

LINHA DE CUIDADO

GESTANTE E PUÉRPERA

MANUAL TÉCNICO DO PRÉ-NATAL, PARTO
E PUERPÉRIO

1ª EDIÇÃO

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



São Paulo
2018

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria da Saúde

LINHA DE CUIDADO DA GESTANTE E PUÉRPERA
Manual Técnico do Pré-Natal, Parto e Puérpero
1ª edição

SES/SP
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
2018

LINHA DE CUIDADO DA GESTANTE E PUÉRPERA

Manual Técnico do Pré-Natal, Parto e Puerpério

EXPEDIENTE

Secretário de Estado da Saúde
Marco Antonio Zago

Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Victor Hugo Costa Travassos da Rosa

Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos
Estratégicos de Saúde
Sergio Swain Muller

Coordenadoria de Controle de Doenças
Marcos Boulos

Coordenadoria de Gestão de Contratos de
Serviços de Saúde
Eliana Radesca Alvares Pereira de Carvalho

Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira
Eloiso Vieira Assunção Filho

Coordenadoria de Planejamento de Saúde
Silvany Lemes Cruvinel Portas

Coordenadoria de Recursos Humanos
Haino Burmester

Coordenadoria de Regiões de Saúde
Benedicto Accacio Borges Neto

Coordenadoria de Serviços de Saúde
Antonio Jorge Martins

Coordenadoria Geral de Administração
Jorge Alberto Lopes Fernandes

Assistente Técnica de Coordenação
Renata Pinheiro de Almeida

Departamento de Atenção Básica
Diretor: **Arnaldo Sala**

Área da Saúde da Mulher
Marisa Ferreira da Silva Lima
Sandra Regina Antoniete Neves Cason

Instituto de Saúde
Diretora: **Luíza Sterman Heimann**
Assistente de Direção: **Sônia Isoyama Venâncio**

Programa Saúde em Ação
Coordenador: **Ricardo Tardelli**

Organização:
Cintia Hirata França
Marisa Ferreira da Silva Lima
Renata Pinheiro de Almeida
Sandra Regina Antoniete Neves Cason

Projeto Gráfico e editoração: Edson Fonseca
Realização: **VFR Comunicação**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP)

**FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA UNICAMP
(FUNCAMP)**

**Projeto "Linha de Cuidado à Gestante,
Parturiente e Puérpera no SUS/SP"**

Produto 1
MANUAL TÉCNICO DO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

UNICAMP
Reitor Prof. Dr. José Tadeu Jorge

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS
Coordenador Prof. Dr. Carlos Raul Etulain

PROGRAMA DE ESTUDOS DE SISTEMAS DE SAÚDE
Carmen Cecília de Campos Lavras

COORDENAÇÃO DO PROJETO
Carmen Cecília de Campos Lavras

ELABORAÇÃO
Eliana Martorano Amaral
Elton Carlos Ferreira
Mary Ângela Parpinelli
Tânia Di Giacomo do Lago

COLABORAÇÃO
Carmen Silvia B. Domingues
Domênico Feliciello
Fátima Filomena Mafra Christoforo
Juliana Pasti Villalba
Karen Sarmento Costa
Karina Calife
Marta Campagnoni Andrade
Rossana Pulsineli Vieira Francisco
Samira M. Haddad

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria da Saúde

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor desde que citada a fonte

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde.

Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal,
parto e puerpério. / organizado por Carmen Cecília de Campos Lavras --
São Paulo: SES/SP, 2018

ISBN:

1. Gravidez. 2. Período pós-parto. 3. Assistência integral à saúde 4.
Serviços de saúde.

SES/CCD/CD 60/18

NLM WQ200

SUMÁRIO

Apresentação.....	13
1 - Introdução	15
2 - Organização do Processo Assistencial	21
2.1 Nas Redes Regionais de Atenção à Saúde.....	23
2.2 Na Atenção Básica	23
2.2.1. Organização da assistência	23
2.2.2. Recursos humanos	26
2.2.3. Área física e recursos materiais	28
2.3 Avaliação permanente de qualidade	29
2.3.1 Indicadores de processo (na unidade de saúde e nível municipal)	30
2.3.2 Indicadores de resultado (nível da unidade básica de saúde e municipal).....	30
2.3.3 Indicadores de impacto (apenas nível municipal)	31
2.3.4 Vigilância de desfechos graves	31
3 - Planejamento da gravidez	33
3.1 Antecedentes e história clínica	35
3.2 Exame físico	40
3.3 Avaliação nutricional	40
3.4 Exames complementares	40
4 - Diagnóstico da gravidez	43
4.1 Acolhimento da mulher com atraso menstrual.....	45
4.2 Teste confirmatório para gravidez	45
5 - Rotinas da atenção pré-natal.....	49
5.1 Aspectos gerais.....	51
5.2 Risco gestacional.....	52
5.3 Encaminhamentos e transferências.....	57
5.4 Plano da primeira consulta médica	57
5.5 Plano de consultas de retorno	66
5.6 Frequência das consultas	68
5.7 Imunização	69
5.8 Visitas domiciliares.....	73
5.9 Ações educativas e o preparo para o parto	74
5.10 Do pré-natal à admissão para o parto	78
5.11 Atenção puerperal	78
5.11.1 Cuidados imediatos	78
5.11.2 Algumas queixas, condutas e situações especiais.....	80
5.11.3 Cuidados tardios	80
6 - Procedimentos técnicos nas consultas de pré-natal.....	83
6.1 Cálculo da idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP).....	85
6.2 Avaliação do estado nutricional (EN) e ganho de peso	86
6.3 Controle da pressão arterial (PA)	95

6.4	Leitura de fita reagente para proteinúria (preteínas na urina)	96
6.5	Palpação obstétrica e medida de altura uterina (AU)	99
6.6	Medida da altura uterina	101
6.7	Ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF)	105
6.8	Verificação da presença de edema	107
6.9	Coleta de material para pesquisa de estreptococo grupo B (EGB)	108
6.10	Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncológica	109
6.11	Exame clínico das mamas	110
6.12	O preparo das mamas para o aleitamento	111
7	- Exames laboratoriais: rotinas, interpretações e condutas	115
7.1	Rotina laboratorial	117
7.2	Interpretação dos resultados dos exames e conduta	118
7.3	Tipagem sanguínea e Fator Rh	121
7.4	Sorologia para sífilis	123
7.5	Exames de Urina e Urocultura	126
7.6	Exame do sangue: Hematimetria – hemograma ou dosagem de hemoglobina e hematócrito	127
7.7	Glicemia de jejum e teste oral de tolerância a glicose	127
7.8	Teste anti-HIV	127
7.9	Sorologia para hepatite B (HBsAg)	132
7.10	Sorologia para toxoplasmose	132
7.11	Exame de fezes/Protoparasitológico	133
7.12	Hepatite C	133
8	- Queixas frequentes	135
8.1	Náuseas, vômitos e tonturas	137
8.2	Pirose (azia)	137
8.3	Erução / plenitude gástrica	138
8.4	Sialorréia (salivação excessiva)	138
8.5	Fraquezas e desmaios	138
8.6	Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal	138
8.7	Doença hemorroidária	139
8.8	Corrimento vaginal	139
8.9	Queixas urinárias	140
8.10	Falta de ar e dificuldade para respirar	140
8.11	Mastalgia (dor na mamas)/descarga papilar	140
8.12	Dor lombar (dores nas costas)	141
8.13	Cefaléia (dor de cabeça)	141
8.14	Sangramento gengival	141
8.15	Varizes	141
8.16	Câimbras	142
8.17	Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)	142
8.18	Estrias	142

8.19	Palpitação.....	142
8.20	Edema	142
8.21	Epistaxe/obstrução nasal.....	142
8.22	Parestesias (sensações cutâneas anormais).....	143
8.23	Insônia / Hipersônia.....	143
9	- Intercorrências clínicas mais frequentes	145
9.1	Hiperêmese (vômitos contínuos e intensos).....	147
9.2	Síndromes hemorrágicas.....	148
9.2.1	Abortamento.....	149
9.2.2	Ameaça de aborto.....	149
9.2.3	Gravidez ectópica	150
9.2.4	Mola hidatiforme.....	150
9.2.5	Placenta prévia.....	150
9.2.6	Descolamento prematuro da placenta.....	151
9.3	Anemia	152
9.4	Hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia	153
9.4.1	Definição de hipertensão na gravidez.....	153
9.4.2	Classificação da hipertensão na gravidez	154
9.4.3	Acompanhamento pré-natal	155
9.4.4	Fatores de risco.....	155
9.4.5	Diagnóstico precoce	156
9.4.6	Crise hipertensiva	156
9.4.7	Eclâmpsia	158
9.4.8	Hipertensão arterial crônica (HAC)	161
9.4.9	Hipertensão arterial durante a lactação e prognóstico	163
9.5	Hiperglicemia na gestação	164
9.5.1	Classificação etiológica do diabetes.....	165
9.5.2	Principais fatores de risco para a hiperglicemia na gestação	165
9.5.3	Diagnóstico de diabetes durante a gestação: DM e DMG	166
9.5.4	Consequências na gravidez	168
9.5.5	Conduta inicial no diabetes durante a gestação	169
9.5.6	Orientação puerperal	170
9.6	Hepatite B	171
9.7	Hepatite C	173
9.8	Toxoplasmose	173
9.9	Sífilis.....	176
9.10	Infecção do trato urinário (ITU)	183
9.11	Infecção por HIV	185
9.12	Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	186
9.13	Parasitoses intestinais	191
9.14	Varizes e trombozes	194
9.15	Epilepsia.....	194
9.16	Ruptura prematura de membranas (RPM).....	197

9.17 Trabalho de parto prematuro (TPP)	198
9.18 Gestação prolongada	200
9.19 Gestação múltipla	200
10 - Situações especiais	205
10.1 Gravidez na adolescência	207
10.2 Violência contra a mulher durante a gravidez.....	211
11 - Orientações gerais às gestantes	221
11.1 Orientação nutricional	223
11.2 Exercícios físicos	223
11.3 Sexualidade.....	225
11.4 Trabalho	226
11.5 Direção de veículo	226
11.6 Uso de repelentes de insetos durante a gravidez	226
12 - Aspectos psicológicos e emocionais	231
12.1 Na gravidez	232
12.2 No puerpério	233
13 - Aspectos trabalhistas e éticos-legais	239
13.1 Questões de acesso aos serviços de saúde e cidadania.....	241
13.2 Atividade laboral.....	242
13.3 Licença-maternidade	242
13.4 Licença-paternidade	242
13.5 Amamentação.....	243
14 - Bibliografia consultada.....	245
15 - Anexos	259
Anexo 1 – Ficha de Acompanhamento Pré-Natal	261
Anexo 2 – Formulário de Encaminhamento	264
Anexo 3 – Medicamentos essenciais na Atenção Pré-Natal, parto e puerpério.....	265
Anexo 4 – Antibióticos na gestação	269
Anexo 5 – Uso de drogas na amamentação	270
Anexo 6 – Características da área física.....	271

APRESENTAÇÃO

A **Linha de Cuidado da Gestante** integra uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), dentro do projeto apoiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), para qualificar a atenção oferecida pela rede de serviços de saúde às gestantes e puérperas. A publicação desse manual resulta da necessidade de repensar e apoiar medidas para melhorar a organização da assistência às mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério, por meio da articulação entre os diferentes níveis de atenção e serviços, priorizando as regiões com piores indicadores maternos e neonatais.

Obter melhores resultados requer articulações assistenciais complexas, que dependem de esforços integrados do Estado, dos municípios e dos profissionais de saúde envolvidos. Para o planejamento da reorganização assistencial, foi proposta a revisão da “Linha de Cuidado das Gestantes e as Puérperas” em cada uma das regiões de saúde do Estado de São Paulo. Linha de Cuidado (LC) é a trajetória dos fluxos assistenciais que, apoiados em protocolos clínicos, embasados cientificamente e com orientações para a gestão, devem garantir o atendimento das necessidades dos usuários da rede pública de saúde.

O conteúdo em questão foi elaborado a partir da revisão do texto publicado em 2010. Essa versão atual da **Linha de Cuidado da Gestante** foi preparada a partir de estudos dos conteúdos técnicos pela equipe da Unicamp-NEPP e discussões com representantes da Secretaria de Saúde (Atenção Básica, Saúde da Mulher, DST-AIDS), do Projeto BID-SES, além de consultoras convidadas da Secretaria de Saúde do Município de São Vicente e da Sogesp. As mudanças realizadas visam a adequação à literatura e realidade atual dos serviços de assistência à gestação, parto e puerpério no Estado de São Paulo.

Este material também será disponibilizado em uma versão reduzida, de fácil transporte, e em versão eletrônica. Esperamos que as informações, apoiadas nos manuais para os gestores, possam alavancar a qualificação da atenção à gestante do Estado de São Paulo que utiliza os serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), e proporcionar a redução da mortalidade associada ao período da gravidez-parto e puerpério.

1. INTRODUÇÃO

A qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve almejar boas condições de saúde tanto para a mulher quanto para o feto/recém-nascido e possibilitar uma experiência de vida gratificante no período. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial entendam a importância de sua atuação e da necessidade de aliar o conhecimento técnico específico ao compromisso por resultados satisfatórios da atenção, levando em consideração o significado desses resultados para cada mulher.

Para muitas mulheres, a consulta pré-natal se constitui na melhor oportunidade para cuidar de seu estado de saúde, e por isso deve ser pensada também como uma oportunidade para que o sistema atue integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação desse público-alvo.

Embora nas últimas décadas a cobertura da atenção pré-natal tenha aumentado, garantir a qualidade desse atendimento permanece como desafio a ser enfrentado. Isso exige a conscientização dos profissionais de saúde envolvidos sobre sua responsabilidade na qualificação técnica e humanística do cuidado. Não menos importante é o papel exercido pela organização dos serviços ofertados, do pré-natal ao puerpério, incluindo o parto. Todos estes aspectos também são impactados pelo desenvolvimento econômico, social e humano de cada região.

É preciso uma visão holística durante a gravidez, parto e puerpério para garantir o melhor cuidado e os melhores resultados. No entanto, a mortalidade materna no Estado de São Paulo mantém-se estável e até elevada, de forma incompatível com a oferta de serviços e seu desenvolvimento socioeconômico. Mesmo com o registro de queda, a mortalidade neonatal também tem componentes que poderiam ser reduzidos com a contribuição de uma assistência obstétrica qualificada.

Os fatores de morbimortalidade da mãe, do feto e do recém-nascido podem ser reduzidos por meio dos cuidados adequados durante o pré-natal, identificando precocemente as complicações (prevenção secundária) ou evitando que as complicações evoluam para situações graves, com risco de vida ou morte (prevenção terciária). É preciso dar a devida atenção às condições que causam morbidade materna, àquelas que são potencialmente ameaçadoras da vida e, especialmente à morbidade materna grave, near miss (que pode evoluir para morte se não for oferecido um cuidado adequado e oportuno). É necessário potencializar o uso dos recursos humanos e materiais existentes para um melhor enfrentamento da morbimortalidade materna e perinatal.

Isso significa aprimorar o cuidado em rede, com abordagem de qualidade da assistência que valoriza e foca a **Linha de Cuidado da Gestante**, articulando, de forma eficiente, os vários níveis de atenção. Além da assistência às gestações de baixo risco, a linha de cuidado deve abranger o atendimento de gestações e partos com maior risco.

A percepção e classificação de risco no pré-natal, a integração entre serviços para baixo e alto risco e a eficiência do referenciamento e transporte em casos

de urgência e emergência obstétricas, são componentes essenciais para a redução da morbimortalidade e proporcionar uma experiência prazerosa de gestação e parto. A boa articulação entre os serviços e o sistema de referência para maternidades que provêm atenção obstétrica de alto risco e a assistência qualificada ao parto também colaboram para a obtenção de resultados satisfatórios.

As diretrizes para nortear a atenção ao pré-natal, ao parto e puerpério podem ser definidas das seguintes formas:

1. Respeito à autonomia da mulher na tomada de decisões sobre sua vida, em particular em relação a sua saúde, a sua sexualidade e a reprodução;
2. Garantia de acesso a uma rede integrada de serviços de saúde que propicie abordagem integral, visando à promoção da saúde, o início precoce do acompanhamento das gestantes, a prevenção, diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que eventualmente venham a ocorrer nesse período;
3. Oferta de cuidado referendada pelas melhores evidências científicas disponíveis;
4. Garantia de adequadas infraestruturas física e tecnológica das diversas unidades de saúde para atendimento da gestante e da puérpera;
5. Garantia de aprimoramento permanente dos processos de trabalho envolvidos, buscando a integração dos diversos campos de saberes e práticas, assim como valorizar o trabalho em equipe multiprofissional e a atuação interdisciplinar;
6. Desenvolvimento contínuo de processos de educação permanente dos profissionais de saúde;
7. Incentivo ao parto e ao aleitamento materno qualificados, seguros, adequados à situação e com respeito às mulheres.

2. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL

2.1 Nas Redes Regionais de Atenção à Saúde

É necessário planejar a organização da Rede Regional de Atenção à Saúde para garantir acesso e o acolhimento de todas as mulheres, durante as diversas fases da gestação, parto e puerpério. A Linha de Cuidado da Gestante deve abordar atividades de promoção à saúde e prevenção, cura e reabilitação dos agravos e doenças eventualmente apresentados no período gestacional. Também deve ser fundamentada no conhecimento das condições de vida e de saúde de cada comunidade, incluindo a estrutura dos serviços de saúde existentes.

Para isso, é necessário viabilizar a integração das diversas unidades de atenção à saúde, inicialmente na atenção básica, passando pela retaguarda ambulatorial especializada, incluindo os Ambulatórios Médicos Especializados (AME), para gestações de maior risco, e finalizando na rede hospitalar com suas maternidades de referência. A estratégia exige a normatização do fluxo na rede regional, bem como o estabelecimento de rotinas internas de cada unidade de saúde que a compõe.

Além da adequada articulação dos serviços na linha de cuidado, é preciso ter mecanismos apropriados de regulação da assistência, garantia de acesso a exames complementares, fornecimento de medicações essenciais e segurança para o transporte eventual de pacientes.

2.2 Na atenção básica

Para garantir qualidade, é necessário manter uma infraestrutura adequada, com profissionais capacitados (médicos, enfermeiras, enfermeiras obstétricas e obstetrias) e com a organização dos processos de trabalho desenvolvidos pelas unidades de saúde. Esses processos devem ser fundamentados em um modelo de gestão participativa, que identifique os obstáculos para a eficiência do clima organizacional e apure as dificuldades estruturais, possibilitando as melhorias.

