondicionado em sacos plásticos que, por manterem umidade, facilitam a proliferação bacteriana, que destrói células e DNA. Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, pela possibilidade de desnaturar o DNA. O material deverá ficar arquivado no serviço, em condições adequadas, à disposição da Justiça.

#### Interrupção legal da gravidez decorrente da violência sexual

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez destaca-se pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. Geralmente, é encarada como segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres.

De acordo com o artigo 128, inciso II do Código Penal, o aborto é permitido quando a gravidez resulta de estupro.

No entanto, a maioria das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que concordem em realizar o aborto. Decididas por interromper a gestação, grande parte recorre aos serviços clandestinos, muitas vezes em condições inseguras, com desastrosas consequências, que podem culminar com a morte da mulher.

Na eventual identificação desses casos durante a assistência pré-natal, é necessário que a mulher seja esclarecida sobre seus direitos e suas opções. Deve ser informada das possibilidades de interromper a gestação até 20 semanas de idade gestacional, de man-

10.



10.  
cap

180

10.



10.  
cap

181



ter a gestação ou da doação da criança após o nascimento. Para cada opção, os serviços de saúde devem estar capacitados para atender a mulher em suas necessidades ou referenciá-la a serviços especializados. Para mais informações, recomenda-se consultar a norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

### Aspectos éticos e legais

A violência contra a mulher é condição intersetorial e interdisciplinar, com importante interface com questões policiais e judiciais. Embora não seja possível abarcar aqui todos os aspectos envolvidos, algumas informações são críticas para os profissionais de saúde que atendem a gestante em situação de violência física e sexual:

- A Lei nº 10.778/03, de 24 de novembro de 2003, estabelece a **notificação compulsória**, no território nacional, **dos casos de violência contra a mulher que forem atendidos em serviços de saúde**. O cumprimento dessa medida é fundamental para o dimensionamento do problema e de suas consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema.
- Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a **suspeita ou confirmação de maus-tratos ou abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude**, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção a crianças e adolescentes, incluindo-se as gestantes com idade inferior a 18 anos.
- A palavra da gestante que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, e seus procedimentos não devem ser confundidos com aqueles reservados à polícia ou à Justiça.
- O boletim de ocorrência (BO) registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e investigação. O laudo do Instituto Médico Legal (IML) é documento elaborado para fazer prova criminal. A exigência de apresentação desses documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal. Embora sejam de indiscutível importância, a assistência à saúde da gestante é prioritária. Não há impedimento legal ou ético para que o profissional de saúde preste a assistência que avaliar como necessária.
- Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o BO; prestar depoimento ou submeter-se a exame pelos peritos do IML. Se por alguma razão não for mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os profissionais podem acessar o prontuário ou solicitar os achados de valor médico legal coletados no serviço. Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas cir-

10.



10.  
cap

182

cunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário.

### Recomendações finais

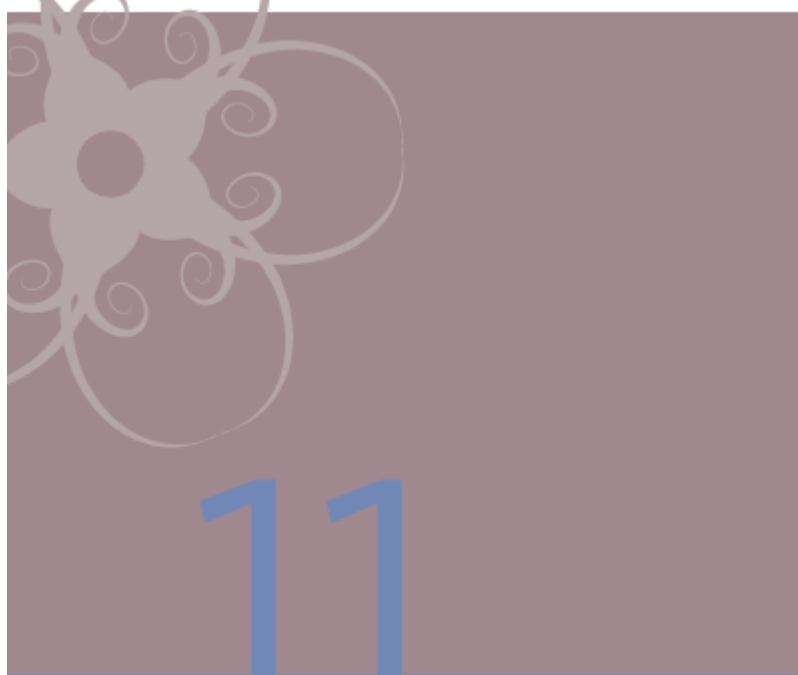
A grávida em situação de violência que recorre aos serviços de saúde geralmente se encontra fragilizada e vulnerável. É comum que manifeste muitos sentimentos, como humilhação, vergonha, culpa, medo ou depressão. É fundamental que o profissional de saúde trate a mulher com respeito e dignidade. Não se deve, em nenhum momento, colocar em questão a veracidade da sua história ou as circunstâncias em que tenha acontecido, por mais incomuns que possam parecer. Deve-se manter postura o mais neutra possível, evitando julgamentos e manifestações de valores pessoais. Além disso, é necessário respeitar as características emocionais e a situação de fragilidade, 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. Negligenciar esses aspectos, em particular os emocionais, pode resultar na revitimização da mulher, lamentavelmente produzida pelos serviços de saúde.

10.

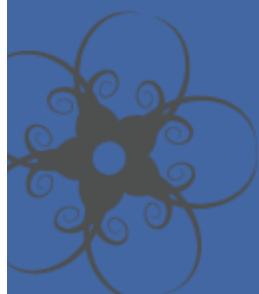


10.  
cap

183



11



Orientações gerais

## Exercícios físicos

Recomenda-se que a gestante faça uma avaliação médica antes de iniciar a atividade física. Em geral não são necessárias limitações, mas se deve atentar para o risco de fadiga ou acidentes. A gestação não é o melhor período para intensificar treinamento ou iniciar novos exercícios aeróbicos.

Na ausência de contraindicações para exercícios físicos, as atividades devem ter intensidade leve a moderada, por 30 minutos ou mais, diariamente. Deve-se dar preferência ao exercício regular, por pelo menos três vezes por semana.

As técnicas adotadas devem evitar a posição supina e que a gestante fique de pé e sem se movimentar durante longos períodos. As gestantes devem parar a atividade física ao se sentirem fatigadas, não se exercitando até a exaustão. Os exercícios sem peso, como os realizados em água, diminuem o risco de lesões.

A perda de equilíbrio pode ser prejudicial ao bem-estar materno e fetal, devendo-se evitar atividades que facilitem trauma abdominal.

O exercício na gestação deve estar associado aos cuidados com dieta, hidratação e utilização de roupas adequadas.

As alterações morfofuncionais da gravidez perduram por até 4 a 6 semanas após o parto. Essa informação é relevante para adequar as orientações, que devem ser baseadas na capacidade física da puérpera.

## Trabalho

A atividade laboral pode continuar nas gestações de baixo risco até o momento do parto, devendo-se avaliar as condições de trabalho da gestante, particularmente a possibilidade de acidentes. Nos casos de alto risco, cada situação deve ser analisada, segundo recomendações específicas. Algumas informações legais são comentadas no **Capítulo 12, Item 12.2**.

## Orientação nutricional

De maneira geral, um ganho ponderal menor que 1 quilo ou superior a 3 quilos, em 1 mês, sugere mudanças nos hábitos alimentares ou outras anormalidades, como a retenção hídrica na pré-eclâmpsia.

É importante que a unidade de saúde esteja articulada com um serviço de nutrição e dietética que possa acompanhar gestantes que apresentem anormalidades em seu estado

nutricional. As intervenções instituídas devem seguir normas protocoladas, homogeneizando as informações na rede assistencial.

As recomendações das necessidades calóricas diárias não são arbitrárias, preconizando-se um aumento de 300 kcal/dia. É preciso avaliar individualmente a gestante, considerando o peso pré-gestacional, idade e grau de atividade física. Pode-se adotar que, durante a gestação, o valor energético total mínimo para uma grávida com peso normal deve ser 35 kcal/kg de peso ideal.

Para conhecer o histórico alimentar da gestante, pode-se solicitar que ela anote os alimentos que ingeriu nos últimos 3 dias, com os respectivos horários, incluindo líquidos, o que servirá como base de orientação.

Quanto a adoçantes não-nutritivos, pode-se administrar aspartame (dose máxima de 50 mg/kg/dia, devendo haver bastante cuidado quando a gestante for portadora de fenilcetonúria), sacarina, acesulfame K (dose máxima de 313 mg/dia) e sucralose (dose máxima de 1,6 mg/kg/peso/dia), cuja utilização foi aprovada pela Food and Drug Administration.

É necessário orientar a grávida sobre algumas restrições alimentares, tais como não consumir leite e derivados não pasteurizados, assim como carne, frango, ovos e peixe crus ou pouco cozidos, além de evitar frutas e vegetais não lavados.

## Exercício da sexualidade

Não há razão científica para contraindicar a atividade sexual na gestação. No entanto, deve-se orientar abstinência sexual nos casos de amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro e síndromes hemorrágicas.