É imprescindível respeitar as normas legais e os parâmetros estabelecidos para adequação do espaço físico, recursos humanos e materiais. A satisfação das usuárias é uma das metas fundamentais a serem alcançadas, com a garantia de autonomia, privacidade e decisões sobre condutas, compartilhando o cuidado com a mulher e seu acompanhante, se for seu desejo.

2.2.1 Organização da assistência

As rotinas estabelecidas devem respeitar as características locais, com máximo aproveitamento do tempo e das instalações. Isso inclui normatizações sobre:

- Procedimento de busca ativa
- Visitas domiciliares
- Educação em saúde
- Acolhimento da gestante e seus familiares

- Recepção e registro
- Convocação de pacientes
- Dispensação de medicamentos
- Fornecimento de laudos e atestados médicos
- Verificação de dados físicos
- Rotina das consultas e da solicitação de exames

A atualização nos aspectos técnicos da atenção pré-natal é muito importante e o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos essenciais é obrigatório.

A implantação de um roteiro de atividades deve ser flexível e melhorada continuamente a partir de realidades locais e de indicadores que demonstrem o rendimento do serviço, aliado a sugestões de todos os envolvidos no processo (trabalhadores, usuários e gestores). É importante valorizar os diferentes papéis dos profissionais e facilitar a educação permanente e interdisciplinar. O registro das atividades desenvolvidas permite uma análise linear e dinâmica dos cuidados ofertados e de seus resultados. É imprescindível documentar informações e dados da gestante e do cuidado ofertado na unidade, no domicílio e nos setores referenciados.

Desafios sociais afetam diretamente o sucesso da atenção pré-natal, quer seja pela aderência ao programa ou ao tratamento. Frequentemente, a resolução desta situação envolve uma ação complexa, exigindo esforços multiprofissionais e governamentais. É relevante identificar se há obstáculos ou dificuldades de transporte para a consulta pré-natal, informações e compreensão insuficientes sobre os cuidados, arranjo estabelecido para a guarda dos outros filhos durante o período de ausência, para licença no trabalho, problemas com violência na família ou no local de trabalho e dificuldades financeiras diversas.

Uma atividade que deve ser implantada é o monitoramento do absenteísmo das gestantes no pré-natal, tratado como indicador de qualidade. É importante que a equipe profissional esteja atenta para monitorar as faltas, empenhar-se em caracterizar o problema e apoiar a superação das dificuldades percebidas, podendo utilizar a busca ativa com visita domiciliar para esse fim.

O processo de gestão do cuidado em saúde pode utilizar os seguintes instrumentos:

- **Ficha de acompanhamento pré-natal:** para registro dos dados relevantes da gestação, parto e puerpério e dados do concepto (Anexo 1).

- **Cartão da gestante:** para ser preenchido com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando-se os riscos quando existirem. Deve ser utilizado como um instrumento dinâmico, atualizado a cada consulta, servindo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores e em outros serviços. Deve-se orientar a gestante para portá-lo continuamente.

- **Relatório de encaminhamento:** para orientar os casos que necessitem de encaminhamento, contendo todos os dados relevantes, incluindo um resumo da história clínica, com hipóteses diagnósticas, evolução e tratamentos, especi-

ficando os medicamentos prescritos e outras orientações, além do motivo que gerou o encaminhamento. O texto deve ser legível, sem abreviaturas ou códigos, contendo nome do profissional que encaminha, o seu número de registro profissional e assinatura. A identificação da unidade de referência deve conter endereço, telefone e o nome da pessoa que foi contatada quando for o caso. Um exemplo de formulário de encaminhamento padrão encontra-se neste material (Anexo 2), que pode ser utilizado pelas unidades que ainda não dispõem de um modelo.

- **Lista de medicamentos essenciais do RENAME** – Anexo 3.

- **Lista sobre uso de drogas na amamentação** – Anexo 4.

- **Mapa de atendimento diário**: resumo da atividade do dia na unidade, contendo as informações essenciais de cada consulta prestada, como número do registro na unidade, nome da gestante, idade gestacional; eventuais intercorrências e principais condutas adotadas.

O encaminhamento para serviço de maior complexidade deve ser realizado quando há vantagens claras da transferência de unidade para a mulher. A avaliação especializada pode ser na forma de uma interconsulta, com retorno da gestante à unidade de origem ou pode ser aceita como transferência se os cuidados assim exigirem. Em ambas as situações, permanece a responsabilidade de acompanhamento do caso pela unidade de saúde de origem, que deve manter vínculo com a usuária e sua família. A unidade de saúde deve se entender como responsável pelo cuidado qualificado à gestante, acompanhando sua trajetória e facilitando os atendimentos e acompanhamento (Anexo 2).

Quando ocorrer consulta especializada na referência, o retorno à unidade original deve ser agendado. Algumas estratégias podem ajudar a prevenir dificuldades potenciais decorrentes das diferentes propostas de conduta entre profissionais da atenção básica e especializada:

- Documentação clínica minuciosa através de cartão pré-natal;
- Relatórios de transferência, referência e contra referência;
- Comunicação clara entre os profissionais envolvidos;
- Uso de um protocolo unificado de condutas;
- Participação ativa e informada da mulher e seus familiares;

Deve ser reorganizada a atuação das unidades básicas em casos de urgência e como acionar o serviço de remoção, por exemplo, numa emergência hipertensiva ou convulsão em gestantes. É imprescindível que as unidades preparem um plano de atendimento para a urgência e emergência, e também para o encaminhamento e/ou transferência, tendo uma rotina por escrito para buscar a máxima qualidade dos procedimentos. Também, é importante destacar que o atendimento da urgência e emergência deve ter prioridade sobre a atividade de consulta agendada. A gestante e os familiares devem conhecer os motivos da remoção. Os papéis de cada profissional precisam ser definidos, estabelecendo quem fará o contato com a referência, com o setor de transporte, o local onde a mulher deverá esperar e até mesmo onde ocorrerá o estacionamento de viatu-

ras, criando-se um fluxo claro. As iniciativas de transferência devem contar com o apoio de central reguladora ou outro órgão facilitador. As condutas devem ser registradas e a unidade deve acompanhar o desfecho do caso, estabelecendo uma estrutura para o fluxo de informações.

2.2.2. Recursos humanos

O acompanhamento da gestante e da puérpera na atenção básica deve ser multiprofissional e compartilhado pela equipe. É imprescindível que os profissionais associem competência, dedicação e sensibilidade neste momento peculiar da vida da mulher, com disposição para fornecer apoio, e que saibam valorizar a dinâmica social dessa família. Todos da equipe devem estar atentos a grupos suscetíveis de agravos à saúde (incluindo adolescentes, usuárias portadoras de dificuldade de comunicação, de necessidades especiais, imigrantes, com dificuldade sócio-econômica e/ou da estrutura familiar, entre outros, particularizando cuidados assistenciais específicos se necessário.

Os atendimentos clínicos durante o pré-natal de baixo risco podem ser realizados pelo médico, enfermeira, enfermeiras obstétricas ou obstetrias de maneira intercalada, complementar. As principais atribuições de cada profissional no processo de atenção à gestante e à puérpera são:

Agente comunitário de saúde:

- Realiza visitas domiciliares, resolve dúvidas essenciais, leva informações a usuária e registra dados importantes para o seu acompanhamento nas unidades básicas de saúde.
- Monitora o comparecimento às consultas e reagenda retorno para as gestantes faltosas.
- Realiza atividade de educação, orientando sobre a periodicidade das consultas, cuidados de saúde, enfocando ações preventivas de agravos, aspectos nutricionais e sanitários.
- Identifica sinais de risco, avisando ao enfermeiro ou o médico de sua equipe, incluindo a não adesão ao acompanhamento pré-natal, buscando identificar a causa e participando da elaboração de plano de cuidado com a resolução ou minimização do problema.
- Acompanha, com a equipe de enfermagem, a puérpera e o processo de aleitamento materno, orientando sobre a importância de consulta nesse período, identificando situações de risco para o recém-nascido e para a mulher orientando cuidados e o planejamento familiar.

Técnico de Enfermagem*:

- Realiza curativos, retirada de pontos de incisão cirúrgica, e outros pequenos procedimentos segundo a rotina da unidade.
- Afere a pressão arterial, o peso e a altura e, se necessário, outros dados vitais (temperatura e pulso) registrando no cartão de pré-natal.
- Pode acompanhar a consulta de pré-natal e puerpério, auxiliando segundo a rotina da unidade.
- Fornece medicações e administra vacinas ou outros medicamentos injetáveis com receita médica.
- Participa ativamente das atividades educativas da unidade, aproveitando também o contato com a mulher e seus familiares para informar sobre os cuidados de saúde.
- Realiza a visita à puérpera após alta hospitalar, com orientação quanto ao aleitamento, fissuras nas mamas e triagem neonatal. Idealmente, ela deve ser realizada na primeira semana pós-parto.
- No caso de ser necessária retirada de pontos cirúrgicos, a consulta deve acontecer entre 7-10 dias na unidade de saúde ou em casa, se a visita incluir a enfermeira.
- Realizar o teste rápido para sífilis ou HIV.

Enfermeiro (a), enfermeiras obstétricas e obstetrizes:

- Realiza consulta de enfermagem, para acolhimento e acompanhamento.
- Realiza consulta intercalada com médico de pré-natal de baixo risco.
- Registra seu atendimento no cartão de pré-natal a cada consulta.
- Encaminha gestantes de risco para consulta exclusiva com o médico.
- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo.
- Coleta exame colpocitológico se necessário.
- Promove atividades educativas na unidade para as mulheres e seus acompanhantes, reuniões de grupos de sala de espera, etc.
- Realiza o teste rápido para sífilis ou HIV.
- Realiza o preparo do acompanhante para o parto, incluindo orientações para auxílio no alívio da dor do trabalho de parto.
- Realiza visita domiciliar de acordo com a rotina da unidade ou quando for considerado necessário (quando demandar algum procedimento ou avaliação qualificada de risco).

Médico (a):

- Realiza a consulta médica de pré-natal, com avaliação clínica completa

* O auxiliar de enfermagem pode também cumprir essas atividades com supervisão.

(anamnese e exame físico geral e específico), incluindo avaliação de risco gestacional.

- Realiza a consulta de pré-natal e puerpério, compartilhada ou intercalada com a consulta da enfermagem. Orienta as pacientes com relação a riscos gestacionais e para o parto.

- Solicita exames e orienta tratamentos, segundo os protocolos de atendimento, incluindo coleta de exame colpocitológico quando indicada;

- Registra seu atendimento no cartão de pré-natal a cada consulta.

- Encaminha as pacientes para unidades de referência quando necessário.

- Participa das atividades educativas como os grupos de gestantes e outros.

- Realiza visitas e presta assistência domiciliar de acordo com a necessidade do caso.

- Avalia, presta o primeiro atendimento e posteriormente encaminha para a referência situações de urgência e emergência clínica ou obstétrica.

2.2.3. Área física e recursos materiais

É importante que a unidade seja construída próxima a via pública particularmente servida por transportes coletivos. O projeto da unidade deve incluir entradas que facilitem o acesso dos usuários, inclusive daqueles com dificuldades de locomoção, dos trabalhadores da unidade e dos serviços de apoio, além de circulação interna que comunique os diversos setores. A estrutura física deve contemplar adequada ventilação, privacidade para as consultas e manutenção da higiene, atendimento inicial e transporte seguro nos casos de urgência.

É necessário levar em consideração os cuidados com a proteção do profissional e do paciente, com redução de risco de transmissão de agentes infecciosos, onde a lavagem de mãos antes e após os procedimentos tem papel de destaque. Portanto, a disponibilidade de pias ou lavatórios nos consultórios é essencial (Anexo 5).

É preciso atenção para tratamento do lixo e adequação do espaço físico. A Norma Reguladora 32 refere-se à segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. A estrutura física do ambiente está normatizada por uma regulamentação técnica para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (RDC 50). Os materiais devem estar dispostos e em quantidade suficiente para evitar compartilhamento de instrumentos que possam prejudicar a higiene e as normas de prevenção de riscos biológicos, como por exemplo, o manuseio com líquidos de lubrificação.

Os **recursos materiais mínimos** necessários nos consultórios incluem:

- Mesa

- Cadeiras (também para o acompanhante)

- Mesa de exame ginecológico

- Escada de dois degraus

- Foco de luz

- Mesa de apoio para materiais
- Forro e lençol para mesa ginecológica
- Balança para adultos (peso / altura)
- Esfigmomanômetro (preferencialmente aparelho aneróide calibrado). É importante observar a adequação entre o manguito do aparelho e a circunferência do braço (CB), incluindo manguito para gestantes obesas.
 - Estetoscópio clínico
 - Estetoscópio de Pinard
 - Sonar Doppler
 - Fita métrica flexível e inelástica
 - Luvas
 - Espéculos
 - Pinças de Cheron
 - Gazes
 - Material de apoio para exame ginecológico: vaselina, ácido acético a 2%, lugol.
 - Material para coleta de exame citológico, realização do teste de Schiller, fita de pH vaginal e fita de urinálise com identificação de proteína.
 - Disco gestacional
 - Gráficos de índice de massa corpórea
 - Gráficos de adequação do peso fetal por idade gestacional,
 - Tabela de correção para aferição da pressão arterial, nas situações em que não houver manguito específico para gestantes obesas.
 - Relação de medicamentos que devem estar disponíveis para atendimento à urgência e emergência (Anexo 3)

2.3 Avaliação permanente de qualidade

A avaliação da qualidade e eficiência do atendimento pré-natal e puerperal é necessária para a gestão do cuidado da gestante e seu resultado deve ser conhecido por todos os profissionais envolvidos. Deve-se, também, oferecer e acompanhar a regularidade de atividades de educação permanente para os profissionais das UBS.

É importante que os profissionais da unidade organizem a discussão regular e rotineira de êxitos e dos insucessos da assistência obstétrica, como os casos de insucessos maternos graves (morte materna, morbidade materna grave relatada, histerectomia, internação na UTI, transfusão de sangue, eclâmpsia, hipertensão ou grave), além dos óbitos fetais e neonatais, nascimentos prematuros e casos de sífilis congênita. Recomenda-se que a equipe discuta regularmente aspectos da evolução dos cuidados, especialmente nestes casos-sentinela e medidas de remediação para prevenir situações similares futuras. Essa avaliação ampla do processo contribui para a busca de soluções e sensibiliza o grupo para os problemas a serem enfrentados. Para realizar esta avaliação, as informações relativas ao acompanhamento individual de cada gestante e os resultados peri-

natais devem ser registradas de forma a construir indicadores do desempenho da assistência.

2.3.1. Indicadores de processo (na unidade de saúde e nível municipal):

— Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta prévia ao quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existente ou estimado pelo número de nascidos vivos do município).

— Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, oito consultas de pré-natal.*

— Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, oito consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.

— Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, oito consultas de pré-natal e todos os exames básicos.

— Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, oito consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.

— Percentual de gestantes inscritas que receberam imunização antitetânica (no mínimo duas doses durante o pré-natal ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, ou nenhuma dose nas mulheres com imunização completa).

— Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, oito consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, incluindo o teste anti-HIV e a imunização antitetânica.

— Percentual de gestantes cujos parceiros participaram do pré-natal.

— Percentual de gestantes encaminhadas para avaliação na referência.

— Percentual de gestantes acompanhadas em PN na referência.

— Percentual de gestantes em acompanhamento simultâneo (UBS e referência).

* A recente recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere oito consultas pré-natais e este número está sendo incorporado como recomendação. Embora, o SIS-Pré-Natal permaneça utilizando o número mínimo de seis consultas no pré-natal e uma consulta de puerpério.

Outros indicadores podem ser agregados para análise da atenção obstétrica.

2.3.2. Indicadores de resultado (nível da unidade básica de saúde e municipal):

— Proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso em relação ao total de recém-nascidos vivos da área de cobertura.

— Proporção de recém-nascidos vivos com peso $\geq 4000g$ em relação ao total de recém-nascidos vivos da área de cobertura.

— Proporção de recém-nascidos vivos prematuros em relação ao total de re-

cém- nascidos vivos na área de cobertura.

– Percentual de gestantes transferidas para referência por urgência/emergência.

2.3.3. Indicadores de impacto (apenas nível municipal):

- Taxa de incidência de sífilis congênita (/1000 NV)
- Razão de mortalidade materna (/100.000 NV)
- Coeficiente de mortalidade neonatal precoce (/1000 NV)
- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia (/1000 NV)
- Coeficiente de mortalidade neonatal total (/1000 NV)
- Coeficiente de mortalidade perinatal total (/1000 NV)
- Taxa de mortalidade infantil

2.3.4. Vigilância de desfechos graves:

A OMS recomenda a vigilância dos desfechos maternos graves na atenção básica e distritos de saúde e oferece sugestão de instrumentos para coleta de dados. Processo similar pode ser feito com os desfechos perinatais graves (óbitos fetais e mortes neonatais precoces até sete dias). Estes dados podem ser coletados e revistos em intervalos regulares (semestralmente, por exemplo). Os casos devem ser levados para discussão junto à equipe de saúde. Assim, propõe-se que as unidades básicas do Estado de São Paulo assumam a responsabilidade de identificar estas situações junto às gestantes sob seu acompanhamento. As condições clínicas que devem ser identificadas, como sinalizadoras dos casos de morbidade materna grave incluem: eclâmpsia, histerectomia, internação em UTI e transfusão sanguínea.

Tabela 2.1 – Instrumento para coleta de dados sobre desfechos maternos e fetais-neonatais

Desfechos (números absolutos – nível da unidade básica de saúde)

Número de nascidos vivos (NV)

Número de casos com condições maternas graves

Número de mortes maternas (MM)

Número de óbitos fetais (> 500g)

Número de mortes neonatais precoces (até 7 dias)

Número de mortes neonatais tardias (até 28 dias)

Condições clínicas graves

Eclâmpsia

Histerectomia,

Internação em UTI

Transfusão sanguínea

Modificado de OMS, 2011; Souza et al., 2010.

3 . PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ

O planejamento da gravidez depende de uma decisão informada da mulher sobre o momento mais oportuno para engravidar, considerando suas condições físicas, psíquicas e sociais. Poder planejar a gravidez e ser devidamente orientada para esta fase é um direito das mulheres. No entanto, esta prática ainda não é adotada pela maioria da população e tampouco tem sido estimulada pelas instituições de saúde. A unidade de saúde deve estar preparada e estimular as mulheres a buscarem esse recurso. Esse é um aspecto especialmente importante para quem atende grupos mais vulneráveis, incluindo as adolescentes e mulheres que tiveram complicações em gestações anteriores ou tem alguma complicação clínica.

A orientação pré-concepcional deve ser bem utilizada para apoiar o casal a definir o melhor momento de gravidez, considerando suas condições de vida e aspectos clínicos relevantes. Deve-se sugerir um intervalo interpartal mínimo de dois anos, associado à decisão informada sobre métodos de contracepção para planejamento familiar. Essa abordagem contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil por diminuir o número de gestações não desejadas e abortamentos provocados; o número de ligaduras tubárias por falta de acesso aos métodos anticoncepcionais e o número de cesáreas indicadas para facilitar a realização de contracepção definitiva. O aumento do intervalo entre as gestações contribui para diminuir a frequência de recém-nascidos de baixo peso e para que eles sejam adequadamente amamentados. A consulta após o parto é essencial para dar oportunidade e qualidade a qualquer estratégia de planejamento reprodutivo. É preciso identificar fatores de risco, incluindo os comportamentais e hábitos e criar oportunidade para discussão sobre como a gravidez e a maternidade poderiam influenciar o curso de vida da mulher, nas perspectivas afetiva, educacional e social. Recomenda-se planejar o melhor momento, incluindo adequação de medicações que por ventura estejam sendo utilizadas e/ou desencorajando a gravidez em mulheres com doenças crônicas até que estas estejam compensadas (como diabetes, cardiopatias, hipertensão arterial grave, infecção pelo HIV, hepatite, entre outras). Sempre que possível, deve-se incluir o parceiro neste planejamento.

A consulta de planejamento da gravidez deve incluir anamnese detalhada, valorizando o interrogatório das queixas, antecedentes e hábitos, seguido de exame físico geral e ginecológico, além de alguns exames laboratoriais. Alguns aspectos da história clínica e do exame físico merecem ser citados, como indicadores de especial atenção para o período pré-concepcional, conforme os pontos a seguir.

3.1 Antecedentes e história clínica

Grupo etário: Adolescentes, por apresentarem potencialmente riscos aos estudos e formação profissional e possíveis dificuldades psicossociais, devem ser desencorajadas a engravidar, mas devem ser fortemente apoiadas se a gravidez

ocorrer. Por outro lado, tem ocorrido postergação da gravidez para depois dos 35 anos, idade a partir da qual aumenta o risco de cromossomopatias fetais, principalmente a trissomia do cromossomo 21, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, neoplasias malignas e óbito fetal, o que exige aconselhamento específico pré-concepcional sempre que possível.

Antecedentes obstétricos e ginecológicos: É necessário orientar sobre a importância do registro sistemático das datas das menstruações e estimular para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos. Além disso, é importante identificar história de infertilidade prévia, abortos e as condições de sua ocorrência (provocado, habitual), gravidez ectópica, doença trofoblástica gestacional, distúrbio do crescimento fetal, parto prematuro, pré-eclâmpsia e morbimortalidade perinatal, discutindo os riscos de recorrência e possíveis intervenções. O conjunto de informações sobre antecedentes obstétricos deve incluir:

- História ginecológica, incluindo avaliação de possíveis distúrbios endócrinos e anomalias uterinas;
- Partos (via, data, idade gestacional, local, peso do recém-nascido);
- Resultados desfavoráveis detalhados, buscando descobrir eventuais causas, com dados sobre complicações maternas, fetais e neonatais.

História familiar: A identificação de antecedente familiar positivo para tromboembolismo incrementa o risco dessa complicação na gravidez. A ocorrência de doenças genéticas deve orientar aconselhamento genético para o casal. A história de fibrose cística e hemofilia na família merece ser investigada, como também anemia falciforme entre os negros e talassemias nas mulheres com origem mediterrânea. Outras doenças dependerão de sua recorrência familiar.

Antecedentes mórbidos pessoais: Morbidades ou complicações clínicas maternas prévias devem ser identificadas e controladas o mais adequadamente possível, antes da decisão de engravidar. Estão entre as situações específicas mais frequentes:

• ***Diabetes Mellitus (DM):*** o risco de abortamento, malformação fetal, macrosomia, morte perinatal e agravos maternos podem ser reduzidos se a mulher diabética engravidar com os seus valores de glicemia controlados e promover esse cuidado também durante o curso gravídico, além de acesso a orientação e acompanhamento nutricional. Uma estratégia proposta para diminuição do risco de malformação fetal nas gestações complicadas por diabetes é engravidar apenas quando o valor da hemoglobina glicada (hemoglobina glicosilada ou glicohemoglobina) estiver abaixo de 6%. Pacientes com nefropatia diabética e creatinina superior a 1,5mg% e retinopatia proliferativa devem ser tratadas antes da gestação.

• **Hipertensão arterial crônica (HAC)**: estimular o adequado controle dos valores pressóricos e realizar avaliação nutricional, particularmente para mulheres com IMC >25. Adequar à necessidade e o uso de drogas hipotensoras contraindicando-se a administração de inibidores de enzima de conversão da angiotensina. A HAC é um fator de risco considerável para o aparecimento de pré-eclâmpsia superposta. As pacientes com HAC grave apresentarão mais frequentemente desfechos desfavoráveis. É importante buscar lesões em órgãos-alvos (retina, rins, coração, cérebro, vasos sanguíneos) e à possível etiologia do quadro, buscando-se causas secundárias, como por exemplo, o lúpus eritematoso sistêmico. É essencial orientar a necessária prevenção da pré-eclâmpsia a partir do primeiro trimestre da gravidez (AAS em baixa dose e cálcio quando dieta insuficiente).

• **Doenças da tireóide**: os quadros de hipotireoidismo ou hipertireoidismo podem prejudicar o curso da gestação. É necessária a compensação prévia da função da tireóide, sendo importante o auxílio de especialista, evitando suspender medicações e expor a paciente a riscos adicionais se não for indicado. Complicações da tireóide devem ser investigadas para mulheres que relatem dificuldades para engravidar.

• **Cardiopatias**: avaliar adequadamente os casos, buscando o diagnóstico específico da doença, em comunicação direta com o cardiologista, visto que os riscos e prognóstico variam segundo a condição clínica e sua gravidade. É preciso buscar o controle da situação clínica, com o intuito de que a paciente possa engravidar no momento em que atingir a melhor classe funcional.

• **Doenças autoimunes**: mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico exibirão melhor menos 6 meses antes da concepção, com funcionamento renal estabilizado. Investigar doenças auto-imunes, incluindo a síndrome do anticorpo anti-fosfolípide, em mulheres com história de perdas gestacionais (aborto recorrente, óbito fetal) ou de pré-eclâmpsia grave de instalação precoce ou de fenômenos trombo-embólicos.

• **Asma Brônquica**: o ideal é que a mulher engravide durante um período estável da doença. O controle das crises deve ser o objetivo para evitar no futuro quadros de hipoxemia que podem prejudicar o feto. Pode ser necessária a interconsulta com especialista na tentativa de administração da menor dose possível de medicação.

• **Epilepsia**: o acompanhamento por um neurologista deve ser recomendado, objetivando o controle prévio mais adequado da doença, se possível em regime de monoterapia com uma droga efetiva e de maior segurança para o feto. As drogas administradas para controle da epilepsia incrementam o consumo de folato, havendo indicação para uso de ácido fólico visando a prevenção de de-

feitos abertos do tubo neural. Até o momento, a droga de maior segurança é a carbamazepina.

- **Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)**: o controle da infecção em acompanhamento com infectologista deve ser a meta antes da gravidez. O risco materno e neonatal pode ser reduzido com um elenco de cuidados, idealmente com redução da carga viral circulante de HIV materno para valores indetectáveis. Na vigência da gravidez, medidas de profilaxia de transmissão vertical incluem administração de antirretrovirais para todas as gestantes infectadas, administração de zidovudina no parto para a mulher, profilaxia para o recém-nascido e a inibição da lactação.

- **Nefropatias**: é importante classificar o risco a partir do diagnóstico etiológico, o que requer avaliação pelo nefrologista. O resultado favorável da gestação depende do controle dos valores de ureia, creatinina e proteinúria, da hipertensão e adoção de tratamentos específicos, além do adequado monitoramento das transplantadas renais.

- **Depressão**: o diagnóstico e a prescrição de medicamentos devem contar com o suporte de especialista. A associação de psicoterapia é recomendável. Especial cuidado deve ser dado à evolução do caso, especialmente o período puerperal.

- **Outras doenças**: hemopatias, distúrbios músculo-esqueléticos e câncer devem ser consideradas individualmente quanto ao risco que apresentam no caso de uma gestação planejada, com a ajuda do especialista.

- **Alterações genéticas**: tanto em gestações prévias quanto na condição de pais portadores, deve ser realizado aconselhamento genético, particularmente para casais com translocações balanceadas, antecedente de filho com cromosomopatias e aborto habitual. Especial atenção deve ser reservada aos casais consanguíneos (dois indivíduos com pelo menos um ancestral em comum), o que eleva o risco para doenças autossômicas recessivas ou multifatoriais.

- **Obesidade**: com prevalência crescente, é um fator de risco independente para morbidade materna grave (hipertensão, diabetes, hemorragia, infecção, tromboembolismo), morbidade perinatal e para o futuro da criança. Por outro lado, pode ser considerado como um fator de risco modificável por intervenções prévias ou até durante a gravidez, com impacto positivo, alavancando mudanças potenciais de comportamento futuro para estas mulheres. O controle do ganho de peso antes e/ou durante a gestação por intervenções combinadas que atuem sobre os aspectos nutricionais, atividade física, além de apoio emocional podem reduzir o risco de recém-nascido grande para idade gestacional, criança obesa e síndrome metabólica futura. A cirurgia bariátrica é a terapia mais efetiva para

obesidade mórbida ($IMC \geq 40 \text{Kg/m}^2$) e, se indicada, deve acontecer pelo menos entre seis meses a um ano antes da gravidez.

Hábitos e exposições: A avaliação sobre as condições de trabalho é relevante, alertando-se sobre exposições a agentes tóxicos ambientais, como solventes orgânicos. Deve-se desestimular o tabagismo pelo risco de prejuízo do crescimento fetal, associação com abortamento, prematuridade, descolamento prematuro de placenta e amniorrexe prematura, com aumento das chances de sucesso para aquelas que abandonarem o hábito ou reduzirem o consumo diário. Não está ainda estabelecida dose segura de ingestão de álcool durante a gestação para se evitar danos fetais (discreta restrição do crescimento fetal à grave síndrome alcoólica fetal), devendo ser orientada abstinência. As drogas ilícitas produzem danos diversos sobre a gestação, provocados pela própria substância ou por prejuízo de sociabilidade. A cocaína pode causar malformações cardíacas e urológicas, além de restrição de crescimento fetal e descolamento de placenta. A mulher que refere esta adição deve ser encaminhada para programas específicos de recuperação antes de engravidar.

Mulheres com antecedentes de pré-eclâmpsia, óbito fetal inexplicado e prematuridade devem iniciar o pré-natal o mais precoce possível para que as estratégias de prevenção possam ser mais acuradas (capítulos 5.4 e 9).

Para as mulheres com complicações clínicas que realizam tratamentos medicamentosos, deve-se buscar a substituição das drogas contraindicadas na gestação. Algumas substâncias destas drogas que não devem ser utilizadas por gestantes são apresentadas no **Quadro 3.1**.

Quadro 3.1 – Drogas que não devem ser utilizadas na gravidez

Ácido valpróico	Fenciclidina	Noretinodrel
Amniopterina	Flurazepan	Norgestrel
Ciguatoxin	Fluvastatina	Pravastina
Clomifeno	Iodeto glicérol	Quazepam
Clortianisena	Isotretinoína	Quinina
Cumarínicos	Isotretinoína	Ribavirin
Contraceptivos orais	Leuprolida	Sinsvastatina
Danazol	Lítio	Talidomida
Dietilestilbestrol	Lovastatina	Temazepam
Doxiciclina	Mefipistona	Triazolam
Estrógenos conjugados	Menadiona	Vacina de vírus vivo
Estrona	Mestranol	Warfarin
Etinilestradinol	Misoprostol	
Etrenitrato	Noretindrona	

A profilaxia de defeitos abertos do tubo neural deve ser realizada com a administração de ácido fólico para todas as gestantes, na dose de 0,4mg via oral diariamente, de 60 a 90 dias antes da concepção até 3 meses após. A recomendação é de que as pacientes com antecedentes de anencefalia ou meningomielocelo e aquelas em uso de antiepiléticos ingiram doses maiores (5mg/dia). As apresentações disponíveis na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde (RENAME) é de solução oral, 0,2mg/mL ou 5mg/comprimido. Sugere-se uso de 2 mL da solução oral.

3.2 Exame físico

O exame físico deve ser completo, observando alterações no estado geral, peso, pressão arterial, palpação da tireóide, ausculta cardíaca e pulmonar, avaliação abdominal, pele e sistema músculo-esquelético. Não se deve prescindir do exame das mamas, do exame pélvico do exame preventivo do câncer do colo do útero, se esse não tiver sido realizado conforme normas técnicas vigentes (uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos). É importante ressaltar que, para muitas mulheres, este pode ser seu primeiro contato com o sistema de saúde e a oportunidade deve ser aproveitada para investigação de sua condição médica geral.

3.3. Avaliação nutricional

O diagnóstico de desvios nutricionais e a ação conjunta de um nutricionista - indicando, se necessário, dieta especial - são recursos essenciais para adequação do peso antes de engravidar. A alimentação vegetariana pode se associar a carência de elementos importantes para a organogênese fetal. Mulheres com índice de massa corporal (IMC) pré-gravídico inferior a 20 kg/m² tem maior prevalência de anemia, parto prematuro e baixo peso do recém-nascido. Tanto nos países de alta renda como naqueles emergentes, o sobrepeso e a obesidade são condições muito prevalentes, associadas a uma série de complicações gestacionais, maternas e neonatais. As gestantes com IMC acima de 30kg/m² mais frequentemente cursam com malformações fetais, diabetes, pré-eclâmpsia e tromboembolismo. O ideal seria a perda de peso prévia à gestação, ou o controle do ganho de peso na gestante.

3.4. Exames complementares

A adequada avaliação da mulher no período pré-concepcional requer a realização de exames para a identificação de condições que, na vigência de uma gestação, possam agravar a sua saúde e/ou do recém-nascido. Para todas as mulheres, devem ser solicitados os exames a seguir:

- Tipagem sanguínea para prevenção da aloimunização Rh: Se a mulher for

Rh negativo, deve-se solicitar a tipagem sanguínea do parceiro e, se for Rh positivo, solicita-se a pesquisa de anticorpos maternos anti-Rh (anti-D) por Coombs indireto.

- Hemograma completo para identificação de anormalidades hematimétricas.
- Sorologia para toxoplasmose com identificação de IgG e IgM: Em caso de mulheres suscetíveis, orientar profilaxia, evitando contato com fezes e secreções de felinos e a ingestão de carnes cruas.
- Sorologia para HIV e sífilis: Se sorologia positiva para sífilis, iniciar prontamente o tratamento dela e do parceiro e acompanhar clínico-laboratorialmente. Em casos de sorologia positiva para o HIV, encaminhar para acompanhamento e tratamento, também incluindo cuidados com o parceiro. Independentemente de resultado, orientar todas para a prática do sexo seguro, incentivando a utilização do preservativo.
- Colpocitologia oncológica: a cada três anos, após duas citologias normais com um ano de intervalo. Se forem identificadas alterações, prosseguir conforme manual de condutas do Instituto Nacional do Câncer.

Exames adicionais para grupos especiais

- Glicemia de jejum para mulheres com fatores de risco — idade igual ou superior a 35 anos, obesidade, parente de primeiro grau com diabetes, história prévia de diabetes gestacional, macrossomia fetal, óbito fetal tardio sem motivo esclarecido.
- Mamografia para mulheres com 35 anos ou mais pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama — história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade; história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; história familiar de câncer de mama masculino; diagnóstico histopatológico pessoal de lesão mamária com atipia ou neoplasia lobular in situ.
- Sorologia para Hepatite B (HBsAg, Anti-HBs) e para Hepatite C (Anti-HCV) para orientação sobre risco gestacional e indispensáveis para aquelas com histórico clínico que indique a possibilidade de contaminação — usuárias de drogas, com múltiplos parceiros, com histórico de infecções sexualmente transmissível (IST) ou com histórico de transfusão de sangue. Nas gestantes com anti-HBs negativo e HBsAg negativo, indica-se vacinação para Hepatite B. Em casos de sorologia positiva (HBsAg), encaminhar para acompanhamento, incluindo a avaliação de comunicantes.

Imunização: Recomenda-se a atualização do calendário com vacina dupla adulto (tétano e difteria) e coqueluche DTPa, além de vacinação contra Hepatite B (vacina recombinante) para as não vacinadas e susceptíveis (anti-HBs e HBsAg negativos).

4 . DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ

4.1. Acolhimento da mulher com atraso menstrual

A mulher que procura a unidade de saúde deve ser recebida com privacidade e de maneira acolhedora. Dirigir a paciente ao atendimento por profissional capaz de oferecer escuta ativa e não julgadora sobre suas possíveis expectativas e necessidades. A unidade de saúde deve criar um fluxo de atendimento ágil, buscando não postergar o diagnóstico e oferecendo acolhimento precoce para orientação e atenção pré-natal.

4.2. Teste confirmatório para gravidez

As mulheres no menacme (período fértil entre a primeira menstruação e a menopausa), em atividade sexual, com atraso menstrual que não ultrapasse 12 semanas devem ser imediatamente submetidas a um teste de gravidez. O diagnóstico de gravidez deve ser feito com base na história da mulher, aliada ao exame físico e teste laboratorial, segundo o fluxograma apresentado na Figura 4.1.