A equipe assistencial deve dar espaço para a grávida falar sobre a sexualidade do casal, pois as alterações físicas, funcionais e psicológicas podem ser vivenciadas como experiências marcadas por questionamentos, compostas por fenômenos facilitadores ou limitadores da prática sexual.

As queixas devem ser valorizadas, promovendo-se um clima de discussão atencioso e calmo, de desmistificar crenças infundadas, evitar preconceitos e diminuir a ansiedade.

## Direção de veículo

É importante estimular a gestante a utilizar o cinto de segurança de maneira correta. A região do útero deve estar completamente incluída pelo cinto, que deve ser do tipo de três pontos. A parte inferior deve passar acima das cristas ilíacas e a parte superior pela linha intermamária, ao lado do útero, estendendo-se pelo terço médio da clavícula, e não

11.



11.

cap.

186

11.



11.

cap.

187

junto ao pescoço, nunca sobre o útero gravídico. O banco deve ser afastado o máximo possível do volante.

A gestante deve escolher o assento dianteiro à direita, caso o veículo não esteja equipado com cintos de três pontos nos assentos traseiros. Não usar materiais entre o cinto e o corpo, como toalhas, travesseiros e outros, que possam prejudicar o deslizamento pelo corpo.

A Associação Brasileira de Medicina de Tráfego não recomenda que grávidas dirijam veículos se: a idade gestacional for superior a 36 semanas, houver edema acentuado dos pés, queixas de náuseas, câibras, tonturas e vômitos, ameaça de abortamento, hemorragias, hipertensão, no calor demasiado e jejum prolongado.

11.



Índice

11.

cap

188

11.



Índice

11.

cap

189



Índice



Índice

12.1 – Aspectos emocionais	192
12.2 – Aspectos éticos e trabalhistas	196

Aspectos psico-sociais e legais

## 12.1 – ASPECTOS EMOCIONAIS

A visão da equipe que atende a mulher no ciclo grávido-puerperal precisa ser ampliada, não se restringindo a aspectos de habilidade biomédica. As transformações dinâmicas e intensas dessa fase da vida da mulher devem ser valorizadas. Para isso, é relevante que a mulher seja avaliada considerando-se o ambiente em que vive, sua história social e transformações emocionais que experimenta. A adequada relação entre todos os indivíduos envolvidos (mulher, família, cuidadores) é uma dimensão necessária que cria vínculo, gera segurança e propicia uma ação individualizada.

É necessário demonstrar interesse e promover um clima de acolhida baseado em confiança e empatia, respeitando-se a experiência pessoal da gestante e evitando-se preconceitos. A mulher vive uma fase de transformação psíquica e, nesse momento, muitos sintomas físicos podem se manifestar secundariamente a conflitos e dificuldades sociais e/ou emocionais não resolvidas. Os profissionais devem oferecer oportunidade para que a mulher expresse suas queixas e dúvidas, evitando direcionamento rígido que prejudique sua espontaneidade. Deve-se valorizar a capacidade de escutar, evitando excesso ou insuficiência de informação e linguagem demasiadamente técnica, que inibam a participação ativa da mulher na comunicação com a equipe de saúde.

### Nas consultas, é importante que o profissional de saúde:

- Reconheça que a ambivalência com relação à gravidez é um sentimento normal. Toda gestante quer e não quer estar grávida, daí a necessidade de compreender essa circunstância, sem julgamentos;
- Acolha as dúvidas da gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar esse novo papel de forma adequada;
- Reconheça as condições emocionais e sociais dessa gestação – se a gestante tem um companheiro ou está sozinha, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez. Enfim, o contexto em que essa gravidez ocorreu e suas repercussões na gestante;
- Compreenda esse estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;
- Perceba que a gestante pode estar buscando figura de apoio; assim, o profissional fica muito idealizado e, por isso, passa a ser constantemente procurado, às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas terrivelmente ameaçadoras para a gestante;
- Forneça informações claras, evite o “tecnicismo”, esclareça as dúvidas e repita as informações sempre que necessário;
- Estabeleça relação de confiança e respeito mútuos;

- Considere que os exames de imagem, por exemplo, podem ser aproveitados para promover um “encontro rápido da mãe com seu filho”. Considere também que os exames podem ter interpretações distintas para os profissionais de saúde e para a mulher;
- Prepare a gestante para o parto normal (se não houver outra indicação), ajudando a diminuir sua ansiedade e insegurança, assim como o medo do parto, da dor, de o bebê nascer com problemas e outros;
- Forneça, para alívio das ansiedades da mulher, orientações antecipatórias sobre a evolução da gestação e do parto – contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa. Deve, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras, e observar o seu impacto em cada mulher, em sua individualidade;
- Proporcione espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa também se envolver no processo grávido-puerperal ativamente, promovendo o equilíbrio nas mudanças ocorridas com a chegada de um novo membro à família.

### Primeira consulta

A primeira consulta geralmente ocorre quando a mulher já elaborou algumas reações quanto ao seu estado grávido. Espera-se que nesse momento já tenha tomado decisões, como a de dar continuidade à gestação. Apesar disso, as inseguranças estão presentes, bem como os sentimentos ambivalentes que se referem a querer e não quer estar grávida. Não é incomum haver uma demanda emocional importante, que deve ser acolhida. Frequentemente, a mulher busca:

- Confirmar aspectos como diagnóstico de gravidez e saúde fetal, bem como ser assegurada de que tem boas condições de saúde para gestar;
- Amparar suas dúvidas e ansiedades;
- Apoio para a “jornada” da gravidez que se inicia.

As transformações psíquicas são dinâmicas e podem sofrer modificações em intensidade ou em natureza durante o curso da gravidez e no puerpério. Estudos indicam que as manifestações mais comuns são:

### No primeiro trimestre

- Temor de abortamento e de malformações fetais.
- Ambivalência quanto à gravidez.
- Instabilidade de humor, com aumento da irritabilidade.





- Percepção das primeiras modificações corporais e alguns desconfortos, tais como náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço.
- Desejos e aversões por determinados alimentos.

#### No segundo trimestre

- Introspecção e passividade.
- Impacto da percepção dos movimentos fetais.
- Adequação às transformações orgânicas e mudanças corporais.
- Alteração de desejo e desempenho sexual.

#### No terceiro trimestre

- Ansiedade relacionada a o local e momento do parto, ao tipo de parto, ao medo de desfechos desfavoráveis e da dor, e ao medo da morte dela própria ou do filho.
- Intensificação das queixas.

#### No puerpério

- Ajuste entre a imagem do filho ideal, construída durante a gestação, e o filho real, apresentado à mulher após o parto.
- Desafio da relação entre a mãe e seu filho, que será baseada num padrão de comunicação não-verbal.
- A mulher geralmente tem suas necessidades preteridas em privilégio do recém-nascido, o que pode gerar ansiedades relacionadas, inclusive a idealização do melhor cuidado.
- A experiência da convivência com a criança é tida como uma situação nova, como a inclusão de um ser diferente dela e que mobiliza um esforço adicional, particularmente desafiador quando o puerpério tem um curso anormal, ou quando o recém-nascido for prematuro, apresentar malformações ou alguma patologia.
- A amamentação pode exigir muito da puérpera, produzindo a sensação de incapacidade, preocupações estéticas ou a ideia de ser uma etapa de dependência infinita na relação com seu filho.
- O eventual ciúme por parte de outros filhos do casal, a partir da reorganização do núcleo familiar, pode representar um período de intensa exigência na busca de equilíbrio nas relações e no cotidiano do grupo familiar.
- As alterações na esfera sexual, incluindo o desejo, são frequentemente intensificadas pelas transformações físicas e podem potencializar sentimentos de exclusão do companheiro, impondo à mulher uma preocupação adicional, muitas vezes desgastante.

12.



12.  
cap.

194

É importante que o profissional de saúde compreenda que o puerpério é um período em que os sentimentos gerados pela necessidade de ajuste ao filho real, as transformações corporais e a mudança na configuração familiar exigem muito esforço psíquico da mulher, o que requer cuidadosa atenção de seus familiares e cuidadores. Para dar acolhida a esses aspectos, é indispensável que a equipe multiprofissional:

- Dê atenção a sintomas, evitando a tendência de justificar todas as queixas como problemas relacionados ao curso habitual do período;
- Valorize o diálogo e as informações dos acompanhantes, desenvolvendo uma postura de apoio e crítica habilidosa;
- Reconheça que a dúvida infundada pode representar uma busca legítima de apoio;
- Promova o vínculo familiar;
- Promova o alojamento conjunto, evitando a separação precoce; ao propiciar o contato próximo entre a mãe e o recém-nascido, promoverá o vínculo, incentivando o aleitamento materno e auxiliando a mulher a se sentir segura para assumir os cuidados com seu filho;
- Apoie a mulher quando ocorrerem complicações, como, por exemplo, o óbito fetal ou do recém-nascido, que exige da equipe multiprofissional respeito à privacidade e fornecimento de informações adequadas; é preciso dar informações e repeti-las, se necessário, oferecer a possibilidade de ver o corpo, informar sobre os trâmites legais para o sepultamento, respeitar o luto que se inicia e possibilitar recordações desse instante, se requeridas pela família;
- Esteja preparada para reconhecer as anormalidades potencialmente graves, como a depressão puerperal, que se expressa como alterações no ciclo sono-vigília, culpabilidade excessiva, falta de energia e ideias de morte, suicídio e/ou rejeição ao conceito, solicitando apoio especializado, quando necessário.