O teste imunológico de gravidez (TIG) na urina é uma excelente opção e pode ser feito imediatamente, na unidade de saúde. É necessário, como margem de confiança, atraso menstrual superior a sete dias. Os profissionais devem estar treinados para a correta realização técnica, com anotação de seu resultado no prontuário, incluindo assinatura e registro profissional de quem o realizou. Seu resultado positivo é confirmatório e não se recomenda confirmar com exame laboratorial (β -HCG sérico). Se a pesquisa de batimentos cardíofetais for positiva ao Sonar Doppler, não há necessidade sequer da utilização de teste de gravidez para diagnóstico porque a gravidez está confirmada. AO teste imunológico não está indicado partir de 20 semanas, quando é menos sensível e o diagnóstico clínico é ainda mais evidente, As reações falso-positivas podem ocorrer devido ao uso de drogas psicotrópicas (antidepressivos, anticonvulsivantes, hipnóticos, fenoatiazidas), à proteinúria, a neoplasias produtoras de HCG, ao lúpus e ao hipertireoidismo quando acompanhado do aumento de LH. Reações falso-negativas ocorrem somente quando os níveis de HCG estão abaixo da sensibilidade.

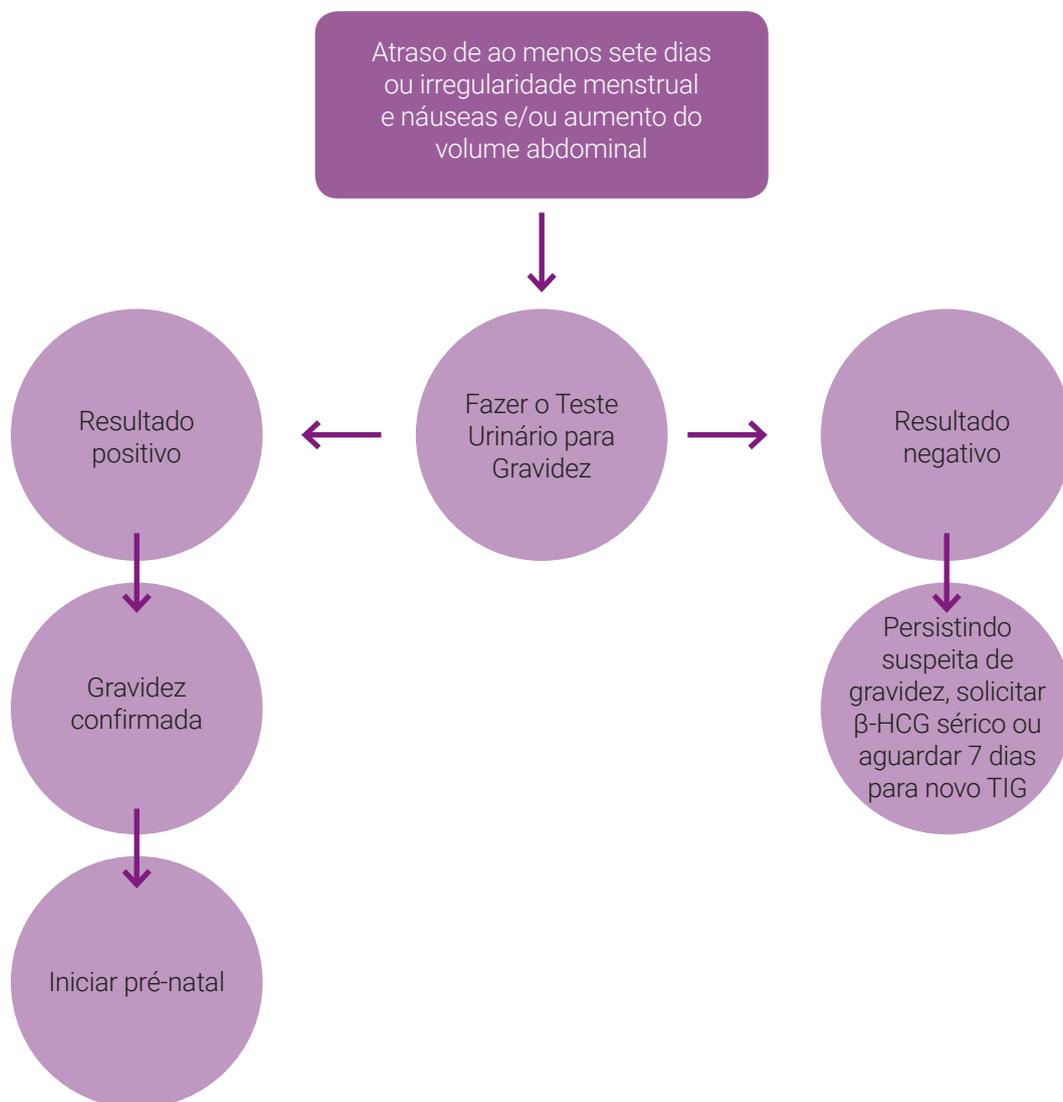
A realização do β -HCG sérico é a opção laboratorial para diagnóstico laboratorial de gravidez, sendo detectado no sangue periférico 8 -11 dias após a fecundação (na nidação), antes mesmo do atraso menstrual. Em algumas situações (suspeita de gestação sem atraso menstrual, possibilidade de gestação ectópica ou molar, ameaça de abortamento), a dosagem do β -HCG sérico é recomendada.

Quando é realizado o teste de gravidez, é muito importante que a equipe seja sensível a esse momento, verificando as expectativas da mulher em relação a uma possível gestação. Pode ser um momento privilegiado para oferecer esclarecimento e apoio às suas decisões reprodutivas. Se a mulher não planejava a gravidez e for confirmada, deve-se oferecer apoio para discutir as condições desta gestação no seu contexto de vida. Se não estiver grávida, aproveitar a oportu-

tunidade para discutir e oferecer métodos contraceptivos e aconselhamento de risco sexual e reprodutivo. Se estiver grávida, propõe-se o acompanhamento pré-natal.

Na Primeira Consulta de Enfermagem a gestante receberá as orientações sobre o acompanhamento pré-natal (e ao seu critério, também o seu acompanhante), conhecerá em linhas gerais o plano de ação e poderá tirar dúvidas iniciais. Nesse contato, devem ser oferecidos/solicitados os exames de rotina.

4.1 – Fluxograma do diagnóstico da gravidez



Nessa oportunidade também devem ser fornecidos:

- O cartão da gestante, devidamente identificado e preenchido, incluindo o nome da unidade hospitalar de referência para ela e o número do telefone;
- As solicitações dos exames complementares, segundo o protocolo;
- Recomendação de vacinas e ácido fólico;

- Recomendação sobre atividades profissionais e físicas na gravidez;
- Orientações sobre atividades educativas, visitas domiciliares, visita à maternidade de referência e demais programas.

Feito esse contato inicial, a **Primeira Consulta Médica** de pré-natal deve ser agendada idealmente em duas a três semanas, período suficiente para receber os resultados das provas laboratoriais solicitadas. Assim, é possível estabelecer as condutas recomendadas o mais rápido possível.

5 . ROTINAS DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

5.1 Aspectos gerais

O acompanhamento pré-natal exige acolhimento das necessidades da gestante, acompanhante e familiares em relação à gravidez, parto e puerpério. Deve haver disponibilidade para que sejam esclarecidas queixas, dúvidas, angústias, ansiedades, criando um ambiente empático e receptivo, que estimule a adesão ao programa de consultas e ações educativas. Sugere-se que a atenção pré-natal de baixo risco possa ser realizada pelo médico e pela enfermeira, de forma compartilhada, intercalando e/ou dividindo as ações, complementado por atuação de agente de saúde e outros profissionais conforme o caso exigir.

A Primeira Consulta Médica representa uma oportunidade privilegiada de classificar riscos e orientar condutas efetivas que qualificam o cuidado. Esta consulta deve prover um atendimento clínico completo, com anamnese e exame físico geral e específico. O conteúdo dessa primeira consulta inclui:

Anamnese completa

- Exame físico geral de todos os aparelhos
- Exame ginecológico, com inspeção genital, exame especular, toque e avaliação mamária completa (estática, dinâmica e palpação das mamas, axilas e fossas supra-claviculares)
 - Coleta de citologia oncológica de colo uterino: como muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal, é imprescindível que seja realizada a coleta de amostra, em qualquer trimestre, segundo a periodicidade estabelecida pelas diretrizes nacionais (a cada três anos, após duas citologias normais com um ano de intervalo)
- Interpretação dos exames solicitados no acolhimento e orientação de conduta
 - Valorização das atividades educativas e de preparo para o parto, incluindo hábitos dietéticos saudáveis, atividade física incluindo perineal, abandono ou redução significativa do uso de substâncias psicoativas e fumo

Na anamnese, valorizar as condições da ocorrência da gravidez, os hábitos, os antecedentes obstétricos, as possíveis intercorrências nas gestações; os antecedentes ginecológicos e o interrogatório complementar, de condições clínicas e cirurgias prévias, além de interrogatório sobre risco de doenças familiares.

O número mínimo de consultas pré-natais recomendado pela Organização Mundial de Saúde é de oito consultas gestacionais, uma no primeiro trimestre (até a 12ª semana), com 20, 26, 30, 34, 36, 38 e 40 semanas. Porém, os retornos devem ser adaptados às necessidades de cada caso, realizados por médicos ou enfermeiras, de forma intercalada, mantendo-se atenção à identificação de sinais ou sintomas de risco em cada retorno da mulher.

Estimular a participação do pai ou alguém de escolha da gestante, que lhe ofereça apoio e se prepare para estar presente também durante o parto e puerpério.

Durante o acompanhamento pré-natal, é possível aproveitar a oportunidade para avaliar algumas condições clínicas do companheiro, com ênfase nas doenças de transmissão sexual e estimular o cuidado geral, incluindo hábitos saudáveis.

5.2 Risco gestacional

A identificação de riscos para a gestante e/ou feto durante a evolução da gravidez deve ser privilegiada na primeira consulta. É uma estratégia para estabelecer o plano de ação terapêutica no pré-natal, incluindo a regularidade dos retornos e seu nível de complexidade, que devem ser revistos a qualquer tempo. O profissional deve ter suficiente preparo e experiência para conduzir interrogatório e avaliação clínica detalhados, valorizando sinais clínicos de alerta e interpretando resultados de exames complementares que possam identificar riscos.

Esta avaliação de risco deve ser contínua, a cada consulta, valorizando o caráter dinâmico do ciclo gravídico-puerperal, apoiada em novas informações, queixas ou achados clínicos, por profissionais atentos e bem treinados. Há necessidade de adequação da lista de condições potenciais de risco à situação epidemiológica local, estabelecendo uma Linha de Cuidado regional que dependerá da distribuição e localização dos serviços de referência.

Para algumas gestantes, as situações de risco se associam apenas ao parto (como gestantes com antecedente de atonia uterina pós-parto). Nesses casos, o planejamento do local de parto (maternidade de referência), que possa oferecer as condições adequadas de cuidado em situação de emergência, é responsabilidade da atenção pré-natal. Esta conduta deve ser orientada durante as consultas e isso deve estar registrado no cartão pré-natal. Também é responsabilidade da UBS organizar uma visita para reconhecimento do local de parto para todas as suas gestantes.

A identificação de risco deve ser um marcador de alerta para um cuidado qualificado e busca de complicações associadas àquela situação específica, mas não deve ser sinônimo de transferência de cuidados. A atenção diligente por profissionais competentes pode ser suficiente para prover o cuidado necessário; não se deve deslocar a gestante ou transferir seu cuidado pré-natal se não houver um claro benefício. Buscar a segunda opinião de equipes especializadas, nos serviços de referência para gestações de alto risco. Caso o encaminhamento ocorra, a gestante deve ter seu cuidado pré-natal monitorado pela unidade de origem, através de visitas domiciliares. Com isso, evita-se a duplicidade de atendimento e garante-se a responsabilidade sobre o cuidado com a gestante.

As situações de risco que podem ser acompanhadas na atenção básica incluem características pessoais e demográficas e antecedentes obstétricos, listadas abaixo. Às demais, quando há diagnóstico de complicações clínicas concomitantes à gravidez e complicações da gestação diagnosticadas, é recomendado o encaminhamento para pré-natal com especialista. Nestes casos, após avaliação na unidade de referência, a gestante pode ser reencaminhada

para a unidade de atenção básica original ou a grávida continuará os seus cuidados de pré-natal no serviço de maior complexidade. Nos casos de retorno, a unidade básica de saúde deverá conduzir o pré-natal a partir de informações recebidas e de um diálogo com os profissionais da referência sobre as necessidades do caso e o melhor cuidado.

É essencial anotar os dados clínicos relevantes no prontuário e nos instrumentos utilizados na atenção ao pré-natal e ao puerpério descritos no Capítulo 2, item 2.2.1 (ficha de acompanhamento pré-natal, mapa de atendimento diário e cartão da gestante). Também se deve realizar a avaliação dos fatores de risco nos retornos, atualizando essas informações no cartão da gestante, que serve de elo entre as informações da unidade e os profissionais em qualquer ponto da linha de cuidado. Situações de alerta devem ser destacadas.

A avaliação dos fatores de risco e o nível de complexidade sugerido incluem:

1. Características pessoais e sócio-demográficas (acompanhamento na atenção básica):

Condição	Orientações para seguimento na Atenção Básica
Menos que cinco anos de estudo regular	Atenção para nível de compreensão das orientações, especialmente recomendações escritas. Buscar formas alternativas de comunicação e solicitar acompanhante quando percebida limitação de entendimento.
Ocupação com esforço físico excessivo, trabalho noturno, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos e níveis altos de estresse.	Avaliação de adequação de atividade, função, carga horária e solicitação médica formal ao empregador de mudança de função ou área de trabalho. Orientar pausas periódicas para descanso, especialmente após as refeições.
Suporte familiar ou social inadequado	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica e do serviço social.
Situação afetiva conflituosa	Oferecer/Solicitar acompanhamento psicológico e social, atentar para risco de violência doméstica (investigação periódica).
Transtorno mental	Encaminhamento para avaliação psicológica/CAPS, monitoramento e vigilância de piora de sintomas, especialmente piora depressiva, ideação suicida. Valorização de queixas subjetivas. Investigar o abuso de substâncias psico-ativas e fumo.
Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social	Oferecer/Solicitar avaliação do serviço social.

Condição	Orientações para seguimento na Atenção Básica
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas	Encaminhamento para CAPS AD, oferecer/solicitar acompanhamento psicológico, rever periodicidade de consultas. Pesquisar situação de rua e comportamentos sexuais de risco.
Violência doméstica, abuso, assédio moral	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica e serviço social. Oferecer apoio e abordar importância e possibilidade de denúncia em caso de violência.
Altura menor que 1,45 m	Atenção para crescimento uterino e valorização de queixas de contrações ou perdas vaginais.
Idade menor que 15 e maior que 35 anos	No caso de adolescentes, buscar adequação da atenção obstétrica respeitando as particularidades sociais e psicológicas da faixa etária, maior risco de complicações (como prematuridade). É recomendada a realização de grupos de orientações e consultas dirigidas para essa população.
Índice de massa corpórea (IMC) inicial que evidencie baixo peso (<20Kg/mm ²) ou, sobrepeso (25-29,99Kg/m ²) ou obesidade (≥30Kg/m ²)	Oferecer/Solicitar avaliação e acompanhamento nutricional, orientações quanto atividade física

2. Antecedentes obstétricos (acompanhamento na atenção básica):

Condição	Orientações para seguimento na Atenção Básica
Abortamento habitual 1º trimestre (mais do que 2 abortos)	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica, pesquisar história de manipulação/cirurgia uterina prévia, de alterações endocrinológicas (diabetes, tireoidopatias), de miomatose, malformações uterinas, consanguinidade, de alterações genéticas familiares, de exposição a substâncias tóxicas, de trombose.
Cirurgia uterina anterior (que não sejam cesáreas)	Recomendado agendamento de cesárea, fora do início de trabalho de parto, em torno de 39 semanas.
Esterilidade/infertilidade	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica, pesquisar história de manipulação/cirurgia uterina prévia, malformações uterinas, miomatose, de alterações endocrinológicas (diabetes, tireoidopatias).
Intervalo interpartal menor que dois anos	Atenção para sinais de trabalho de parto prematuro. Pesquisar rede de apoio para auxílio ao cuidado dos filhos, avaliar afastamento laboral de companheiro/familiar/acompanhante na eventualidade de cuidado especial durante a gestação. Oferecer planejamento familiar.
Macrossomia fetal	Atenção para o desenvolvimento fetal, pesquisa de diabetes mellitus.
Nuliparidade e grande multiparidade (> 4 gestações)	Pesquisar rede de apoio para auxílio ao cuidado do(s) filho(s), oferecer planejamento familiar.

Condição	Orientações para seguimento na Atenção Básica
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	Seguir orientações contidas no Capítulo 9.
Recém-nascido com restrição de crescimento ou malformado	Pesquisar história de infecções prévias (toxoplasmose, sífilis, CMV), complicações clínicas (hipertensão, lúpus), malformação familiar. Solicitar USG morfológico de 1º. E 2º. trimestres, ecocardiografia fetal, se disponíveis. Acompanhamento da curva de crescimento fetal e altura uterina.
Síndromes hemorrágicas em partos anteriores	Afastar diagnóstico atual de placenta prévia, orientações sobre possibilidade de recorrência no parto atual, parto preferencialmente em hospital com suporte para urgências e emergências obstétricas.
Duas ou mais cesarianas prévias	Afastar diagnóstico atual de acretismo placentário com ultrassonografia no final do 3º trimestre. Recomendação de parto cesárea em torno de 39 semanas.
Acretismo placentário	Afastar diagnóstico na gestação atual.
Perdas gestacionais de 2º ou 3º trimestre	Podem ser acompanhadas na Atenção Básica após avaliação com especialista para definição da conduta na atenção pré-natal.
Prematuridade prévia	Podem ser acompanhadas na Atenção Básica após avaliação com especialista para definição da conduta na atenção pré-natal.
Morte perinatal explicada ou inexplicada	Podem ser acompanhadas na Atenção Básica após avaliação com especialista para definição da conduta na atenção pré-natal.

3. Morbidade prévia e atual (encaminhamento para referência em pré-natal de risco e avaliação com especialista para definição de complexidade da atenção pré-natal):

- Aneurismas;
- Aterosclerose;
- Alterações genéticas maternas;
- Alterações ósteo-articulares de interesse obstétrico;
- Câncer;
- Cardiopatias;
- Cirurgia bariátrica;
- Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);
- Doenças inflamatórias intestinais crônicas;
- Doenças psiquiátricas que necessitam acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);
- Epilepsia;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Hanseníase;

- Hemopatias;
- Hipertensão arterial crônica, com ou sem medicação;
- Infecção urinária de repetição;
- Nefropatias;
- Pneumopatias;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras IST);
- Cirurgia abdominal prévia com história de complicações;
- Tromboembolismo;
- Tuberculose;
- Asma grave.