#### Alterações emocionais do puerpério

É importante que a equipe de saúde esteja preparada para reconhecer as alterações emocionais do puerpério, diferenciando as alterações transitórias daquelas potencialmente mais graves, a fim de orientar a puérpera e seus familiares e proceder à conduta mais adequada para cada caso. São elas:

- **Tristeza materna, blues puerperal ou baby blues** – manifestação mais frequente, acometendo de 50 a 70% das puérperas. É definido como estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no 3º dia do pós-parto e tem duração aproximada de 2 semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade.
- **Depressão pós-parto** – menos frequente, manifesta-se em 10 a 15% das puérperas, e os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de

12.



12.  
cap.

195

morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê;

• **Psicose puerperal** – manifestação mais rara, ocorre entre 1,1 e 4 para cada 1.000 nascimentos. O início é abrupto, os sintomas surgem até 2 ou 3 semanas pós-parto, ou seja, quando a puérpera já se encontra fora da maternidade. Os sintomas incluem quadro alucinatório delirante, grave e agudo; delírios que envolvem seus filhos; estado confusional; comportamento desorganizado. Há risco para a própria mulher e para o bebê e é necessário que se proceda a encaminhamento para especialista em saúde mental.

## 12.2 – ASPECTOS ÉTICOS E TRABALHISTAS

Neste item são apresentadas algumas informações referentes às legislações pertinentes ao tema para divulgação entre gestores e equipes assistenciais e, a partir daí, à própria paciente, possibilitando a unificação de condutas e colaborando para o exercício da cidadania.

Ao descobrir sua gravidez, a mulher deve informar a empresa onde trabalha, no menor tempo possível a partir desse anúncio, entregando cópia de exame laboratorial ou relatório médico com o diagnóstico. A empresa é proibida de demiti-la sem justa causa.

Se a demissão foi imotivada, a gestante tem o direito de reintegração em seu emprego, se esta ocorrer no período de estabilidade; se estiver fora desse período, a garantia restringe-se aos salários e direitos adicionais correspondentes ao expediente de estabilidade. O Tribunal Superior do Trabalho (Súmula 24) não afasta o direito ao recebimento de indenização da estabilidade pela alegação de desconhecimento do estado gravídico, quando da decisão pela demissão.

Quando as condições de saúde exigirem ou houver risco à gravidez, é garantida à gestante mudança de função, tendo o direito de retorno após a gestação e parto (art. 392, par. 4º, I CLT).

É facultado à gestante romper qualquer contrato de trabalho se for constatado, mediante atestado médico, que a atividade laboral pode ser prejudicial à sua saúde (art. 394 da CLT).

### Licença-maternidade

A licença à grávida, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias está garantida no artigo 7º, inciso XVIII da Constituição Federal.

Pode iniciar-se a partir do 28º dia antes do parto, mediante apresentação do atestado médico. O texto do artigo diz que “é proibido o trabalho da mulher grávida no período de 28 dias antes e 92 dias depois do parto”. Se o parto for antecipado ou a licença for iniciada

pós-parto, o período de gozo é integral (art. 392, CLT).

O projeto de lei que amplia a licença maternidade para 180 dias (nº 281, de 10 de agosto de 2005) foi sancionado pela Presidência da República em 9 de setembro de 2008. De acordo com esse projeto, o salário dos 2 meses excedentes aos 120 dias de licença vigentes será pago pelas empresas que optarem pela licença ampliada, mas sem o reembolso pela Previdência Social, como ocorre com os 120 dias. A adesão ao programa é facultativa, tanto para a empresa quanto para a empregada e, desde que realizada, confere à empresa o direito de deduzir do imposto de renda o valor correspondente à remuneração da empregada referente aos 60 dias que perdurar a prorrogação da licença-maternidade.

Em caso de óbito fetal, aplica-se o direito à licença-maternidade como no caso de nascimento de feto vivo.

Nos casos de aborto, a lei contempla o direito a repouso remunerado de 2 semanas e retornar à função que ocupava antes.

### Amamentação

A mulher que amamenta tem o direito a dois descansos especiais remunerados, durante 30 minutos cada, durante a jornada de trabalho, até que seu filho complete 6 meses de vida.

### Questões de acesso aos serviços de saúde e cidadania

Deve-se atentar para o conforto, a privacidade e a integridade física das usuárias nas consultas e procedimentos, com respeito a seus valores pessoais e garantia de confidencialidade de toda e qualquer informação.

O Código de Ética Médica, em seu artigo 102, diz que é vedado ao médico “revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”.

Toda gestante no âmbito do SUS tem direito a conhecimento e à vinculação prévia à maternidade onde receberá assistência (Lei 11.634/2007).

**As gestantes, como qualquer paciente, possuem direitos estabelecidos no Estado de São Paulo (Lei Estadual nº 10.241/1999), com enfoque no respeito à dignidade humana. São, ainda, direitos do usuário:**

- Ser identificado pelo nome e sobrenome, com indicação, em seus documentos de unidades, do nome que prefere ser chamado, evitando-se qualquer outra forma de atendimento.

12.



12.  
cap.

196

12.



12.  
cap.

197

- Receber, assim como seus familiares, informações objetivas, compreensíveis e respeitadas quanto ao seu estado de saúde.
- Possuir um prontuário multiprofissional atualizado, que deve ser arquivado por 20 anos após o último contato, com registros legíveis sobre sua história clínica, e que contenha a identificação do responsável por cada preenchimento, que pode ser acessado pelo paciente ou terceiro por ele autorizado e cópia em caso de transferência de cuidados (resolução CFM nº 1.639/2002, art. 4).
- Ter acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, incluindo o acompanhamento pré-natal, e em todas as situações previstas em lei. Também há garantias legais para a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, no momento do parto e no pós-parto imediato (Lei Federal 11.108/2005, art.19-II).
- Entrega de laudo médico, quando solicitado.
- Consentir ou recusar-se, depois de adequada informação, a submeter-se a procedimentos, atestando de forma livre e esclarecida, idealmente na presença de testemunha, desde que isso não represente risco à saúde pública, sem imputação de qualquer natureza.
- Ter liberdade de procurar parecer de outro especialista sobre procedimentos recomendados em qualquer fase do tratamento.
- Informar aos setores responsáveis suas sugestões e reclamações, com sigilo e privacidade.
- Os profissionais responsáveis por sua atenção devem ser identificados por elementos de fácil percepção, como crachás.
- As prescrições terapêuticas devem conter: o nome genérico da substância prescrita, indicação de dosagem e posologia, texto legível sem códigos ou abreviaturas, com o nome e o número do registro no órgão de controle e regulamentação da profissão do responsável pela prescrição, local e data.

12.



12.

Os usuários são considerados parte ativa e coparticipes do processo de cuidado e, portanto, são seus deveres:

- Prestar informações adequadas e responder às indagações sobre sua saúde atual e antecedentes;
- Solicitar esclarecimentos, quando necessário;
- Participar ativamente do seu projeto terapêutico, adotando os cuidados propostos e aceitos;
- Informar, à equipe responsável, alterações na sua situação de saúde;
- Assumir responsabilidade sobre recursos ou inobservância de cuidados;
- Ter à disposição os documentos e exames que ficam em seu poder para apresentar sempre que necessário;

198

- Colaborar com a integridade da unidade de saúde, evitando emitir ruídos, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, contribuindo para a limpeza local;
- Comportar-se de maneira cordial com outros usuários e com a equipe de saúde;
- Cumprir as normas regulatórias das unidades de saúde onde é feito o atendimento, se estiverem de acordo com as prerrogativas legais;
- Comunicar às autoridades competentes a oferta ou uso de serviços e produtos que afetem a saúde.

#### As responsabilidades de gestão das unidades incluem:

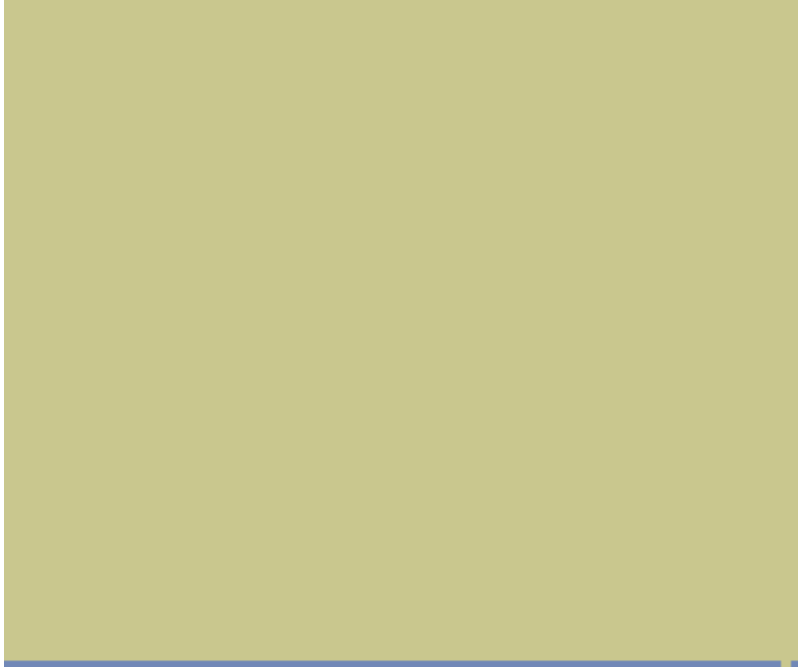
- O encaminhamento do(a) usuário devido à limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde; nesses casos, paciente e familiares devem ser claramente informados sobre qualquer plano de contingência e os critérios devem seguir ditames clínicos e sociais.
- Disponibilizar informações aos usuários, nos locais de atendimento e de controle social, sobre o acesso aos serviços de saúde, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e turnos de trabalho dos profissionais assistentes.

12.



12.

199



Atenção ao puerpério

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. Esse atendimento deve ser o mais criterioso possível no âmbito hospitalar e na avaliação posterior, na unidade de saúde.

Recomenda-se uma visita domiciliar na 1ª semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado 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.

Uma vez que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontece na 1ª semana após o parto, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer logo nesse 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 1ª semana após o parto para instituir todo o cuidado previsto para a Primeira Semana de Saúde Integral.

**Acolhimento da mulher e do RN** – deve ser realizado por profissional de saúde habilitado, de acordo com as seguintes condutas:

- Apresentar-se, perguntar o nome da mulher e do recém-nascido e atendê-los com respeito e gentileza;
- Escutar o que a mulher tem a dizer, incluindo possíveis queixas, e estimulá-la a fazer perguntas;
- Informar sobre os passos da consulta e esclarecer dúvidas.

**Atenção à puérpera** – na anamnese, verificar o cartão da gestante e o resumo de alta hospitalar e/ou perguntar à mulher sobre:

- Condições da gestação;

13.



13.  
cap.

202

- Condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- Dados do parto (data, tipo de parto, se cesárea, qual a indicação);
- Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh);
- Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e/ou parto;
- Uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, outros).

#### Perguntar como se sente e indagar 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, valorizando a consulta pré-concepcional e desestimulando intervalo intergestacional inferior a 6 meses;
- **Condições psicoemocionais** – estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, entre outros, estando alerta para quadros de depressão ou de blues puerperal (ver Capítulo 12, Item 12.1);
- **Condições sociais** (pessoas de apoio, erroal do bebê, condições para atendimento a necessidades básicas).

#### Avaliação clínico-ginecológica:

- Verificar dados vitais.
- Avaliar o estado psíquico da mulher.
- Observar estado geral – pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e membros inferiores.
- Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação.
- Examinar abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação.
- Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios).
- Retirar os pontos da cicatriz cirúrgica, quando necessário, e orientar sobre os cuidados locais.
- Verificar possíveis intercorrências – alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo-ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos

13.



13.  
cap.

203

intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica imediata, se o atendimento estiver sendo feito por outro profissional da equipe.

- Observar formação do vínculo entre mãe e filho.

- Observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da areola. 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 3º e o 5º dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região).

- Identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada.

#### Condutas:

- Orientar sobre higiene, alimentação, atividades físicas, atividade sexual, prevenção de DST/AIDS, cuidado com as mamas e com o recém-nascido, aleitamento, direitos da mulher, planejamento familiar e ativação de método contraceptivo, se for o caso.

- Aplicar vacinas, dupla tipo adulto e tríplice viral, se necessário.

- Oferecer teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto.

- Prescrever suplementação de ferro – com sulfato ferroso 300 mg/dia, até 3 meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada.

- Tratar possíveis intercorrências.

- Registrar informações em prontuário.

- Agendar consulta na qual deverá ser realizada avaliação no período puerperal, idealmente 42 dias após o parto, no máximo 60 dias, para mulheres que estão amamentando, e 30-42 dias para mulheres que não estiverem amamentando.

#### Assistência ao recém-nascido na primeira consulta:

- Verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providenciar abertura imediata.

- Verificar se a Caderneta de Saúde da Criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, verificar se há alguma informação sobre o peso, comprimento, índice de Apgar, idade gestacional e condições de vitalidade.

- Verificar as condições de alta da mulher e do RN.

- Observar e orientar a mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, com destaque para a necessidade de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida do bebê, não havendo necessidade de oferecer água, chá, ou qualquer outro alimento.

13.



13.  
cap.

204

- Observar e avaliar a mamada para garantir o adequado posicionamento e pega da areola.

- Observar a criança no geral – peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdômen (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicitar avaliação médica imediatamente.

- Identificar o RN de risco ao nascer, de acordo com os critérios apresentados a seguir.

#### Crítérios principais:

- Baixo peso ao nascer (menor que 2.500 g).

- Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento.

- História de morte de criança < 5 anos na família.

- RN de mãe HIV positivo.

#### Dois ou mais dos seguintes critérios associados:

- Família residente em área de risco.

- RN de mãe adolescente (< 16 anos).

- 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 alguns desses critérios sejam identificados, solicitar avaliação médica imediatamente.

#### Ainda no acompanhamento puerperal:

- Verificar o resultado do teste do pezinho e registrá-lo na Caderneta de Saúde da Criança.

- Verificar se foram aplicadas, na maternidade, as vacinas BCG e de hepatite B. Caso não tenham sido, aplicá-las na unidade e registrá-las no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança.

13.



13.  
cap.

205



- Agendar as próximas consultas de acordo com o calendário previsto para seguimento da criança: 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º mês de vida.

### Consulta puerperal (entre 42-60 dias)

Caso já tenham comparecido às ações da Primeira Semana de Saúde Integral, a mulher e o recém-nascido deverão passar por avaliação de suas condições de saúde; registro das alterações; investigação e registro da amamentação; retorno da menstruação e atividade sexual; realização das ações educativas e condução das possíveis intercorrências.

#### Ações necessárias na consulta puerperal:

- Escutar a mulher, verificando como se sente, suas possíveis queixas e esclarecendo dúvidas.
- Realizar avaliação clínico-ginecológica, incluindo exame das mamas.
- Avaliar o aleitamento.
- Orientar sobre:
  - higiene, alimentação, atividades físicas;
  - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/AIDS;
  - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (e considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
  - cuidados com o recém-nascido;
  - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas);
  - expectativas reprodutivas, considerando a evolução da gestação e eventuais complicações associadas.
- Orientar sobre planejamento familiar e uso de método contraceptivo, se for o caso:
  - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
  - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para seu uso e para o seguimento.
- Tratar possíveis intercorrências.

#### Uso de método anticoncepcional durante o aleitamento

Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto devem-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. A escolha do método deve ser sempre personalizada.

13.



13.  
cap.

206

Durante os primeiros 6 meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorreia, está associada com a diminuição da fertilidade. Porém, esse 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. Por este motivo é importante alertar a mulher sobre métodos que não interferem na amamentação e podem acrescentar eficácia contraceptiva: Preservativo e DIU.

O DIU pode ser inserido imediatamente após o parto ou a partir de 6 a 8 semanas pós-parto. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até 3 meses após a cura.

O uso do preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado pois além de boa eficácia contraceptiva, confere proteção contra as doenças de transmissão sexual.

O anticoncepcional hormonal oral só de progesterona (minipílula) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. Seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.

O anticoncepcional injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona 150 mg – pode ser utilizado pela mulher que está amamentando e tem alta eficácia. Seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto. É especialmente indicado em situações de condições patológicas maternas, quando novas gestações devem de fato ser evitadas, incluindo a hipertensão arterial, diabetes e outras.

O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal não devem ser utilizados em lactantes, pois interferem na qualidade e 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.

A laqueadura tubária, por ser método definitivo, deve respeitar os preceitos legais. Quando já previamente escolhida, poderá ser realizada no puerpério imediato, quando o parto foi vaginal, ou durante a cesariana. Caso a decisão por esse método ocorra posteriormente, ele deverá ser postergado para depois do período de aleitamento e outro método temporário deverá ser utilizado.

#### Atividade sexual no puerpério

O interesse sexual pode diminuir no período pós-parto; no entanto, cerca de 80% das puérperas retomam à atividade sexual em até 6 semanas iniciais do puerpério. A atrofia vaginal, frequentemente observada nesse período, pode ser a causa do desconforto e até da sinusorragia na época puerperal, que podem diminuir de intensidade ou desaparecerem após a aplicação de lubrificantes ou de estrogênio tópico. Essa conduta, porém, exige exame ginecológico prévio, para segurança diagnóstica.

13.



13.  
cap.

207

### Contraindicações da amamentação

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contraindicam 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 contraindicar a amamentação são, na maioria, transitórias e incluem alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade.

São poucas as medicações que contraindicam a amamentação. Nenhuma medicação deve ser utilizada, sem orientação médica, pela puérpera que está amamentando. Na eventualidade da medicação utilizada ser classificada como de uso criterioso ou contraindicada durante a amamentação, o procedimento de escolha é optar por alternativas terapêuticas e não suspender o aleitamento. Para mais detalhes, ver o Anexo 3 e o Manual de Amamentação e Uso de Drogas (Ministério da Saúde, 2000).

### Mulheres portadoras do HIV/HTLV – contra-indicação para o aleitamento

O risco de transmissão do HIV pelo leite materno é elevado. A transmissão ocorre tanto pelas mães sintomáticas quanto pelas assintomáticas. O risco de transmissão do HTLV-1 e 2 (vírus linfotrófico humano de células T) pela amamentação é variável e bastante alto, sendo mais preocupante pelo HTLV-1. Há referências que apontam para risco de 13% a 22%. Quanto mais tempo a criança mama, maior será a chance de ela ser infectada.