4. Doença obstétrica na gravidez atual (acompanhamento pré-natal no serviço de referência em pré-natal de alto risco):

- Aloimunização;
- Amniorrexe prematura;
- Restrição de crescimento fetal;
- Gestação múltipla;
- Oligo ou polidrâmnio;
- Hidropsia fetal;
- Malformações fetais maiores;
- Óbito fetal;
- Síndromes hemorrágicas;
- Síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia superposta);
- Trabalho de parto prematuro;
- Gravidez prolongada.

Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência e emergência obstétrica:

- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento;
- Anemia grave (Hb < 8g/dl);
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, etc.;
- Crise hipertensiva (PA \geq 160/110mmHg);
- Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria);
- Eclâmpsia/convulsões;
- Hipertermia (Tax $> =$ 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS (infecção das vias aéreas superiores);
- Suspeita de trombose venosa profunda;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo;

- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Prurido gestacional/icterícia;
- Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia);
- Idade gestacional de 41 semanas confirmadas ou mais.

5.3 Encaminhamento e transferência

Em alguns casos, como nas situações de risco salientadas acima ou diante de sinais de alerta, a necessidade de transferir cuidados pode acontecer. A transferência deve representar uma legítima qualificação do cuidado a mulher, ponderando-se vantagens versus dificuldades que as usuárias e os seus familiares podem enfrentar com os deslocamentos. A equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) que propôs o encaminhamento tem responsabilidade sobre a continuidade dos cuidados, devendo manter contato por visita domiciliar ou outra estratégia.

Todas as condutas devem ser registradas e a unidade deve acompanhar o desfecho do caso, estabelecendo uma estrutura para o fluxo de informações. O relatório de encaminhamento deve conter todos os dados relevantes, tais como motivo do encaminhamento, resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, evolução e tratamentos, especificando os medicamentos prescritos e outras orientações particulares. O texto deve ser legível, sem abreviaturas ou códigos, contendo nome do profissional que encaminhou, seu número de registro profissional e assinatura. A identificação da unidade de referência deve conter endereço, telefone e nome da pessoa que foi contatada, quando for o caso. Um exemplo de relatório de encaminhamento padrão encontra-se neste manual (Anexo 2) e pode ser utilizado pelas unidades que não dispõem de um modelo.

5.4 Plano da primeira consulta médica

A primeira consulta clínica de pré-natal após o acolhimento deve ser realizada por profissional médico, para a classificação de risco do caso e avaliação clínica completa, incluindo história e exame físico dos diversos aparelhos, incluindo:

A) História clínica

- **Identificação:**
 - nome;
 - número do cartão SUS;
 - idade;
 - cor (por autodeclaração);
 - naturalidade;

- procedência;
- endereço atual;
- unidade de referência, com endereço e telefone;
- nome do acompanhante para o parto.
- Características socioeconômicas:
- grau de instrução;
- profissão/ocupação;
- estado civil/união;
- número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);
- renda familiar;
- condições de moradia (tipo, número de cômodos);
- condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- distância da residência até a unidade de saúde;
- Violência doméstica.

• **Antecedentes familiares:**

- câncer de mama e/ou de colo uterino;
- diabetes mellitus;
- doença de Chagas;
- doenças congênitas;
- gemelaridade;
- hanseníase;
- hipertensão arterial;
- pré-eclâmpsia/eclâmpsia parentes de 1º grau
- tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);
- parceiro sexual portador de infecção pelo HIV, sífilis e outras IST.

• **Antecedentes pessoais:**

- alergias;
- alterações ósteo-articulares de interesse obstétrico;
- aneurismas;
- aterosclerose;
- câncer;
- cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
- cirurgia em geral (tipo e data), incluindo bariátrica (informar técnica);
- deficiências de nutrientes específicos (ferro, vitamina D);
- desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
- doenças auto-imunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);
- doenças inflamatórias intestinais crônicas;
- doenças neurológicas e psiquiátricas;
- endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);

- hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;
- hemopatias;
- hipertensão arterial crônica
- infecção do trato urinário;
- nefropatias;
- pneumopatias;
- portadora de infecção pelo HIV;
- portadoras de outras infecções (hepatites, toxoplasmose, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis - IST);
- psicose;
- transfusões de sangue;
- trauma;
- tromboembolismo.

• **Antecedentes ginecológicos:**

- ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- doença inflamatória pélvica;
- infecções sexualmente transmissíveis – IST (tratamentos prévios, inclusive do parceiro);
- infertilidade e esterilidade (tratamento realizado);
- malformação genital;
- mamas (alteração e tratamento);
- miomatose e tumores anexiais;
- última colpocitologia oncológica (data e resultado).
- métodos anticoncepcionais prévios (quais, quanto tempo e motivo do abandono).

• **Sexualidade:**

- início da atividade sexual;
- dispareunia;
- prática sexual nessa gestação;
- multiplicidade de parceiros sem uso de proteção; uso de preservativos masculino ou feminino (uso correto, habitual).

• **Antecedentes obstétricos:**

- aloimunização Rh;
- complicações nos puerpérios (descrever);
- história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
- idade na primeira gestação;
- intercorrências ou complicações em gestações anteriores (pré-eclâmpsia/eclâmpsia, outras especificar);
- intervalo entre as gestações (em meses);

- mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo);
- natimortos (morte fetal intrauterina e idade gestacional em que ocorreu);
- número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por IST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
- número de filhos vivos;
- número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
- número de recém-nascidos com menos de 2.500g (baixo peso) e mais de 4.000g;
- número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37^a semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsanguíneo transfusões.

• **Gestação atual:**

- primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar se certeza);
- aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- hábitos alimentares (recordatório sobre alimentos ricos em cálcio);
- hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- identificar gestantes com fraca rede de suporte social e/ou com baixa adesão aos cuidados pré-natais;
- internação durante essa gestação;
- medicamentos usados na gestação;
- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- peso prévio e altura;
- sinais e sintomas na gestação em curso.

B) Exame físico

• **Geral:**

- determinação do peso e da altura;
- medida da pressão arterial (técnica adequada, ver procedimento técnico no Capítulo 6, item 6.3);
- inspeção da pele e das mucosas;
- palpação da tireóide e de toda a região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- ausculta cardiopulmonar;

- exame do abdômen;
- exame dos membros inferiores;
- pesquisa de edema (face, tronco, membros).

- **Específico (gineco-obstétrico):**

- exame clínico das mamas.
- palpação obstétrica e, principalmente no terceiro trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;
- medida da altura uterina;
- ausculta dos batimentos cardíacos fetais (Sonar Doppler após 12 semanas);
- inspeção dos genitais externos (1ª consulta, após se necessário);
- exame especular e toque vaginal – essa etapa pode ser realizada na consulta de retorno, considerando o contexto clínico e o desejo da mulher.

C) Exames de rotina

Os exames complementares dão apoio ao raciocínio clínico e os motivos de sua solicitação devem ser explicados à gestante. Deve ser realizado o procedimento de aconselhamento pré e pós-exames, informando benefícios e riscos, e avaliando o conhecimento e as expectativas da mulher com os resultados, especialmente diante de exames de triagem, como sorologias para HIV, sífilis, hepatites e outras IST.

O profissional que avalia os exames deve estar preparado tecnicamente para orientar sobre limitações nos resultados e para solicitar pesquisa adicional para conclusão diagnóstica, evitando pânico desnecessário e/ou condutas tardias. A confidencialidade dos resultados deve ser garantida. As condutas sugeridas devem ser informadas à gestante. No caso do HIV, sífilis e outras IST, deve-se orientar sobre a necessidade de diagnóstico e tratamento do seu parceiro sexual.

Os exames de rotina devem ser solicitados no acolhimento da mulher no serviço de saúde, imediatamente após o diagnóstico de gravidez e os resultados devem ser avaliados na primeira consulta clínica. As condutas relativas aos resultados estão descritas no **Capítulo 7**. Muitos destes serão repetidos no início do 3º trimestre.

Devem ser solicitados:

- **Hemograma completo** – na 1ª consulta e repetir HB/HT entre 28-30 semanas
- **Grupo sanguíneo e fator Rh**
- **Coombs indireto (se gestante Rh negativo sem tipagem do parceiro ou parceiro Rh positivo)**
- **Eletroforese de hemoglobina**

- **Teste rápido de triagem para sífilis e/ou sorologia para sífilis (VDRL, RPR, ELISA, TPHA, FTA-Abs etc)** – O rastreamento é iniciado na primeira consulta com teste treponêmico (rápido ou convencional) ou não-treponêmico. Deverá ser repetido obrigatoriamente entre 28-30 semanas, no momento do parto e em caso de abortamento. Na medida da disponibilidade, pode-se repetir também no 2º trimestre. Para agilidade no diagnóstico e posterior conduta, recomenda-se realizar teste rápido na unidade de saúde na 1ª consulta. É importante ressaltar que, como o teste rápido para sífilis é um teste treponêmico; um resultado positivo indica infecção atual ou pregressa (ver Capítulo 9, item 9.9).

- **Glicemia em jejum** – realizar a glicemia de jejum no início do pré-natal com o objetivo de diagnosticar o diabetes mellitus e o diabetes mellitus gestacional. Caso o resultado da primeira glicemia de jejum seja menor que 92mg/dL, preconiza-se a realização do TOTG 75 gramas - ver rastreamento de Diabetes no **Capítulo 9, item 9.5.**

- **Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG - 75g)** – realizado entre 24-28 semanas para os casos com glicemia de jejum inicial inferior a 92mg/dl. Ver rastreamento de diabetes no **Capítulo 9, item 9.5.**

- **Exame sumário de urina (Tipo I).**

- **Urocultura com antibiograma** – repetir entre 28-30 semanas.

- **Teste rápido anti-HIV ou sorologia para HIV** – realizar o mais precocemente possível (primeira consulta), idealmente no primeiro trimestre (até 12 semanas) e repetir obrigatoriamente entre 28-30 semanas e no parto. Na medida da disponibilidade, pode-se repetir também no 2º trimestre. Para agilidade no diagnóstico e posterior conduta, recomenda-se realizar teste rápido na unidade de saúde e também no parto, independentemente de ter sido realizado durante o pré-natal. No caso de gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico com teste rápido deve ocorrer na admissão para o parto.

Aconselhamento pré-teste:

- Avaliar conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV/AIDS e outras IST, complementando as informações especialmente acerca dos meios de transmissão, diferença entre ser portador da infecção e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), conceitos de “vulnerabilidade” e “situações de risco acrescido”, e sua importância na exposição à infecção pelo HIV, especialmente na gravidez. Promover sexo seguro na gestação, promovendo o uso de preservativo.

- Explicar o que é o teste anti-HIV, como é feito, o que avalia, suas limitações, explicando o significado dos resultados negativo, indeterminado e positivo (**ver Capítulo 7, item 7.7**).

- Explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez para a mulher e para o bebê, reforçando as chances de reduzir a transmissão vertical pelo acompanhamento especializado e as medidas profiláticas durante a gestação, no parto e no pós-parto para menos de 1%, e o controle da infecção materna.

- Garantir o caráter confidencial e voluntário do teste. A gestante deverá ser

estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas.

- **Sorologia para toxoplasmose, IgG e IgM** – realizar como rotina de triagem, se não tem confirmação de infecção com sorologia prévia.

- Se a IgG for reagente e IgM não reagente, trata-se de infecção prévia sem risco de transmissão congênita em gestantes imunocompetentes.

- Se IgG for negativa e IgM negativa no primeiro trimestre, repetir no 2º e no 3º trimestres.

- Se tiver IgG e IgM positivos, o laboratório deve proceder o teste de avides de IgG na mesma amostra.

- Se a avides for baixa, deve-se iniciar imediatamente o uso de espiramicina, assumindo-se que pode ser uma infecção recente. Como há um grupo de indivíduos que mantém a avides baixa por período prolongado (além de 16 semanas), seria recomendável repetir a avides em três a quatro semanas e a elevação confirmaria infecção recente, se isso fosse viável.

- Se tiver IgM positivo e IgG negativo, repetir em duas semanas para ver se houve conversão de IgG, compatível com diagnóstico infecção recente.

- **Sorologia para hepatite B (HbsAg)** – Se for HBsAg positivo, pesquisar anti-HBc e anti-HBe, além de função hepática (AST/ALT e bilirrubina totais e frações).

- **Sorologia para hepatite C** – indicada em grupos vulneráveis (infecção pelo HIV, uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1963, mulheres submetidas a hemodiálise, mulheres com elevação de aminotransferase sem causa e profissionais de saúde com história de acidente imunobiológico). Confirmar a infecção com biologia molecular.

- **Protoparasitológico de fezes.**

- **Colpocitologia oncológica** – como muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal, é imprescindível que seja realizada a coleta de amostra, em qualquer trimestre, segundo a periodicidade estabelecida pelas diretrizes nacionais (a cada três anos, após duas citologias normais com um ano de intervalo);

- **Exame do conteúdo vaginal** – avaliação do conteúdo vaginal por bacterioscopia (critérios de Nugent), indicada para pacientes com antecedente de prematuridade, possibilitando a detecção e o tratamento precoce da vaginose bacteriana, idealmente antes da 20ª semana. Se a bacterioscopia não estiver disponível, indica-se diagnóstico presumido, através do exame especular, pela positividade de pelo menos 3 dos 4 critérios de Amsel: 1) corrimento branco-acinzentado; 2) medida do pH > 4,5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do intróito 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 (células-alvo) à microscopia.

- **Ultrassonografias** – Deve-se realizar a ultrassonografia obstétrica idealmente até 12 semanas (máximo até 20 semanas) para datação e identificação de

gestação múltipla. Entre 18-24 semanas, deve ser realizada a ultrassonografia morfológica de triagem para identificação de malformações e rastreamento de cromossomopatias e localização placentária. Ultrassonografias adicionais no 3º trimestre serão solicitadas se houver indicação clínica (ex: incompatibilidade entre AU e idade gestacional)..

• **Cultura específica** do estreptococo do grupo B (agalactie), com coleta anovaginal entre 35-37 semanas (ver **Capítulo 6, item 6.8**).

Quadro 5.1: Exames laboratoriais de rotina pré-natal inicial

- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Coombs indireto (se gestante Rh negativo e parceiro RH positivo ou ignorado)
- Hemograma completo 1ª consulta
- Eletroforese de hemoglobina
- Glicemia de jejum
- Sorologia para sífilis
- Sorologia anti-HIV
- Sorologia para hepatite B
- Sorologia para toxoplasmose
- Urina tipo I;
- Urocultura com antibiograma
- Protoparasitológico de fezes
- Colpocitologia oncológica
- Bacterioscopia da secreção vaginal ou critérios de Amsel, com pH vaginal e teste de KOH (apenas em pacientes com antecedente de prematuridade).

D) Condutas

- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.
- Orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso gestacional.
- Orientação sobre critérios de risco gestacional ou no parto e acompanhamento.
 - Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais e orientação de condutas.
 - Referência para atendimento odontológico.
 - Referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado.
 - Orientação para imunização antitetânica quando a gestante não estiver imunizada (esquema incompleto ou não realizado) ou quando o último reforço tiver sido realizado há mais de 5 anos (vacina dTpa).
 - Orientação para vacinação rotineira contra coqueluche (contida na dTpa, realizada após 20 semanas, idealmente entre 27-36 semanas).

- Orientação para imunização antiinfluenza nos períodos de outono e inverno.
- Prescrição de 0,4mg de ácido fólico (2 mL de solução oral, 0,2mg/mL), uso contínuo na gestação para prevenção da anemia e redução de prematuridade.
- Prescrição de ácido fólico 5mg/dia para prevenção de defeitos abertos do tubo neural, indispensável se houver antecedente de defeitos de tubo neural, diabética, obesa, epiléticas e fumantes, entre 30 dias antes e até 14 semanas. Para as gestantes em uso de antiepiléticos, manter ácido fólico 5mg/dia até final da gravidez.
- Profilaxia da pré-eclâmpsia: indicada para gestantes de alto risco para desenvolver a doença (hipertensas crônicas, antecedente de pré-eclâmpsia, diabetes com vasculopatia, nefropatia, doenças autoimunes como lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide – SAAF), entre 12 e 34 – 36 semanas.
 - Prescrever de ácido acetilsalicílico (100mg/dia) a partir de 12 semanas até 34-36 semanas de gestação.
 - Orientar dieta rica em cálcio (vegetais de folhas verdes escuras - espinafre, agrião, leite pouco gorduroso – 4 copos ao dia, de peixes como a sardinha, de coalhada e iogurtes. Na região sudeste, o consumo médio de cálcio é inadequado, estimado em 505,1mg/dia e 580,8mg/dia entre mulheres adultas e adolescentes respectivamente, considerado consumo inadequado. Na tabela abaixo, são apresentados alimentos ricos em cálcio:

Tabela 5.1 – Quantidade de cálcio por porção de alimentos

Alimentos	Quantidade	Cálcio (mg)
Amêndoa	200g	508
Coalhada	100g	490
Tofu	¼ xícara	430
Gergelim	100g	417
Brócolis, flores cruas	100g	400
Aveia instantânea	100g	392
Agrião	200g	336
Sardinha fresca	2 unidades	289
Leite desnatado	200g	250
Iogurte	200g	240
Açaí	200g	236
Queijo Minas fresco	1 fatia	205
Couve refogada	2 colheres de sopa	164
Espinafre cozido	4 colheres de sopa	160
Brócolis, flores cozidas	100g	130
Lentilha seca crua	100g	107
Ameixa seca	100g	62
Ovo de galinha cozido	100g	54

Fonte: Adaptado de IBGE, 2011

- Em casos de dieta pobre em cálcio prescrever suplementação com 1,5g de carbonato de cálcio diário ou 500mg, três vezes ao dia. Preferencialmente não utilizar associação de carbonato de cálcio com vitamina D.

- Fornecimento de informações necessárias quanto aos intervalos dos próximos atendimentos e respostas às indagações da mulher ou da família.

- Orientação sobre responsabilidades da gestante, incentivando-a a participar das atividades educativas, controle nutricional e abandono de vícios.