Assim, as gestantes HIV+ e HTLV+ deverão ser orientadas para não amamentar. Quando, por falta de informação, o aleitamento materno tiver sido iniciado, torna-se necessário orientar a mãe para suspender a amamentação o mais rapidamente possível, mesmo em mulheres em uso de terapia antirretroviral. Após o parto, a lactação deverá ser inibida mecanicamente (enfaixamento das mamas ou uso de sutiã apertado) e deve-se considerar o uso de inibidores de lactação, como a cabergolina (1 g via oral em dose única), respeitando-se suas contraindicações. A amamentação cruzada – aleitamento da criança por outra nutriz – está formalmente contraindicada.

A criança deverá ser alimentada com fórmula infantil durante os 6 primeiros meses de vida, necessitando posteriormente de 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, 2004).

Para mais informações sobre esse assunto, consultar o documento de consenso Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes.

13.



13  
cap.

208

### Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

Nas conversas com as gestantes, é recomendável orientar sobre a prevenção de situações de dificuldade somente se esses assuntos forem citados por elas.

**Pega incorreta do mamilo** – a pega incorreta da região mamilo-areolar faz com que a criança não consiga retirar leite suficiente, levando à agitação e ao choro. A pega errada, só no mamilo, provoca dor e fissuras e faz com que a mãe fique tensa, ansiosa e perca a autoconfiança, acreditando que seu leite seja insuficiente e/ou fraco.

**Fissuras (rachaduras)** – habitualmente, as fissuras ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado errado ou quando a pega está incorreta. Manter as mamas secas e não usar sabonetes, cremes ou pomadas também ajudam na prevenção. Recomenda-se tratar as fissuras com o leite materno do fim das mamadas, banho de sol e correção da posição e da pega.

**Mamas ingurgitadas** – acontecem, habitualmente, na maioria das mulheres, do 3º ao 5º dia após o parto. As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (pele brilhante), às vezes avermelhadas. A mulher pode ter febre. Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para 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.

**Mastite** – é um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante, habitualmente a partir da 2ª semana após o parto. Em geral é unilateral e pode ser consequência de um ingurgitamento indevidamente tratado. Essa situação exige avaliação médica para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado. A amamentação na mama afetada deve ser mantida, sempre que possível, e a pega e a posição devem ser corrigidas, se necessário. No caso de formação de abscesso, é preciso tratamento hospitalar com drenagem e antibiótico.

**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 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.

13.



13  
cap.

209



Anexo 1 – Ficha de acompanhamento pré-natal	212
Anexo 2 – Uso de drogas na amamentação	213
Anexo 3 – Medicamentos que devem estar disponíveis para a atenção ao pré-natal e puerpério	214
Anexo 4 – Relatório de encaminhamento	218

Anexos

## Anexo 1 – Ficha de acompanhamento pré-natal

### IDENTIFICAÇÃO

IG/Unidade: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ US Pré-Natal \_\_\_\_\_  
 Cartão SUS: \_\_\_\_\_ cidade: \_\_\_\_\_  
 Cor (por auto-declaração): Branca Parda Amarela Indígena  
 Alfabetizada: Sim Não Estado civil: Casada União estável Solteira Outro: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Nome do acompanhante para o parto: \_\_\_\_\_  
 Maternidade de referência: \_\_\_\_\_  
 Responsável pelo registro: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES FAMILIARES (HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, CÂNCER, ETC)

### ANTECEDENTES PESSOAIS (ANTECEDENTES EMOCIONAIS, SOCIOCULTURAIS E OCUPACIONAIS, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, CÂNCER, CAEDORNIAS, FHELMINTÍASIAS, INTERNAÇÕES, TRANSLUÇÕES, HÁBITOS, VÍCIOS, ETC)

### ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Menarca: \_\_\_\_\_ DUM: \_\_\_\_\_ DPF: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DUM Confirmada por USG < ao sem: Sim Não  
 Ciclos regulares: Sim Não Método contraceptivo: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

		<b>RECÉM-NASCIDOS</b>	Peso: < 3500g _____ ≥ 4000g _____
Gestação: _____ Partos: _____ Normais: _____	Malformação(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Cesarianas: _____	Prematuro(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Fótopos: _____	Natimorto(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Abortos: _____ Espontâneos: _____	Neomorto(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Provocados: _____	< 01 semana: _____ > 01 semana: _____		

### DADOS RELEVANTES DO DIAGNÓSTICO (GEBELE TOCÓGICO GINECOLÓGICO)

Altura: \_\_\_\_\_ JWC 1ª consulta: \_\_\_\_\_  
 Exame odontológico: Normal Alterado: \_\_\_\_\_  
 Exame de mama: Normal Alterado: \_\_\_\_\_  
 Inspeção cervical: Normal Alterado: \_\_\_\_\_

Consulta (data)	Idade gestacional	Pressão arterial	Peso	Edema	RCF	Altura uterina	Apresentação	Mov. fetal	Conduta	Diagnóstico	Profissional	Retorno
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

14.

Índice

14.

cap

212

## Anexo 2 – Uso de drogas na amamentação

GRUPO DE DROGAS	USO CONTRAINDICADO DURANTE A LACTAÇÃO	USO CUIDADOSO DURANTE A LACTAÇÃO	USO COMPATÍVEL COM A LACTAÇÃO
<b>ANALGÉSICOS, ANTI-INFLAMATÓRIOS E SÉSSICOS</b>	Sala de ouro.	Paracetamol, Indometacina, dextropropofoleno. Dose e frequência prolongada morfinas, codeína, petidina, salicilato.	Ácidos metanoílicos e flufermicos. Diclofenaco. Fludocem. Naproxeno, cetoprofeno, Suprofen, colchicina, Paracetamol, dipirona. Uso de curta duração morfinas, codeína, petidina, salicilato.
<b>ANTI-BIÓTICOS E ANTI-INFECIOSOS</b>		Clinamicina, cloranfenicol, Imipenem, Sulfametoxazol, sulfonamidas, rifampicina na, ácido nalidixico. Quinolonas: ciprofloxacina, pefloxacina, norfloxacina. Anfotericina. Sarcosinas: lindano e monossulfato. Antimoldes: cetoconazol, itraconazol, terconazol, isoterconazol. Nitroimidazol: (metronidazol, tinidazol), furazolidona. Antimaláricos: Primaquina, Clotrimina, dapsona.	Penicilinas, ampicilina, amoxicilina, carbencilina, oxacilina, cefalosporinas, aminoglicosídeos, acetaminofeno, telapirina, vancomicina, entranomicina, actromicina, claritromicina, incamicina, tetraciclina, rifampicina, tuberculostáticos. Anfotericina, aciclovir, idoxuridina. Etracilina: exceto lindano e monossulfato. Antimoldes: micostazol, nistatina, fluconazol, clotrimazol, anfotericina B, griseofulvina. Anti-inflamatórios: Paracetamol, anti-inflamatório de meglumina.
<b>MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL</b>	Antieméticos, cocaína, heroína, LSD, maconha.	Antidepressivos: amitriptilina, Imipramina, flu, moclobemida, fluoxetina, maprotilina, paroxetina. Anestésicos gerais: fencarbitol, butalbital, primidona, difenilhidantoina, etomidato, clonazepam. Antipsicóticos: haloperidol, droperidol, pimozida, sulpirida, clogramadina, levopromadina, flufenadina, pericidina, bendadina, pipozidina. Derivados da ergotamina (erlanoxetina). Antiparkinsonianos.	Benzodiazepínicos: oxazepam e lorazepam. Anticonvulsivantes: carbamazepina, ácido valproico. Clomipramina.
<b>HORMÔNIOS E ANTICONGESTIVOS</b>	Tamoxifen, Androgênicos, Bromocriptina, cabergolina, Misoprostol, Mifepristona, terbutalina, doses elevadas.	Hipoglicemiantes orais. Propiluracil, carbamazepina, mifepristona. Corticosteróides: dose elevada uso prolongado. Colchicina, ergonovina.	Adrenalina, insulina, furosemida. Anticoncepcionais: progesterona (micodotagim), espironolactona, DU com progesterona. Corticosteróides: uso de curta duração.
<b>MECLARMA</b>	Amiodarona, Anticoagulantes: citostáticos/ imunossupressores. Substâncias radioativas. Retinoides.	Omegrazol, lamoprazol, pantoprazol, Teofilina, aminoflilina, ledetia, lodopovidona. Antifúngicos: Nafazolina, oximetazolina, fenilefrina, Carisoprofol. Clonidina, Piriteno, Reserpina. Bebidas alcoólicas. Nicotina.	Antiácidos: Clonidina, ranitidina, famotidina, cisaprida, metoclopramida, bromoprida, alagrona, dimetipidona. Anti-inflamatórios: preferir paracetamol, ibuprofeno. Diuréticos: Acetazolamida de cálcio, clidina, mifedrina, verapamil. Anti-hipertensivos: metildopa, captopril, hidralazina, Difenilolis. Lidocaina, Lidocaina, Vitaminas: immunoglobulinas, Vitamina.

- || Suspender a amamentação temporária ou definitiva.
- || Podem ser usados em doses ocasionais e ou habituais, contudo com baixa criança para evitar efeitos.
- || Uso potencialmente seguro em dose habitual.

14.

Índice

14.

cap

213

### Anexo 3 – Medicamentos que devem estar disponíveis para a atenção ao pré-natal e puerpério

HP MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	RENOME	POSOLOGIA	BSOP*
1 Acetato de medroxiprogesterona	Anticoncepcional (injável) trimestral	150 mg/ml	1 ampola, 1x/trimestre, IM	D	
2 Adoçor	Heqpa simples	Comp. 300 mg	200-400 mg, 5x/dia, VO (no dia de primoinfecção e 5 dias na recorrência)	C	
3 Ácido acetilsalicílico	Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide	Comp. 100 mg Comp. 500 mg	500 mg, 1-4x/dia, antiplaquetico e analgésico, 100 mg, 1x/dia, profilaxia de pré-eclâmpsia	OD	
4 Ácido fólico	Anemia, prevenção de defeitos tubo neural e anemia megaloblástica	Comp. 5 mg	5 mg, dose única diária, VO (anemia: até cura e durante o puerpério, prevenção de defeitos do tubo neural do período pré-concepcional até 2 semanas de gravidez)	A	
5 Ácido fólico	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 15 mg	1 comprimido, VO, 1x/dia, durante 3 semanas regulares de pausa de 3 semanas (de acordo com diagnóstico da infecção fetal até o termo da gravidez)	B	
6 Amlópidio	Hipertensão arterial	Comp. rev. 150 mg	750 mg, 40 g/dia, VO (no pré-concepcão, na gravidez e puerpério)	B	
7 Amoxicilina	Asma + agneta do RN, embolia pulmonar	Comp. 100 mg Sol. inj. 24 mg/ml	200-400 mg, 3-4x/dia, VO, 240-480 mg, 1-2x/dia, IV (duração de uso segundo critério médico)	C	
8 Amoxicilina	Antibiototerapia	Cáp. 500 mg Pó susp. oral 50 mg/ml	500 mg, 8-11x/dia, VO (de 7 a 10 dias)	B	
9 Ampicilina	Infecção urinária, infecções RN, abortamento infectado, septicemia, infecção puerperal, endocardite bacteriana	Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 500 mg Comp. 500 mg	500 mg, 6-8x, VO, IM ou IV (de 7 a 10 dias)	A	
10 Azitromicina	Antibiototerapia	Comp. 500 mg	500 mg, dose única diária, em 3 dias, ou 10-20 g em dose única, VO	C	
11 Betametazona	Aceleração da maturidade pulmonar fetal	Sol. inj. 12 mg	1 ampola, IM 24-48h (por 2 dias)	DVB	
12 Cabergolina	Inibição da lactação	Comp. 0,5 mg	4,5 mg/semana, VO	D	

14.



Indice

14.

cap.

214

HP MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	RENOME	POSOLOGIA	BSOP*
13 Carbamazepina	Epilepsia	Comp. 200 mg Xarope 20 mg/ml	300-400 mg, dose única diária, VO	D	
14 Cefaloposina 1ª geração (Cefalexina)	Infecção urinária, bacteriúria	Cáp. 500 mg Susp. oral 50 mg/ml	500 mg, 4x/dia, VO (por 7 dias)	B	
15 Cefalosporina 3ª geração (ceftriaxona)	Antibiototerapia, infecção urinária, septicemia	Pó para sol. inj. 500 mg Pó para sol. inj. 1g Pó para sol. inj. 300 mg	Ceftriaxona 2-4 g/dia, IV (de 7 a 10 dias)	B	
16 Clindamicina	Vaginae bacteriana, abortamento infectado, septicemia, infecção puerperal, embolia pulmonar, coriomielite	Cáp. 150 mg Cáp. 75 mg Sol. inj. 150 mg/ml	300-600 mg, 6-8x, VO, IM ou IV (de 7 a 10 dias), creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias)	B	
17 Cromoglicato	Asma	Aerossol 500 mcg/dose	Solução 2%, 2 aplicações, até 6x/dia, uso nasal	B	
18 Diazepam	Hemorragia intracraniana, depressão, outos	Comp. 2 mg Comp. 5 mg Sol. inj. 5 mg/ml	2-10 mg, 2-4x/dia, VO	D	
19 Difenidramina	Casei	Comp. 40 mg Comp. 100 mg	40-80 mg, 4x/dia, VO	B	
20 Dipirona	Analgésico, antitérmico	Sol. oral 500 mg/ml Sol. inj. 500 mg/ml	500 mg, 1-4x/dia, VO	B	
21 Eritromicina	Antibiototerapia	Cáp. 500 mg Comp. rev. 500 mg Susp. oral 15 mg/ml	250-500 mg, 6-8x, VO (de 7 a 10 dias)	DVB	
22 Etoposídeo	Infecção fetal por toxoplasmose	Comp. rev. 500 mg	30 g/dia, VO (até o termo da gravidez)	B	
23 Feniltoína	Epilepsia	Comp. 100 mg	100 mg, VO, 3x/dia	D	
24 Fenobarbital	Epilepsia	Comp. 100 mg Qs. oral 40 mg/ml Sol. inj. 100 mg/ml	100-200 mg, dose única diária, VO	D	
25 Flunisolídeo	Diurético + broncodilatador RN + edema agudo de pulmão	Comp. 40 mg Sol. inj. 10 mg/ml Comp. 25 mg	20-80 mg, dose única diária, VO, IM ou IV	D	
26 Gentamicina	Abortamento infectado, infecções RN, septicemia, coriomielite, infecção puerperal	Sol. inj. 10 mg/ml e 40 mg/ml Sol. inj. 50 mg/ml e 250 mg/ml	240 mg/dia, IV ou IM (de 7 a 10 dias)	D	
27 Gluconato de cálcio 10%	Antídoto do sulfeto de magnésio, em caso de parada respiratória, hipocalcemia RN	Sol. inj. 0,45 ml/g por ml (10%)	1 ampola, dose única, bolus, IV (se critério médico)	B	

14.



Indice

14.

cap.

215

HP/MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO E FRASE	POSOLOGIA	RESCOP
28 Hidralazina	Hipertensão arterial	Sol. inj. 20 mg/ml	1 ampola diluída em água destilada – 30 mL, administrar 5 mL da solução, EV, segundo critério médico	C
29 Hidroclorotiazida	Ansia	Pó para sol. inj. 100 e 500 mg	0,5-1g, dose única diária, IM ou EV, duração a critério médico	DVC
30 Hidróxido de alumínio	Acid	Comp. mastigável 200 mg + 100 mg Susp. oral 35,5 mg + 37 mg/mL	300-600 mg, 4-6x/dia, VO	C
31 Hidroxi- butilacetato larvina	Cólicas	Comp. 10 mg	10-20 mg, 3-4x/dia, VO, E Vou IM	B
32 Imunoglobulina humana anti-D	Prevenção da aloimunização materno-fetal	Sol. inj. 300 mg	1 ampola na 1ª semana, IM e até 72h pós-parto, IM, se grávida Rh negativo e genitor Rh positivo 1 ampola/dia, IM, nas demais indicações de prevenção da aloimunização	B
33 Imunoglobulina humana anti-hepatite B	Hepatite B	Sol. inj. 200 UI/ml	0,05 mL/kg, IM	C
34 Insulina humana NPH e Regular	Diabetes	Sol. inj. 100 UI/ml	NPH 0,5 UI/kg/dia, Regular 0,4 UI/kg/dia (depois segundo critério do médico)	B
35 Lactosilina	Prevenção infecção HIV	Comp. 150 mg Sol. oral 10 mg/ml	150 mg, 2x/dia, VO	C
36 Meclizina	Hemímetase	Comp. 150 mg Susp. oral 20 mg/ml	30 mg/dia, VO (por 3 dias)	C
37 Meloclopramida	Hiperfimese	Comp. 10 mg Sol. oral 4 mg/ml Sol. inj. 5 mg/ml	10 mg, 3x/dia, VO, IM, EV ou via retal	B
38 Metronidazol op	Vaginite, infecção purgural, espiroamita, abortamento infectado	Comp. 250 mg	2 g, dose única, VO	B
39 Metronidazol ovário vag	Corrimento, colpita, abortamento infectado	Crema vag. 5%	Uma aplicação/dia, intravaginal (por 7 dias)	B
40 Metronidazol	Prevenção infecção HIV	Comp. 250 mg Pó sol. oral 50 mg	750 mg, 3-4x, VO	B
41 Metoprolol	Hipertensão arterial	Comp. 20 mg	10-10 mg/dia, VO, segundo critério médico	C
42 Metotrexato oral vag	Corrimento, colpita	Crema vag. 25.000 UI/g	Uma aplicação/dia, intravaginal (por 7 dias)	B
43 Nitrofurantoina	Infecção urinária, bacteriúria	Comp. 100 mg Susp. oral 5 mg/ml	100 mg, 6-8h, VO (por 7 dias)	B/D
44 Paracetamol	Analgésico, antitérmico	Comp. 500 mg Sol. oral 100 mg/ml	500 mg, 4-6x/dia, VO	B/D
45 Penicilina benzatina	Sifilis	Pó para sol. inj. 600.000 UI e 1.200.000 UI	Até 2,4 milhões UI, IM, com intervalo de 1 semana	B

14.