- Orientar sobre atividade física, sexual, trabalho e ambiente.

- Orientar sobre sinais e sintomas comuns na gravidez.

- Levantar expectativas sobre parto e puerpério, incluindo lactação e fazer as orientações pertinentes.

5.5 Plano de consultas de retorno

A) Revisão da ficha de acompanhamento pré-natal

- Anamnese / interrogatório complementar.

- Atualização do calendário vacinal.

- Solicitação de outros exames complementares, se necessário.

- Atualização do cartão da gestante e do prontuário da paciente.

B) Monitoramento

- Cálculo e anotação da idade gestacional.
- Queixas, verificando dúvidas da paciente e dos familiares.
- Estado geral.
- Peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC – anotar no gráfico, avaliar o estado nutricional, segundo curva específica).
 - Pressão arterial (ver técnica adequada no Capítulo 6, item 6.3).
 - Pesquisa de edema.
 - Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico, avaliar desvios, segundo curva específica).
 - Avaliação dos resultados de exames laboratoriais adicionais e instituição de condutas específicas.
 - Ausculta dos batimentos cardíacos fetais.
 - Monitoramento da vitalidade fetal, baseando-se nas informações clínicas e aplicando-se, se indicado, propedêutica complementar. Entre os métodos que podem ser adotados, está a avaliação dos movimentos fetais percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

Os padrões da atividade fetal mudam com a evolução da gravidez. Inicialmente, os movimentos são débeis e pouco frequentes, podendo ser confundidos pela gestante com outros fenômenos, como o peristaltismo. Gradativamente, os movimentos tornam-se rítmicos, fortes e contínuos. O ritmo da atividade fetal pode sofrer interferência tanto de fatores endógenos – como a presença de insuficiência placentária, aloimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas – quanto de fatores exógenos, como atividade materna excessiva, uso de medicamentos sedativos, álcool, nicotina e outros. A presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal. Estimular a rotina de observação de padrão da movimentação fetal após 32 semanas em gestação de baixo risco como parte do monitoramento da vitalidade fetal. Pode-se utilizar técnica simples com registro diário no mesmo horário, estando a gestante alimentada, em repouso, atenta ao feto, que deve ter ao menos 6 movimentos em uma hora.

C) Condutas

- Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários.
 - Tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário.
 - Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (300 mg/dia ou 60mg de ferro elementar/dia ou 200mg/dia, correspondente a 40mg de ferro elementar/dia) para profilaxia da anemia a partir da 20^a semana de gravidez até a 6^a semana pós-parto.
 - Uso contínuo de ácido fólico (0,4mg/dia), 2mL de solução oral.
 - Orientação alimentar, encaminhando para equipe de nutrição, se necessário

(baixo peso, obesidade, diabetes, hipertensão).

- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, com visitas domiciliares.

- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos. Devem ser garantidos grupos educativos exclusivos para adolescentes permitindo a abordagem de temas relevantes para o grupo, entre seus pares

- Agendamento de consultas subsequentes.

- Anotação dos dados da consulta e condutas no prontuário e no cartão da gestante.

- Imunização antitetânica e anti-pertussis (coqueluche)

- Imunização contra influenza pandêmica.

- Manter a profilaxia da pré-eclâmpsia para gestantes de alto risco como hipertensas crônicas, antecedente de pré-eclâmpsia, diabetes com vasculopatia, doença renal crônica, doenças autoimunes como lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide, entre 12 e 34 semanas.

5.6 Frequência das consultas

O calendário de consultas no pré-natal é programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. A Organização Mundial da Saúde recentemente atualizou sua recomendação para um mínimo de oito consultas, assim distribuídas: uma no primeiro trimestre (até a 12^a semana), seguida por retornos com 20, 26, 30, 34, 36, 38 e 40 semanas. Idealmente, a gestante deve ter um atendimento inicial de acolhimento na unidade de saúde quando será realizada a primeira consulta de enfermagem serão solicitados os exames de rotina pré-natal, agendando-se posteriormente a primeira consulta médica. Também se recomenda ao menos uma consulta de revisão puerperal.

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares, em situações especiais. Devem ser iniciadas precocemente (1^o trimestre). O acompanhamento deve ser regular e completo, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de acompanhamento pré-natal. Deve-se estar constantemente atento ao risco associado à gravidez, pela história clínica e resultado dos exames laboratoriais de rotina. A maior frequência de visitas no final da gestação visa a avaliação das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. A necessidade de outras consultas além do preconizado dependerá de complicações obstétricas ou clínicas ou outras demandas da gestante.

A unidade de saúde deve tratar o atendimento à gestante como prioridade, atendendo-a toda vez que houver necessidade, seja para orientação nutricional, atendimento odontológico, monitoramento de pressão arterial ou presença de sintomatologia da doença para aquelas com maior risco de pré-eclâmpsia, vaci-

nação, ou avaliação clínica por queixa.

A equipe deve estar atenta para monitorar o absenteísmo das gestantes, empenhar-se em caracterizar o problema e apoiar a solução da dificuldade, com visita domiciliar pelo (a) agente comunitário(a) ou outro membro da equipe de saúde.

Mais importante que a quantidade de consultas é a sua qualidade. O profissional deve estar atento às avaliações mínimas nos retornos (queixas, PA, ganho de peso, edema, relação idade gestacional/altura uterina, movimento fetal) e ao surgimento de riscos para a mulher e o feto, considerando o caráter dinâmico da gestação. A identificação de problemas é diretamente afetada por dar oportunidade de fala para a mulher, uma anamnese adequada, exame físico obstétrico, exame clínico se necessário e, por vezes, pelo auxílio de propedêutica complementar dirigida por sintomas e sinais.

Pressupostos:

- Para as gestantes com algum risco, a definição do cronograma de consultas deve ser adequada a cada caso e depende diretamente do agravo em questão;
- A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência ou um sinal de alerta, independente do calendário estabelecido. Da mesma forma, retornos para avaliação de resultados de exames ou para outras ações, no âmbito clínico ou não, devem ser considerados fora do calendário de rotina;
- Considerando o risco perinatal e as intercorrências clínico-obstétricas, mais comuns no terceiro trimestre, é imprescindível que sejam realizadas consultas até o parto.
- Recomenda-se visita domiciliar para gestantes faltosas, com intercorrências e para todas as puérperas, na 1ª semana pós-parto;
- O controle do comparecimento das gestantes às consultas é de responsabilidade das equipes da UBS; para isso deve ser implantado um sistema de vigilância que permita a busca ativa de gestantes faltosas.
- Recomenda-se o oferecimento de pelo menos uma consulta, durante a assistência do pré-natal, para orientação dos parceiros sexuais, facilitando o seu envolvimento no cuidado à gestante e posteriormente à criança.

A avaliação da mulher no puerpério deve ser iniciada com a visita domiciliar na 1ª semana e retorno ao serviço entre o 7º e o 10º dia. Além disso, é necessário realizar consulta médica ao redor dos 42 dias após o parto, em no máximo 60 dias para mulheres que estão amamentando e entre 30 e 42 dias para mulheres que não estiverem amamentando.

5.7 Imunização

As vacinas virais vivas de sarampo, da rubéola, da caxumba (SCR) e da febre amarela não são recomendadas em situações normais. Contudo, quando for alto o risco de ocorrer a infecção natural pelos agentes dessas doenças (viagens

a áreas endêmicas ou vigência de surtos ou epidemias), deve-se avaliar a situação, sendo válido optar-se pela vacinação quando o benefício for considerado maior do que o possível risco. Após a vacinação com tríplice viral (SCR), recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), apenas por precaução. Entretanto, se a mulher engravidar antes desse prazo ou se houver administração inadvertida durante a gestação, não se justifica o aborto em nenhum desses casos, por se tratar apenas de risco teórico. A gestante deverá ser acompanhada pelo serviço de saúde.

As imunizações podem ser indicadas nas gestantes infectadas pelo HIV, no entanto, é preciso considerar as condições imunológicas. Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em gestantes sintomáticas ou com imunodeficiência grave, com contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³, até que um grau satisfatório de reconstituição imune seja obtido com o uso da terapia antirretroviral, o que proporciona melhora na resposta vacinal e reduz o risco de complicações pós-vacinais. As vacinas com vírus vivo atenuado são contraindicadas nestas gestantes. Portanto, a vacina da febre amarela deve ser evitada; porém, em regiões de risco elevado, ela poderá ser realizada, devido à alta morbimortalidade da doença, a partir do terceiro trimestre da gestação, sempre considerando a relação risco-benefício.

São recomendações específicas:

Vacina contra o Tétano: O tétano neonatal é uma doença grave, imunoprevenível, causada pelo *Clostridium tetani*, que acomete recém-nascidos geralmente na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias. Ocorre por contaminação de substâncias e instrumentos contendo esporos do bacilo e/ou pela falta de higiene nos cuidados com o recém-nascido. A prevenção se dá garantindo atenção pré-natal de qualidade, com vacinação das gestantes e atendimento ao parto em condições adequadas de higiene e utilizando material estéril para o corte e clampamento do cordão umbilical e para o curativo do coto umbilical (álcool a 70%).

Para imunização, são necessárias 3 doses (0, 2 e 6 meses) com reforço a cada 10 anos em caso de não-gestantes e após 5 anos para gestantes. A primeira dose deverá ser a tríplice bacteriana acelular de adulto, que inclui proteção contra difteria, tétano e coqueluche (dTpa) e as demais podem ser com dupla – dT (difteria e tétano), recomendando-se dTpa para o reforço. Na gestação, é necessário investigar a história pregressa de vacinação, confirmada com apresentação do comprovante (cartão de vacina). As indicações para cada situação específica estão no Quadro 5.2. Caso a gestante não complete seu esquema durante a gravidez, esse deverá ser completado no puerpério (na consulta puerperal, na consulta do recém-nascido para iniciar o esquema básico de vacinação, ou em qualquer outra oportunidade).

De acordo com a Norma Técnica do Programa de Imunização da Secretaria

de Estado da Saúde de São Paulo, recomenda-se para as:

- **Gestantes com esquema completo > 5 anos:** Reforço com dTpa (tríplice bacteriana acelular = difteria, tétano e pertussis) entre 27 e 36 semanas de gravidez.

- **Gestantes com esquema incompleto – completar esquema:** Caso somente uma dose da vacina seja necessária para completar o esquema, deverá ser administrada dTpa preferencialmente entre 27 e 36 semanas de gestação. Caso duas doses da vacina sejam necessárias para completar o esquema da gestante, deverá ser realizada dTpa a partir da 27ª semana de gestação e dT 30-60 dias depois, sendo a última dose até 20 dias antes do parto.

- **Gestantes não previamente vacinadas – o esquema na gestação, para adequada profilaxia do tétano neonatal, compreende duas doses da vacina dupla antitetânica:** dTpa a partir de 20 semanas de gestação seguida de dT 30-60 dias após, realizada preferencialmente até 20 dias antes do parto. A 3ª dose (dT) poderá ser aplicada após o nascimento, 30-60 dias após a segunda dose.

Eventos adversos à vacina podem se manifestar na forma de dor, calor, vermelhidão, edema local e/ou febrícula de duração passageira, podendo ocasionar mal-estar geral. Não foram relatados eventos adversos para o feto em decorrência da aplicação dos toxóides diftérico e tetânico em qualquer fase da gestação.

Contraindicações:

- Ocorrência de hipersensibilidade após o recebimento de dose anterior;
- História de hipersensibilidade aos componentes de qualquer um dos produtos;
- História de choque anafilático após administração da vacina;
- Síndrome de Guillain-Barré até seis semanas após a vacinação anterior contra difteria e/ou tétano.

Quadro 5.2 – esquemas básicos de vacinação contra tétano para a gestante

História de imunização contra o tétano	Conduta
Sem nenhuma dose registrada	A primeira dose de vacina (dTpa) administrada a partir de 20 semanas de gestação. A segunda dose (dT) com intervalo de 2 meses, no mínimo 4 semanas. Preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto. A 3ª dose poderá ser aplicada após o nascimento, 30-60 dias após a segunda dose.
Duas doses	Completar a dose faltante com vacina dTpa, a partir de 20, idealmente 27 semanas, e 36 semanas.
Uma dose	A primeira dose (dTpa) a partir de 20 semanas de gestação. A segunda dose (dT) com intervalo de 2 meses, no mínimo 4 semanas. Preferencialmente até 20 dias da data provável do parto.
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Uma dose de reforço (dTpa) entre 20 (idealmente após 27 semanas) e 36 semanas, caso esquema realizado previamente não tenha contemplado nenhuma dose de dTpa
Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de cinco anos	Uma dose de reforço (dTpa) entre 20 (idealmente 27 semanas) e 36 semanas.

Vacina contra a Influenza (inativadas): As gestantes infectadas pelo vírus influenza, principalmente no terceiro trimestre da gestação e no puerpério imediato, tem risco aumentado de doença respiratória grave e pneumonia. Após a elevada morbimortalidade durante a pandemia de 2009, a vacina contra influenza passou a ser indicada para todas as gestantes, independente da idade gestacional, com dose única durante a campanha anual contra influenza sazonal.

Contraindicações:

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

Vacina contra hepatite B (recombinante): Por considerar os riscos da gestante não vacinada de contrair a doença e com o objetivo de prevenir a transmissão vertical, recomenda-se a triagem sorológica durante o pré-natal por meio do HBsAg (antígeno de superfície do VHB). Caso o resultado seja negativo e a gestante não tenha sido vacinada previamente ou tenha realizado o esquema incompleto, recomenda-se a vacinação com 3 doses (0, 1 e 6 meses) ou completar esquema vacinal já iniciado.

- **Gestante sem vacinação prévia:** 1ª dose após primeiro trimestre, 2ª dose um mês após e 3ª dose seis meses após a primeira dose.
- **Gestantes com esquema incompleto (1 ou 2 doses):** completar o esquema.
- **Gestantes com esquema completo:** não devem ser vacinadas.

Vacina contra raiva humana: Em situações de pós-exposição, a vacina contra raiva humana, que é de vírus inativo, não é contraindicada durante a gestação. Na pré-exposição, a gestante também pode ser vacinada. Entretanto, devido ao risco da ocorrência de eventos adversos, é preferível que ela receba a vacina somente se não puder evitar as situações de possível exposição ao vírus rábico. A gestante deve seguir o esquema recomendado para situações de pré ou pós-exposição, conforme orientação do Manual de Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana.

Imunoglobulina contra varicela: Gestante suscetível que tenha contato com varicela deve receber a imunoglobulina humana antivariçela-zoster (IGHVAZ) idealmente até 96hs após o contato (podendo ser utilizada até 10 dias) para amenizar o quadro clínico e prevenir complicações clínicas na gestante (ex: pneumonite).

5.8 Visitas domiciliares

As visitas domiciliares constituem-se em atividade obrigatória da atenção pré-natal e devem ser realizadas por agentes comunitários ou outro profissional da unidade de saúde, a depender da necessidade. Visam complementar a atenção integral à mulher, levando em consideração o contexto familiar e social, buscando identificar riscos que possam repercutir sobre a mulher e/ou o recém-nascido.

Os agravos evidenciados devem ser discutidos com toda a equipe, incluindo, ao menos o(a) enfermeiro(a), o(a) médico(a) e o(a) técnico(a) de enfermagem, além da própria mulher. A necessidade de novas visitas deve ser individualizada de acordo com as necessidades do caso. Durante a visita deve ser avaliado, possíveis dificuldades para se adequar ao seguimento pré-natal, desafios no seu meio familiar, social ou do local de trabalho e suas queixas.

É preciso ter claro que a visita domiciliar é uma ação de saúde que se **oferece** à usuária para facilitar seu acesso à atenção. Não se trata de uma investigação sobre a mulher e/ou seu domicílio, nem de uma ação para obrigá-la a iniciar ou prosseguir o pré-natal. A equipe deve, sim, avaliar se existem obstáculos que impedem a mulher de realizar o acompanhamento e buscar soluções compartilhadas com ela. Além disso, não se pode esquecer que a gravidez é um evento da vida privada da mulher nem sempre a família ou vizinhos sabem de sua situação gestacional. Portanto, a(o) profissional que realiza visitas a mulheres possivelmente ou sabidamente grávidas, devem fazê-lo mantendo a privacidade da condição conforme desejo da mulher.

As situações prioritárias para visita domiciliar são:

- Identificar grávidas que não iniciaram a assistência pré-natal, entender os motivos para isso e estimular sua busca por cuidado, providenciando, inclusive, o agendamento;

- Estabelecer contato com gestantes que não compareceram a consultas ou outro agendamento na unidade de saúde, identificar eventuais intercorrências obstétricas e/ou outros motivos da ausência. Articular encaminhamentos emergenciais para a unidade de saúde ou outro serviço, quando necessário, propor alternativas para superar obstáculos de outra natureza e restabelecer o adequado acompanhamento pré-natal;
- Realizar ações de saúde individualizadas e indicadas para a situação, como por exemplo, o monitoramento do estado de saúde de gestantes em tratamento de intercorrências;
- Fornecer orientação sobre cuidados de saúde, incluindo calendário vacinal, preparo para o aleitamento materno.

5.9 Atividades educativas na gestação e preparo para o parto

A gestação traz inúmeras expectativas, medos e fantasias mesmo cursando sem complicações. É necessário que a equipe profissional ofereça apoio à mulher e esteja disponível para esclarecer suas dúvidas, de seus parceiros e outros acompanhantes. O principal objetivo das ações educativas ao longo do pré-natal é ampliar o conhecimento da mulher sobre gravidez, parto e pós-parto e sobre cuidados que favorecem seu bem-estar, sua saúde e a do feto. Para que isto ocorra, é preciso reconhecer necessidades, ofertar informações e possibilitar troca de experiências.

Ações educativas podem permear os diferentes tipos de contato entre profissionais e a gestante, desde a recepção até a consulta médica. Também se deve programar atividades específicas com esta finalidade, preferentemente em grupo. Estas podem ser desenvolvidas na forma de discussões, rodas de conversa, dramatizações, trabalhos artísticos coletivos, ou outros mecanismos que, de uma maneira dinâmica, possam facilitar a troca de experiências e promover a aprendizagem significativa. É importante que os temas sejam de interesse do grupo, que responda dúvidas e inquietações, com participação ativa das gestantes e seus companheiros, se ela assim desejar. São temas importantes:

- Desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais.
- Sintomas comuns e orientações para as queixas mais frequentes.
- Procedimentos e a rotina pré-natal, chamando atenção para seus benefícios.
- Importância do cartão da gestante com resultados dos exames complementares e conduta clínica, que deve sempre estar com a gestante.