14.

cap.

216

HP/MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO E FRASE	POSOLOGIA	RESCOP
46 Pivmecicilina	Toxoplasmose, febre infectada	Comp. 25 mg	25 mg, 8x/dia, VO (por 3 dias), seguida de 25 mg, 1x/dia, VO (durante 3 semanas, com intervalo de 3 semanas, até o termo da gestação)	C
47 Prednisona	Lúpus eritematoso sistêmico, ansia	Comp. 5 mg Comp. 20 mg	2,0-15 mg, 2-4x/dia, VO	DVC
48 Propranolol	Hipertensão arterial crônica, hipertensão, hipertireoidismo	Comp. 40 mg Comp. 80 mg	20-80 mg/dia, VO	C/D
49 Rifampicina	Hanseniase, tuberculose	Clp. 300 mg	600 mg, dose única diária, VO	C
50 Salbutamol	Trabalho parto prematuro, ansia	Xarope 0,4 mg/ml Aerossol 100 µg por dose Sol. inj. 300 µg/ml Comp. 2 mg Sol. inj. 5 mg/ml	2-4 mg, 3-4x/dia, VO; broncoespasmos graves 8 mg/kg, 4-6h, IM, EV, SC; nebulização 2,0-5 mg/ml, de 200 a 600 µg/dose; xarossol 100-200 mg, 4-6h	B
51 Sulfadiazina	Toxoplasmose, febre infectada	Comp. 500 mg	500-1000 mg, 6-8h, VO (durante 3 semanas, com intervalo de 3 semanas, até o termo da gestação)	B/D
52 Sulfatoxazol (SMZ) + trimetoprim (TMP)	Quimioterapia para pneumonia catetel, antibiótico terapia	Comp. 400 + 80 mg Sol. inj. 80 + 16 mg/ml Susp. oral 40 + 8 mg/ml	800 mg de SMZ + 160 mg de TMP, 12h, VO (de 7 a 10 dias) Pneumonia por R. Carinii, 20mg/kg/dia de TMP e 100 mg/kg/dia de SMZ, 6-8h, VO (por 3 semanas)	C/D
53 Sulfato de magnésio 2 50%	Sol. Ampola (convulsão e hipertensão arterial), hipomagnesemia RN	Sol. inj. 300 mg/ml	Esquema Indovenoso Ataque 4 g, EV, em 10 min Manutenção 2 g/hora, EV (diluir em 50%N) Esquema Intramuscular Ataque 4 g, EV, em 10 min + 10 g, IM (metade em cada nádega) Manutenção 5 g, IM, a cada 4h Se nova convulsão 2 g, EV, em 5 min	B
54 Sulfato ferroso	Anemia	Comp. reconst. 40 mg Sol. oral 25 mg/ml	250 mg, dose única, VO (a partir da 20ª semana de gravidez até a 6ª semana pós-parto)	C/D
55 Sulfatozol	Sotroglucosídeo	Comp. 500 mg Susp. oral 50 mg/ml	50 mg/kg/dia, VO (3 dias seguidos)	C
56 Tioctidina	Terapia antiemetical	Clp. 100 mg	100 mg, 8-8h, VO	

(\*) A classificação mais adequada para classificar os fármacos quanto aos seus efeitos sobre o feto é a de Food and Drug Administration (Federal Register, 1983, 48: 2434-67), que divide os medicamentos em categorias:

- A - Dados os contra-indicações medicamentosas;
- B - Sem evidência de risco ao feto;
- C - O risco não pode ser definido, não deve ser prescrito se o benefício terapêutico justificar o potencial terapêutico;
- D - Há evidência de risco, porém o benefício terapêutico justifica a administração em grávidas, justifica-se ou é possível;
- X - Contra-indicação na gestação.

14.



14.

cap.

217





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABALOS, E. et al. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005.
- ADURA, F. E. A motorista gestante: até que mês de gestação a mulher grávida pode dirigir? Disponível em: <<http://abrametjocaweb.com.br/artigos.asp?id=2>>
- ALLAIRE, A. D.; CEFALO, R. C. Preconceptional health care model. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 78(2):103-8.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *ACOG Practice Bulletin*. *Obstet Gynecol* 2003; 102(1):203-13.
- \_\_\_\_\_. Preconceptional care. *ACOG Technical Bulletin*. *Int J Gynecol Obstet* 1995; 50(2):201-7.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES – 2008. *Diabetes Care* 2008; 31 (Suppl. 1):S12-S54.
- AMSEL, R. et al. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and epidemiologic associations. *Am J Med* 1983; 74:14-22.
- ASKIE, L. M. et al. Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2007; 369:1791-8.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE TRÁFEGO (ABRAMET). Diretrizes: o uso de cinto de segurança durante a gestação. Disponível em: <http://abrametjocaweb.com.br/informacoes/diretrizes/diretrizesGravidez.asp>.
- ATALAH, E. S. et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional em embarazadas. *Rev Med Chile* 1997; 125(12):1429-36.
- ATALAH, N. A.; HOFMEYR, C. J.; DULEY, L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005.
- BARTON, J. R.; SIBAI, B. M. Prediction and prevention of recent preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, Aug. 2008; vol. 112, n. 2, part 1.
- BELIZÁN, J. M. et al. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 131:643-6.
- BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Aumento da fecundidade entre adolescentes e jovens no

Brasil: uma nova tendência ou um evento isolado? Trabalho apresentado no Encontro Anual da Associação Americana de População – PAA, 2005, Fladélfia.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Amamentação e uso de drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 2 v.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Gestação de alto risco: manual técnico. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Marco teórico e referencial saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Plano nacional de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Saúde Integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Testes de sensibilidade à penicilina: manual. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRUGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; FARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Revista de Saúde Pública* 2007; v.41, n.1, p.44-52.

BUNDUKI, V.S.A. Cuidados pré-concepcionais visando à promoção da saúde do embrião. In: ZUGAIB, M. (Ed.). *Pré-natal*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 396.

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (suppl 2):5389-5398.

CASTRO, L. C.; AVINA, R. L. Maternal obesity and pregnancy outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002; 14(6):601-6.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually transmitted diseases: treatment guidelines. 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 10 may.2002; [51], v.51, n. RR-6.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO. Atenção pré-natal e do parto de baixo risco. *Publicação Científica do CIAP* mar. 1996; [s.l.], n. 132.

CHALMERS, B.; MANGIATERRA, V.; PORTER, R. Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. *WHO Birth* 2001; [s.l.], v.28, n.3, p. 202-207.

CNATTINGIUS, S. et al. Caffeine intake and the risk of first-trimester spontaneous abortion. *N Engl J Med* 2000; 343(25):1839-45.

COCHRANE LIBRARY. *Cochrane Review*, Issue 4, n. 2201.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Ética em ginecologia e obstetria. 3ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2004.

CUNHA, M. V.; AMARAL, M. J. Diabetes e hipertensão na gravidez: manual de orientação/ FEBRASCO. São Paulo: Ponto, 2004.

CUNNINGHAM, F.G. et al. *Williams Obstetrics*, 22 ed. New York: McGraw-Hill, 2005.

DA FONSECA, E. B. et al. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo-controlled double-blind study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(2): 419-24.

DESLANDES, S.F.A. Ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 615-26.

DREZETT, J. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: ROSAS, C. *Cadernos de Ética em Ginecologia e Obstetria*. São Paulo, Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2002. p. 71-8.

DUIARDIN, B. et al. The strategy of risk approach in antenatal care: evaluation of referral compliance. *Soc Sci Med* 1995; n. 40, p. 529-535.

DULEY, L. et al. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005.

DULEY, L.; HANDERSON-SMART, D.J. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005a.

\_\_\_\_\_. Reduced salt intake compared to normal dietary salt, or high intake, in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005b.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

EVERS, I. M.; DE VALK, H. W.; VISSER, G. H. Risk of complications of pregnancy in women with type 1 diabetes: nationwide prospective study in the Netherlands. *BMJ* 2004; 328(7445):915.

EXPERT COMITE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS. Report. *Diabetes Care* 1997; 20(7):1183-97.

FERRAZ, A. E.; FERREIRA, Q. I. *Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1999.

FERREIRA, L. A. M. A bioética e o estatuto da criança e do adolescente. Disponível em: [http://www.mp.sp.gov.br/pls/portal/docs/page/documentacao\\_e\\_divulgacao/publicacao/doutrina\\_civel/tivel%2002.pdf](http://www.mp.sp.gov.br/pls/portal/docs/page/documentacao_e_divulgacao/publicacao/doutrina_civel/tivel%2002.pdf).

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). Federal Register, 1980, 44:37434-07.

FREY, K. A. Preconception care by the nonobstetrical provider. *Mayo Clin Proc* 2002; 77(5): 469-73.

GREGORY, K. D. et al. The content of pre-natal care: update 2005. *Womens Health Issue* 2006; 16(4):198-215.

GUERRERO, A. M. C. et al. (Ed.). Considerações gerais. In: *Epilepsia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

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. 255 p.

HODNET, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3): CD003766.

HOLLANDER, M. H.; PAARLBERG, K. M.; HUISJES, A. J. Gestacional diabetes: a review of the current literature and guidelines. *Obst Gynecol Surv* 2007; 62(2):125-36.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Estudos Feministas*, 2002; 10(2):461-81.

HUESTON, W. J. et al. Common questions patients ask during pregnancy. *Am Fam Physician* 1995; v. 51, n. 6, p. 1465-70.

INSTITUTE OF MEDICINE. Nutrition during pregnancy. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990. p. 27-36.

JOHNSON, K. et al. United States recommendations to improve preconception health and health care: a report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep* 2006; 55(RR-6):1-23.

JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION. Detection, evaluation and treatment of high blood pressure. EUA, 2003.

KORENBROT, C. C. et al. Preconception care: a systematic review. *Matern Child Health J* 2002; 6 (2):75-88.

KULAY JÚNIOR, L.; KULAY, M. N. C.; LAPA, A. J. Drogas na gravidez e lactação – medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, imunobiológicos, meios de contraste, oligoelementos, probióticos, vitaminas: guia prático. Barueri, SP: Manole, 2007.

KULAY JÚNIOR, L.; LAPA, A. J. Drogas na gravidez: manual de orientação/FEBRASGO. São Paulo: Ponto, 2003.

LINDHEIMER, M. D.; KATZ, A. I. Hypertension in pregnancy. *N Engl J Med* 1985; 313(1):675-80.

LUMLEY, J. et al. Preconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 3. CD000956, 2001.

MCCILLIVRAY, I.; CAMPBELL, D. M. The relevance of hypertension and oedema in pregnancy. *Clin Exp Hypertens* 1980; 2(5):897-914.

MAGEE, L. A.; DULEY, L. Oral beta-blockers for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library* Issue 2, 2005.

MARTIN, S. L. et al. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA* 2001; v. 285, n. 12, p. 1581-1584.

MAXWELL, M. H. et al. Error in blood-pressure measurement due to incorrect cuff size in obese patients. *Lancet* 1982; 2 (8288), 33-6.

MOOS, M. K.; CERALQ, R. C. Preconceptional health promotion: a focus for obstetric care. *Am J Perinatol* 1987; 4(1): 63-7.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC). Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet* 1991; 338, p. 131-137.

MULROW, C. D. et al. Management of chronic hypertension during pregnancy. Evidence Report/Technology Assessment n° 14 (Prepared by the San Antonio Evidence-based Practice Center – University of Texas Health Science Center). AHRQ n° 00-E01. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Aug. 2000.

NASCIMENTO, A. M. Iniciação ao direito do trabalho. 30ª ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(1):S1-S22.

NEME, B. (Coord.). *Obstetria básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NUGENT, R. P.; KROHN, M. A.; HILLIER, S. L. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol* 1991; 29(2):297-301.

NULMAN, I.; LASLO, D.; KOREN, G. Treatment of epilepsy in pregnancy. *Drugs* 1999; [s.l.], v. 57, n. 4, p. 535-544.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm>>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Reunião Mista ADI/CIEA/OMS sobre Luta contra a anemia nutricional, especialmente contra a carência de ferro. Genebra, 1974. Informe. Genebra, 1975. (Série de Informes Técnicos, 580).

PEIXOTO, S.; MENDES, E. T. R.; PELLINI, E. A. J. Orientação pré-concepcional. In: PEIXOTO, S. (Ed.) *Pré-natal*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Roca, 2004, p. 1290.

PEREIRA, P. P. Aspectos legais a serem considerados pela gestante. In: ZUGAIB, M.; RUOCCO, R. (Ed.) *Pré-natal: clínica obstétrica da FMUSP*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 21-4.

RIBEIRO, A. R.; TAVARES, A. Tratamento clínico da hipertensão arterial. In: BORGES, D. R.; ROTHCHILD, H. A. (Ed.). *Atualização terapêutica*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005, p. 939-50.

RIBEIRO, L. B. et al. Ser gestante: refletindo o cuidado da gestação ao nascimento. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2005.

RUOCCO, R. M.; ZUGAIB, M. (Ed.). *Pré-natal*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

SAMREN, E. B. et al. Antiepileptic drug regimens and major congenital abnormalities in the offspring. *Ann Neurol* 1999; [s.l.], v. 46, n. 5, p. 739-746.

SANCHEZ, S.; GEBRIM, V. L. M. O trabalho da mulher e as negociações coletivas. *Estud Av* 2009; 17(49):99-116.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Abordagem dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis. Nota Técnica 001/2007 - nº 185. São Paulo: Diário Oficial do Estado de São Paulo, 29 de setembro de 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Norma técnica do programa de imunização. São Paulo: CVE, 2008. Disponível em: <[ftp://ftp.oes.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/Imun/Imunio8\\_ntprog.pdf](http://ftp.oes.saude.sp.gov.br/doc_tec/Imun/Imunio8_ntprog.pdf)>

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Padronização dos procedimentos laboratoriais para o diagnóstico sorológico da sífilis adquirida e congênita. Nota Técnica 04/2007 - nº 238. São Paulo: Diário Oficial do Estado de São Paulo, 19 de dezembro de 2007. Retificação nº 5. São Paulo: Diário Oficial do Estado de São Paulo, 9 de janeiro de 2008.

SASS, N.; CAMANO, L.; MORON, A. F. Hipertensão arterial e nefropatias na gravidez. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SASS, N. et al. Contribuição ao estudo da gestação em portadoras de hipertensão arterial crônica. *Rev Paul Med* 1990; 108(6): 261-6.

SBL-THE SWEDISH COUNCIL ON TECHNOLOGY ASSESSMENT IN HEALTH CARE. Moderately elevated blood pressure. *J Inter Med* 1995; 238(737):1-225.

SCHMIDT, M. J. et al. Gestational diabetes mellitus diagnosed with a 2h 75 g oral glucose tolerance test and adverse pregnancy outcomes. *Diabetes Care* 2001; [s.l.], v. 24, n. 7, p. 1151-1155.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Comunicação, Saúde, Educação* 1999; [s.l.], v. 3, n. 5, p. 11-27.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher entre usuárias de serviços básicos de saúde da rede pública da Grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41(3):359-67.

SEEDS, J. W.; PENG, T. Impaired growth and risk of fetal death: is the tenth percentile the appropriate standard? *Am J Obstet Gynecol* 1998; [s.l.], v. 178, n. 658.

SHIONQ, P. H.; KLEBANOFF, M. A.; RHOADS, G. G. Smoking and drinking during pregnancy: their effects on preterm birth. *JAMA* 1986; 255(1):82-4.

SMITH, W. J. et al. Prevention of chickenpox in reproductive-age women: cost-effectiveness of routine prenatal screening with postpartum vaccination of susceptible. *Obstet Gynecol* 1998; 92(4 Pt 1): 535-45.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes - 2002. Rio de Janeiro, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo, 2000.

SOOD, B. et al. Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: dose-response effect (part I). *Pediatrics* 2001; 108(2): E34.



SUHONEN, L.; HII LESMAA, V.; TERAMO, K. Glycaemic control during early pregnancy and fetal malformations in women with type I diabetes mellitus. *Diabetologia* 2000; 43(1): 79-82.

TEDESCO, J.J.A. (Coord.). *A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra*. São Paulo: Atheneu, 1999.

THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. Pregnancy outcomes in the diabetes control and complications trial. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:1343-53.

THE MAGPIE TRIAL COLLABORATIVE GROUP. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 359(9321):1877-90.

TORQUISH, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (supl 2): S419-27.

WALKER, S.P.; PERMOZEL, M.; BERKOVIC, S.F. The management of epilepsy in pregnancy. *BJog* 2009; 116: 758-767.

WASSERHUT, J. N. Epidemiologic synergy: Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases* 1992; 63:61-77.

WEISTEIN, L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142(2):159-167.

WOLLITZER, A. D.; JOVANOVIC, L. 10 years later: diabetes mellitus and pregnancy. *Endocrinologist* 2007; 17(1):30-4.

#### LEGISLAÇÃO

BRASIL. Lei nº 5.473, de 10 de julho de 1968. Regula o provimento de cargos sujeitos a seleção. Publicada no Diário Oficial da União de 10 de julho de 1968. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L5473.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5473.htm)>

\_\_\_\_\_. 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). Publicada no Diário Oficial da União de 8 de abril de 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>



\_\_\_\_\_. Decreto nº 94.406/87, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei de Exercício da Enfermagem. Publicado no Diário Oficial da União de 8 de junho de 1987. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/1735/decreto-n-94406-87-regulamentacao-da-lei-n-7498-86>>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 8 de junho de 2000. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisrefpublic/showAct.php?id=1129&word=>>>

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 766/SAS, 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. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, nº 245, de 22 de dezembro de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-766.htm>>

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.007/GM, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 9 de outubro de 2006. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisrefpublic/showAct.php?id=24273&word=>>>

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 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. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 20 de janeiro de 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-156.htm>>

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 675/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 31 de março de 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab06/gabmar06.htm>>

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 151/SVS, de 14 de outubro de 2009. Aprova etapas sequenciadas e o fluxograma mínimo para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 6 de outubro de 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151\\_14\\_10\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151_14_10_2009.html)>

SÃO PAULO (Estado). Lei Estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo; Poder Executivo, de 18 de março de 1999. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/E-L10241-180399.pdf>>





Índice

## Anotações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Índice

## Anotações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anotações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anotações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