• Orientações sobre:

- Alimentação saudável com foco na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e à nutrição, como baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes, associada a suplementação de ferro e ácido fólico.
- Realização de atividade física, incluindo exercícios perineais.

– Atividade sexual, prevenção das IST/AIDS com uso de preservativo, aconselhamento para o teste anti-HIV, pesquisa da sífilis e de hepatite.

- Impacto das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério.
- Alterações emocionais na gestação
- Situações de violência doméstica e sexual.
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto.
- Discussão sobre as expectativas e sobre as rotinas na assistência ao parto.
- Participação do pai no pré-natal e parto para incentivar vínculo com o filho.
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e prevenção em saúde (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

O acompanhamento pré-natal deve oferecer oportunidade para que a gestante e seus familiares compreendam os aspectos fisiológicos e necessidades de cuidados no parto demandados pela situação clínica específica. Devem-se criar as oportunidades para que esclareçam dúvidas e explicitem seus temores e expectativas.

O parto é um momento especial de mobilização emocional para todos, a ser vivenciado como um momento de celebração, com a expectativa dos melhores resultados. Aos serviços de saúde e seus profissionais cabe apoiar e buscar atender, no limite da sua capacidade técnica e estrutural, a essa expectativa. Os aspectos humanísticos do nascimento precisam ser integrados com o cuidado focado na segurança para ambos, a mãe e o recém-nascido.

Com os avanços tecnológicos do cuidado em saúde, muitas intervenções e condutas tornaram-se rotineiras na assistência ao parto. Mas as evidências científicas das últimas duas décadas têm demonstrado que algumas delas não devem mais ser utilizadas, enquanto outras precisam ser estudadas mais adequadamente para que se justifiquem na rotina da assistência ao parto (detalhes sobre as evidências científicas estão disponíveis nas Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, publicadas em 2016). Também há um movimento de equilíbrio, buscando respeitar a perspectiva da mulher, com foco no nascimento como evento bio-psico-social, em lugar do parto como intervenção clínica.

O planejamento conjunto e compartilhado da assistência ao nascimento com a gestante, parceiro quando houver ou familiares é parte essencial do cuidado, assim como a orientação sobre as possibilidades de serem necessários medidas ou intervenções de maior complexidade, se a situação exigir, diante da evolução do trabalho de parto. O preparo prévio, a confiança na equipe e a presença de apoio familiar e profissional no trabalho de parto reduzem as potenciais alterações da normalidade e contribuem para uma experiência de parto mais tranquila, acolhedora, com menos intervenções. Há muitos aspectos relativos às rotinas de cuidado que buscam garantir um parto adequado à situação, com segurança e respeito.

É igualmente importante conhecer as expectativas frente ao tipo de assistência a ser recebida no parto e buscar um ponto de equilíbrio entre a expectativa da gestante de “como gostaria de ser assistida” e a expectativa da equipe de saúde de “como acredita que deva ser a assistência”. Isto contribui para a participação ativa da mulher e sua maior adesão aos cuidados adequados. É fundamental informar as mulheres sobre cada um dos procedimentos propostos, sua finalidade e resultados esperados para ela e recém-nascido. Os elementos que devem ser abordados no preparo para o parto incluem:

a) Resgate do conceito de gestação, parto e aleitamento materno como processos fisiológicos, sem deixar de considerar a segurança e seus limites.

b) Estímulo ao parto normal (se não houver contra-indicação), ajudando a diminuir ansiedade, insegurança e medo do parto, da dor, de o bebê nascer com problemas, entre outros.

c) Estímulo ao preparo conjunto do pai e/ou outra pessoa de seu círculo de confiança para acompanhá-la durante o trabalho de parto e parto.

d) Promoção de visita prévia da mulher e seus familiares ao local do parto, para que se sintam mais seguros num ambiente previamente conhecido.

e) Planejamento de transporte e garantia de realização do parto em ambiente com segurança para a gestante e o recém-nascido, com os recursos necessários e capaz de dar atendimento imediato nas situações de risco. Considerar a distância entre a residência da mulher e a maternidade de referência na orientação para o momento adequado de busca de cuidados.

f) Esclarecimento sobre sinais trabalho de parto ou de alerta e necessidade de busca de atendimento imediato (sangramento vaginal, perda de líquido, contrações, febre, dor abdominal contínua, alteração visual, convulsões, dificuldade respiratória).

g) Orientação para busca de cuidados e internação idealmente na fase ativa do trabalho de parto, com contrações ritmadas e com dilatação em progressão.

h) Fornecimento de orientações e esclarecimento sobre a evolução do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, perda de líquido ou sangue, evitando informações excessivas e utilizando mensagens simples e claras;

i) Orientação quanto ao direito legal e estímulo à permanência de acompanhante de escolha da gestante durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

j) Esclarecimento sobre condições que contra-indicam a via vaginal (placenta prévia, duas ou mais cesarianas anteriores, feto pélvico, cicatriz uterina longitudinal, etc), com recomendação de cesárea idealmente entre 39-40 semanas, para reduzir risco de insuficiência respiratória neonatal.

k) Informação sobre estratégias que podem ser utilizadas para aliviar a dor do trabalho de parto: massagens nas costas realizadas pelo acompanhante ou profissionais de saúde, deambulação, bolas para massagem no períneo e movimentos de quadril, duchas ou banheiras com água aquecida durante o trabalho de parto, eventualmente remédios utilizados por injeção e analgesia peridural (nas costas) quando houver anestesista disponível e após utilização dos outros

meios de redução a dor. Reforçar que o preparo, a confiança na equipe e o apoio do acompanhante são potentes para reduzir a sensação de dor e contribuem para a melhor e mais rápida evolução do trabalho de parto.

l) Esclarecimento sobre as rotinas da assistência ao parto e intervenções que garantam conforto e segurança, para a mãe e para o feto:

- abolição de enteroclistima (lavagem intestinal) e de raspagem total do pelos pubianos (tricotomia) na admissão ou em casa;
- controle regular de frequência cardíaca fetal e dinâmica uterina (contrações) a cada 30-60 minutos durante todo o trabalho de parto;
- rotura de membranas idealmente espontânea, só indicando rotura artificial para correção de distócias da dilatação;
- ocitocina endovenosa apenas para correção de contratilidade uterina insuficiente;
- episiotomia apenas se e quando necessário para evitar lesões perineais extensas e complicadas;
- parto instrumentalizado e operação cesariana apenas quando houver indicação.

m) Apoio à mulher que não puder ter parto normal ou amamentar, minimizando frustrações e sentimentos de menos valia.

n) Apoio à mulher que tiver como resultado perda gestacional (aborto, óbito fetal ou do recém-nascido), com respeito à privacidade. Deve-se oferecer a possibilidade de ver o corpo para facilitar o processo de luto, se a mulher assim o desejar. É necessário dar informações completas sobre as causas identificáveis da perda.

o) Orientação e incentivo ao aleitamento materno, para as mulheres que podem amamentar, em diversos momentos do pré-natal, na sala de parto (pele a pele) e desde as primeiras horas no puerpério imediato (com acompanhamento das mamadas e orientações pertinentes).

p) Apoio específico para as mulheres que não devem amamentar (portadoras de HIV e de HTLV), com orientação sobre inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a disponibilização de fórmula infantil.

q) Cuidados continuados após o parto com a mulher e o recém-nascido, com visita domiciliar na primeira semana, estimulando retorno para consultas puerperais.

r) Importância do planejamento familiar após o parto, num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção.

s) Orientação sobre benefícios legais, incluindo a direito a acompanhante no parto, licença-gestante e licença paternidade.

t) Cuidados com o recém-nascido, incluindo a realização da triagem neonatal (teste do pezinho, triagem auditiva).

5.10 Do pré-natal à admissão para o parto

A transição entre o acompanhamento pré-natal e a admissão para atenção ao parto pode ser um momento com potencial de tensões para a gestante. Por vezes, a equipe que assiste o pré-natal e a(o) profissional que avalia a gestante no pronto-atendimento de uma maternidade tem opiniões diferentes sobre o momento adequado da admissão, além da possibilidade de ausência de vaga para internação.

Na ausência de intercorrências obstétricas, o melhor é que a mulher seja admitida no local de parto quando já estiver em trabalho de parto, na sua fase ativa (com contrações regulares e frequentes, 2-3 a cada 10 minutos, comumente dolorosas, idealmente com dilatação acima de 3-4cm) ou apresente sinais e/ou sintomas de intercorrência obstétrica. A internação precoce induz avaliação equivocada de distocia, ou anormalidade no trabalho de parto, que precipita intervenções desnecessárias, como a indução do parto e/ou indicação de cesariana.

No entanto, dadas as condições sociais, especialmente das gestantes atendidas no sistema público, a necessidade de diversos retornos para avaliação na busca do momento ideal da internação pode ser um problema. As distâncias são grandes, talvez o percurso seja feito em transporte coletivo, por vezes durante a noite. Quando são orientadas a voltar para casa, ressentem-se do esforço. Essa tensão se intensifica quando profissionais da maternidade e da atenção básica dão orientações divergentes, por exemplo, sugerem que os primeiros informam a gestante que ainda não precisaria ter ser encaminhada pela atenção básica, ou quando os profissionais da atenção básica afirmam, no seu retorno, que deveria ter sido internada. A prevenção deste tipo de conflito de conduta exige a intervenção dos gestores das redes local e regional da linha de cuidado da gestante, estabelecendo-se critérios claros, de forma compartilhada por profissionais da atenção básica e da rede hospitalar de referência. Assim, sugere-se acordar entre gestores e profissionais e orientar a gestante que:

- O acompanhamento pré-natal só se encerra com o término da gestação e não existe alta do pré-natal.
- A partir da 40^a semana ou em situações de risco, deve-se intensificar o controle da vitalidade fetal com avaliação cardiotocográfica em serviços de referência e o registro diário dos movimentos fetais pela gestante.
- Se o trabalho de parto não se iniciar até 41^a semanas, a gestante deve ser encaminhada à maternidade de referência para os procedimentos de parto.

5.11 Atenção puerperal

5.11.1 Cuidados imediatos

Após o parto, ainda na maternidade, espera-se que a mulher seja esclarecida sobre a evolução e as condições da atenção no momento do seu parto e o

nascimento da criança, incluindo os procedimentos adotados para analgesia e eventuais intercorrências, com as informações adequadamente registradas em documento, que deve ser entregue a ela.

Perguntar sobre a existência de alguma queixa perineal (dor, desconforto) que pode ser decorrente de lesões espontâneas ou de episiotomia, e sobre a presença de conteúdo vaginal de odor fétido. A avaliação do períneo por um (a) profissional deve ser realizada sempre que a mulher referir algum desconforto. Sinais de infecção (vermelhidão, dor, edema, reparo inadequado, deiscência de sutura e lesões não suturadas) devem ser avaliados. Pode-se orientar gelo ou compressas frias no local para aliviar a dor perineal nos primeiros dias pós-parto. Eventualmente, o uso de paracetamol (500mg via oral, a cada 6 hs) pode ser necessário nos primeiros 3-5 dias. Outras opções incluem anti-inflamatórios não-hormonais por 24-48hs.

As mulheres devem ser orientadas para a importância da higiene perineal, incluindo troca frequente de absorvente higiênico, lavagem das mãos antes e depois de qualquer manipulação vaginal e banho com higiene local diariamente.

Todas as mulheres devem receber apoio no estabelecimento da amamentação e esclarecimentos sobre aleitamento materno e sobre como proceder frente a dificuldades que possam surgir nos primeiros dias.

Imunoglobulina Anti-D deve ser oferecida para todas as mulheres Rh negativas não sensibilizadas (Coombs indireto negativo) em até 72 horas após o parto, se o recém nascido for Rh positivo (Capítulo 7 – 7.3)

Além disso, é importante que a puérpera seja informada, ainda na internação após o parto, sobre os sinais a serem monitorados nas primeiras semanas. Na presença destes deverá acionar os profissionais que a assistem e receber atendimento imediato. As principais morbidades que constituem alerta e os respectivos sinais e sintomas a elas associados são:

- Hemorragia após o parto: Sangramento vaginal intenso, tontura, taquicardia.
- Infecção: Febre, calafrios, dor abdominal e /ou perda vaginal com odor fétido.
- Pré-eclâmpsia: Cefaléia acompanhada de pelo menos um dos seguintes: distúrbios visuais, náusea e/ou vômitos nas primeiras 72 horas pós parto.
- Trombose: dor ou eritema/edema na panturrilha unilateral.
- Sintomas respiratórios: tosse, dispneia acompanhada ou não de dor torácica.

Uma avaliação precoce após a alta da maternidade é fundamental para avaliar a presença dessas e outras possíveis intercorrências, dificuldades da mulher no cuidado do recém-nascido, para avaliar cicatriz cirúrgica (episiotomia ou cesariana) quando houver e, inclusive, para a retirada de pontos nos casos de cesárea (pontos não absorvíveis na pele). Esta avaliação pode ser feita em atendimento domiciliar ou em consulta na unidade básica de saúde e previamente combinada ao longo do pré-natal.

5.11.2 Algumas queixas, condutas e situações especiais

	Condutas	Situações especiais
Cefaleia	As mulheres devem ser questionadas sobre cefaleia mesmo após o parto e avaliada hipertensão concomitante em cada visita pós-natal.	Hipertensão severa PA $\geq 160/110$ mmHg - deve-se levantar a hipótese de pré-eclâmpsia ou emergência hipertensiva e exige tratamento hospitalar.
Cansaço	Mulheres com cansaço persistente devem ser questionadas sobre seu estado geral de bem-estar. Na ausência de anemia, fazer diagnóstico diferencial com hipotireoidismo, miocardiopatia periparto e mesmo com depressão pós-parto.	Se houve perda sanguínea importante no parto, ou se o nível de hemoglobina prévio mostrou-se baixo, solicitar dosagem de hemoglobina. Resultando hemoglobina abaixo de 11mg/dL, tratamento medicamentoso deverá ser instituído (sulfato ferroso, 200mg, dois comprimidos de 12/12hs).
Constipação	Mulheres que se sentem desconfortáveis porque estão constipadas (sem evacuação há mais de 3 dias), devem ser aconselhadas a deambulação e sobre dieta com aumento da ingestão de líquidos. Laxativos só são indicados após essas medidas gerais falharem.	
Hemorróidas	Mulheres com hemorroidas devem ser orientadas sobre medidas dietéticas para evitar constipação e deve ser oferecido tratamento tópico.	Mulheres com dor severa, hemorroidas prolapsadas ou edemaciadas ou com sangramento retal devem receber tratamento imediato.
Incontinência fecal	As mulheres com queixa de incontinência fecal devem ser avaliadas quanto a severidade, duração e frequência dos sintomas.	Se sintomas são persistentes, avaliar com proctologista.
Incontinência urinária	Mulheres com incontinência urinária devem ser orientadas para exercícios perineais.	Se os sintomas aumentarem, ou persistirem, será necessária avaliação especializada.

5.11.3 Cuidados tardios

Na avaliação tardia, entre 6-8 semanas após o parto, deve-se perguntar sobre reinício das atividades sexuais e sobre desconforto associado. Caso haja, deve-se recomendar lubrificante de base aquosa. Se houve trauma perineal espontâneo ou cirúrgico no parto, uma avaliação deve ser realizada. Mulheres que apresentaram alguma comorbidade na gravidez e/ou no puerpério devem ser reavaliadas para cada condição específica

O planejamento reprodutivo é uma ação essencial das consultas de puerpério. A discussão sobre as possibilidades de uso de métodos contraceptivos pode ser iniciada já na visita domiciliar na primeira semana e deve ser continuada em

visitas clínicas mais completas. O acesso a anticoncepção adequada para o período de amamentação deve ser garantido (condom, mini-pílula, injeção trimestral de progestágeno, DIU) e sua indicação deve se apoiar nas recomendações sobre critérios de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS). Como a amamentação a livre demanda é um método anticoncepcional eficaz nas fases mais precoces de puerpério, as equipes devem prover acesso a métodos adequados e aceitos pela mulher entre 42-60 dias, se a mãe amamenta, e 15-30 dias se não amamenta.

6 . PROCEDIMENTOS TÉCNICOS NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Os procedimentos devem ser seguidos por todos os profissionais da equipe com uniformidade dos cuidados prestados. Para que isso seja possível, é importante haver treinamento rotineiro dos profissionais assistentes, em especial daqueles que estão iniciando suas atividades.

6.1 – Cálculo da idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP)

Cálculo da idade gestacional

Os métodos para essa estimativa dependem da data da última menstruação (DUM) que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último período menstrual regular referido pela mulher, sem uso de anticoncepção hormonal.

A) Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e de certeza

Utilizado para mulheres com ciclos menstruais regulares, que não estão amamentando, nem fazendo uso de métodos anticoncepcionais hormonais.

- **Uso do calendário:** somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas).

- **Uso de disco (gestograma):** colocar a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia da última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

B) Quando a DUM é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu

- O ideal é solicitar uma ultrassonografia precoce para datação

- Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considerar como DUM os dias 5, 15 e 25, respectivamente, e utilizar um dos métodos descritos anteriormente.

C) Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos

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

- até a 6ª semana, sem alteração do tamanho uterino;

- na 8ª semana, útero piriforme, dobro do tamanho normal;

- na 10ª semana, útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;

- na 12ª semana, ocupa a pelve, arredondado, palpável na sínfise púbica;

- na 16ª semana, fundo uterino entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;

- na 20ª semana, fundo do útero na altura da cicatriz umbilical;

- a partir da 20ª semana, relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel a partir da 32ª semana de idade gestacional.

- Algumas situações podem superestimar a idade gestacional baseada na altura uterina (macrossomia, polidrâmnio e gestação múltipla); outras podem subestimar (oligoâmnio, restrição de crescimento fetal intrauterino, feto constitucionalmente pequeno), especialmente na 2ª metade da gravidez.

- Lembrar que o exame de ultrassonografia obstétrica é um excelente meio de confirmação da idade gestacional, sobretudo quando realizado precocemente durante a gravidez.

Cálculo da data provável do parto

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

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

- Outra forma de cálculo é somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair 3 meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar 9 meses, se corresponder aos meses de janeiro a março) – Regra de Nägele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 ao final do cálculo do mês.

- Quando a DUM não for conhecida, proceder de forma análoga utilizando a idade gestacional estimada no exame ultrassonográfico mais precoce.

- Os anos bissextos apresentam 366 dias e o mês de fevereiro terá 29 dias e não 28. Sendo assim, quando o ano for bissexto e houver inclusão do mês de fevereiro para o cálculo da data provável do parto, pela regra de Naegele, deve-se somar 6 dias ao primeiro dia da última menstruação.

Exemplos

Data da última menstruação: 13/9/16

Data provável do parto: 20/6/17 ($13+7=20/9-3=6$)

Data da última menstruação: 10/3/16

Data provável do parto: 17/12/16 ($10+7=17/3+9=12$)

Data da última menstruação: 27/1/17

Data provável do parto: 3/11/17 ($27+7=34/34-31=3/1+9+1=11$)

6.2 – Avaliação do estado nutricional (EN) e ganho de peso

A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer informações importantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e nutrição e o registro do estado nutricional deve estar visível no prontuário e no cartão da gestante. A obesidade está associada a uma frequência mais alta de distócias, diabetes e

hipertensão e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, na gestante com baixo peso há um risco maior de parto prematuro.

Algumas situações ligadas ao peso merecem atenção especial. É importante a avaliação clínica para detecção de doenças associadas à nutrição (exemplo: diabetes), a observação da presença de edema, que acarreta aumento de peso e confunde o diagnóstico do estado nutricional, a avaliação laboratorial, para diagnóstico de anemia e outras doenças de interesse clínico. Quando se detectam alterações relevantes e sempre que possível, a gestante deverá também ser encaminhada para um profissional da nutrição para avaliação, orientação específica e seguimento conjunto do caso. Habitualmente, estes profissionais estão disponíveis nos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF).

Objetivos da avaliação nutricional:

- Identificar as gestantes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso ou obesidade) no início da gestação;
- Detectar as gestantes com ganho de peso baixo ou excessivo para a idade gestacional;
- Realizar orientação adequada para cada caso, visando à promoção do estado nutricional materno, condições para o parto e peso do recém-nascido.

Técnicas para a tomada das medidas do peso e da altura

O peso deve ser aferido em todas as consultas de pré-natal. A estatura da gestante adulta (idade > 19 anos) deve ser aferida apenas na primeira consulta e a da gestante adolescente, trimestralmente. Recomenda-se a utilização da balança eletrônica ou mecânica, certificando-se se está em bom funcionamento e calibrada. O cuidado com as técnicas de medição e a aferição regular dos equipamentos garante a qualidade das medidas coletadas.

A) Procedimentos para pesagem

- Balança de adulto, tipo plataforma, com escala contendo intervalos de 100 g, ou eletrônica, se disponível.
- Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada.
- A gestante, descalça e vestida apenas com avental ou roupas leves, deve subir na plataforma e ficar em pé, de costas para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio.
- Mover o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança se inclinar para baixo; voltar, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima).
- Mover o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja equilíbrio entre o peso da escala e o peso da gestante (o braço da balança fica em linha reta, e o cursor aponta para o ponto médio da escala).
- Ler o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o me-

nor valor. Por exemplo: se o cursor estiver entre 200 e 300g, considerar 200g.

- Anotar o peso encontrado no prontuário e no cartão da gestante.

B) Procedimentos para medida da altura

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

• Calcânhares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança. Caso se utilize antropômetro vertical, a gestante deverá ficar com calcânhares, nádegas e espáduas encostados no equipamento.

• A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo.

• O encarregado de realizar a medida deverá baixar lentamente a haste vertical, até que a haste se encoste no couro cabeludo.

• Fazer a leitura na escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o menor valor. Anotar o resultado no prontuário.

C) Diagnóstico e o acompanhamento do estado nutricional

O primeiro passo é a aferição do peso e da altura maternos e o cálculo da idade gestacional, conforme técnicas descritas anteriormente. A avaliação nutricional da gestante, com base em seu peso e sua estatura, permite conhecer seu estado nutricional no início do acompanhamento pré-natal e subsidia a previsão de ganho de peso até o fim da gestação. Essa avaliação deve seguir as instruções abaixo:

– Calcule o IMC por meio da fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, idealmente até 13 semanas, se for possível. Uma das limitações para a utilização do IMC durante a gestação é que não existe ainda uma curva de referência brasileira de valores de IMC por idade gestacional.

– Realize o diagnóstico nutricional, utilizando o Tabela 6.1:

A) calcule a idade gestacional. Quando necessário, arredonde a semana gestacional da seguinte forma: 1, 2, 3 dias, considere o número de semanas completas; e 4, 5, 6 dias, considere a semana seguinte (gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas, gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas).

B) localize, na primeira coluna da Tabela 6.1, a semana gestacional calculada e

identifique, nas colunas seguintes, em que faixa está situado o IMC da gestante.

C) classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo o IMC por semana gestacional, da seguinte forma:

- **Baixo peso (BP):** quando o IMC for igual ou menor que os valores apresentados na coluna correspondente a baixo peso;
- **Adequado (A):** quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a adequado;
- **Sobrepeso (S):** quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a sobrepeso;
- **Obesidade (O):** quando o IMC for igual ou maior que os valores apresentados na coluna correspondente à obesidade.

Tabela 6.1 – Avaliação do estado nutricional (EN) da gestante acima de 19 anos, segundo índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso IMC <	Adequado IMC entre	Sobrepeso IMC entre	Obesidade IMC >
6	19,9	20,0 – 24,9	25,0 – 30,0	30,1
8	20,1	20,2 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
10	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
11	20,3	20,4 – 25,3	25,4 – 30,3	30,4
12	20,4	20,5 – 25,4	25,5 – 30,3	30,4
13	20,6	20,7 – 25,6	25,7 – 30,4	30,5
14	20,7	20,8 – 25,7	25,8 – 30,5	30,6
15	20,8	20,9 – 25,8	25,9 – 30,6	30,7
16	21,0	21,1 – 25,9	26,0 – 30,7	30,8
17	21,1	21,2 – 26,0	26,1 – 30,8	30,9
18	21,2	21,3 – 26,1	26,2 – 30,9	31,0
19	21,4	21,5 – 26,2	26,3 – 30,9	31,0
20	21,5	21,6 – 26,3	26,4 – 31,0	31,1
21	21,7	21,8 – 26,4	26,5 – 31,1	31,2
22	21,8	21,9 – 26,6	26,7 – 31,2	31,3
23	22,0	22,1 – 26,8	26,9 – 31,3	31,4
24	22,2	22,3 – 26,9	27,0 – 31,5	31,6
25	22,4	22,5 – 27,0	27,1 – 31,6	31,7
26	22,6	22,7 – 27,2	27,3 – 31,7	31,8
27	22,7	22,8 – 27,3	27,4 – 31,8	31,9
28	22,9	23,0 – 27,5	27,6 – 31,9	32,0
29	23,1	23,2 – 27,6	27,7 – 32,0	32,1
30	23,3	23,4 – 27,8	27,9 – 32,1	32,2
31	23,4	23,5 – 27,9	28,0 – 32,2	32,3
32	23,6	23,7 – 28,0	28,1 – 32,3	32,4
33	23,8	23,9 – 28,1	28,2 – 32,4	32,5
34	23,9	24,0 – 28,3	28,4 – 32,5	32,6
35	24,1	24,2 – 28,4	28,5 – 32,6	32,7
36	24,2	24,3 – 28,5	28,6 – 32,7	32,8
37	24,4	24,5 – 28,7	28,8 – 32,8	32,9
38	24,5	24,6 – 28,8	28,9 – 32,9	33,0
39	24,7	24,8 – 28,9	29,0 – 33,0	33,1
40	24,9	25,0 – 29,1	29,2 – 33,1	33,2
41	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3
42	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3

Fonte: Atalah et al., 1997

Conduas segundo a avaliação do estado nutricional encontrado:

- **Baixo peso (BP):** realizar consulta em intervalo menor que o habitual (máximo 15 dias). Investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes. Dar orientação nutricional, visando atingir o peso adequado e promover hábitos alimentares saudáveis.
- **Adequado (A):** seguir calendário habitual. Explicar que o peso está adequado para a idade gestacional, dar orientação nutricional, visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis.
- **Sobrepeso e obesidade (S e O):** marcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual (15 dias). Investigar obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrosomia, gravidez múltipla e doenças associadas (diabetes, pré-eclâmpsia, etc.); dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado ou o controle do ganho de peso e de hábitos alimentares saudáveis. Na obesidade grau 2 - $IMC > 35 \text{ Kg/m}^2$ ou grau 3 - $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$, a orientação para a adequação alimentar pode levar a perda ou apenas discreto ganho de peso particularmente no primeiro e segundo trimestres.

Em função do estado nutricional pré-gestacional ou no início do pré-natal (**Tabela 6.1**), estime o ganho de peso total até o fim da gestação. Para cada situação nutricional inicial (baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade), há uma faixa de ganho de peso recomendada. Para o primeiro trimestre, o ganho é agrupado para todo o período; já que para os 2º e o 3º trimestres, o ganho é previsto por semana. Portanto, já na primeira consulta, devem-se estimar quantos gramas a gestante deverá ganhar no primeiro trimestre, assim como o ganho por semana até o fim da gestação. Essa informação deve ser fornecida à gestante. Até o momento, não existe evidência científica satisfatória para subsidiar as orientações ou protocolos clínicos para uma adequada intervenção alimentar no controle e no ganho de peso nas gestações de mulheres obesas ou com sobrepeso sobre os desfechos maternos e perinatais.

Gestantes de baixo peso deverão ganhar entre 12,5 e 18,0 kg durante toda a gestação, sendo esse ganho, em média, de 2,3 kg no 1º trimestre da gestação (até 13ª semana) e de 0,5 kg por semana no 2º e 3º trimestres de gestação. Essa variabilidade de ganho deve-se ao entendimento de que gestantes com baixo peso acentuado devem ganhar mais peso (até 18,0 kg) do que aquelas situadas em área próxima à faixa de normalidade, cujo ganho deve situar-se em torno de 12,5 kg. Gestantes com IMC adequado devem ganhar, até o fim da gestação, entre 11,5 e 16,0 kg. Gestantes com sobrepeso devem acumular entre 7 e 11,5 kg e as obesas devem apresentar ganho entre 5,0 e 9,0 kg, com recomendação específica e diferente por trimestre.

Tabela 6.2 – Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação, segundo estado nutricional inicial

Estado nutricional (IMC)	Ganho de peso total (kg) no 1º trimestre	Ganho de peso semanal médio (kg) no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso total (kg)
Baixo peso	2,3	0,5	12,5 – 18,0
Adequado	1,6	0,4	11,5 – 16,0
Sobrepeso	0,9	0,3	7,0 – 11,5
Obesidade	–	0,2	5,0 – 9,0

Nas consultas subsequentes: Nessas oportunidades, a avaliação nutricional deve ser feita repetindo-se os procedimentos 1 e 2. Essa avaliação permite acompanhar a evolução do ganho de peso e examinar se esse ganho está adequado em função do estado nutricional da gestante no início do pré-natal.

Recomenda-se utilizar a **Tabela 6.2**, que indica qual o ganho recomendado de peso segundo o estado nutricional da gestante no início do pré-natal, e a **Figura 6.1**, no qual se acompanha a curva de índice de massa corporal segundo a semana gestacional (ascendente, horizontal, descendente). Realize o acompanhamento do estado nutricional, utilizando o gráfico de IMC por idade gestacional. O gráfico é composto por eixo horizontal com valores de semana gestacional e por eixo vertical com valores de IMC [peso (kg) / altura² (m)]. O interior do gráfico apresenta o desenho de três curvas, que delimitam as quatro faixas para classificação do EN: baixo peso (BP), adequado (A), sobrepeso (S) e obesidade (O). Para o diagnóstico em cada consulta, proceder conforme descrito a seguir:

- Calcule a idade gestacional.
- Calcule o IMC conforme descrito no **item 1** do tópico anterior.
- Localize, no eixo horizontal, a semana gestacional calculada e identifique, no eixo vertical, o IMC da gestante.
 - Marque um ponto na interseção dos valores de IMC e da semana gestacional.
 - Classifique o EN da gestante, segundo IMC por semana gestacional, conforme legenda do gráfico: BP, A, S, O.
 - A marcação de dois ou mais pontos no gráfico (primeira consulta e subsequentes) possibilita construir o traçado da curva por semana gestacional. Ligue os pontos obtidos e observe o traçado resultante.
 - Em linhas gerais, considere traçado ascendente como ganho de peso adequado e **traçado descendente** como ganho de peso inadequado (gestante de risco).
 - A inclinação recomendada para o traçado ascendente irá variar de acordo com o estado nutricional inicial da gestante, conforme **Figura 6.1**.

Figura 6.1 — Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante
Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação

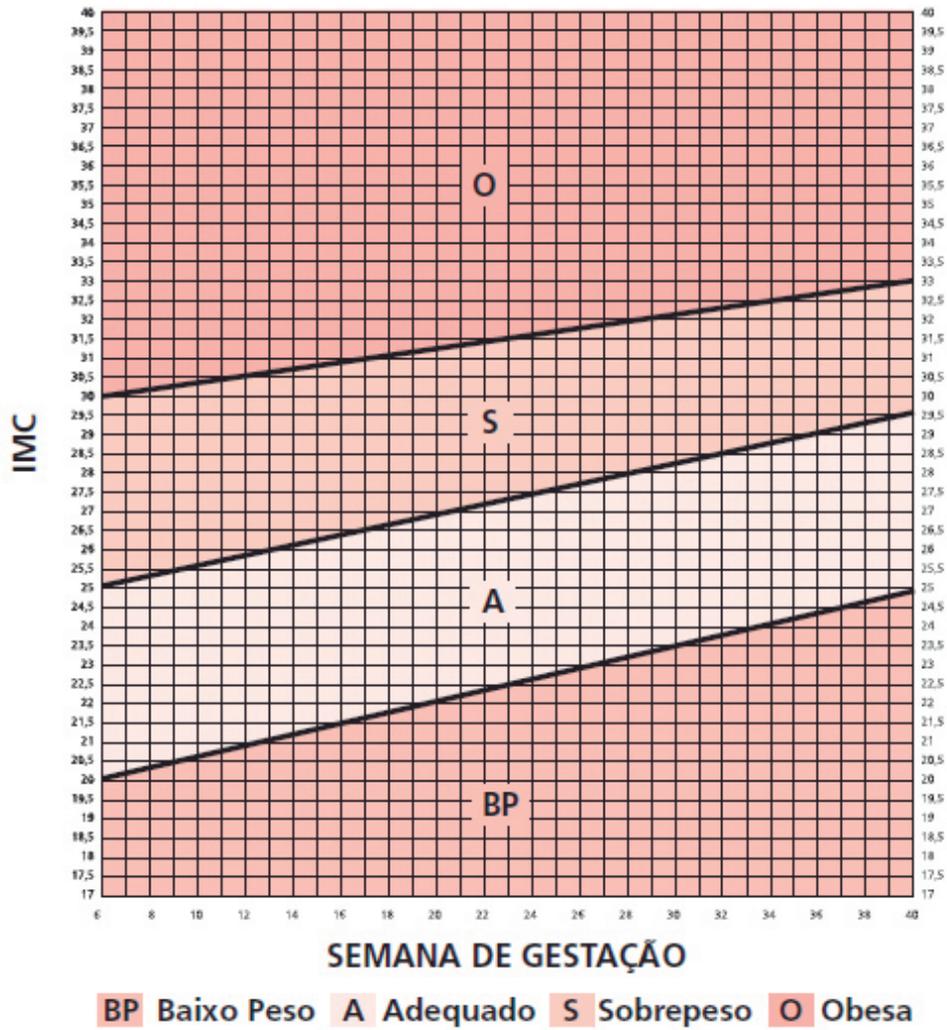
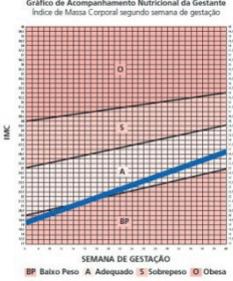
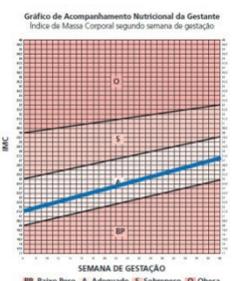
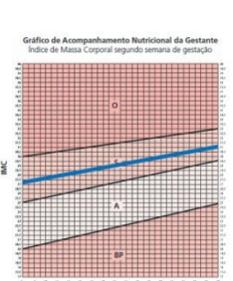
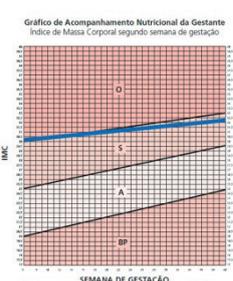


Figura 6.2 – Avaliação do Índice de Massa Corporal de acordo com a Semana de Gestação

EN da gestante (1ª avaliação)	Inclinação da curva	Exemplo
Baixo peso (BP)	Curva de ganho de peso deve apresentar inclinação maior que a da curva que delimita a parte inferior da faixa de estado nutricional adequado.	 <p>Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação. A curva azul (BP) está abaixo da linha A (Adequado) e tem uma inclinação mais íngreme que a linha A.</p>
Adequado (A)	Deve apresentar inclinação paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado no gráfico.	 <p>Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação. A curva azul (A) está entre as linhas A (Adequado) e S (Sobrepeso) e é paralela a elas.</p>
Sobrepeso (S)	Deve apresentar inclinação ascendente semelhante à da curva que delimita a parte inferior da faixa de sobrepeso ou à curva que delimita a parte superior dessa faixa, a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior dessa faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior dessa faixa no gráfico.	 <p>Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação. A curva azul (S) está entre as linhas S (Sobrepeso) e O (Obesa) e tem uma inclinação ascendente semelhante à linha S.</p>
Obesidade (O)	Deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.	 <p>Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação. A curva azul (O) está acima da linha O (Obesa) e tem uma inclinação ascendente semelhante à linha O.</p>

Notas importantes sobre gestantes adolescentes

Deve-se observar que a classificação do estado nutricional na gestação aqui proposta não é específica para gestantes adolescentes. No entanto, essa classificação pode ser usada, desde que a interpretação seja flexível e considere a especificidade desse grupo. Para adolescentes que engravidaram dois ou mais

anos depois da menarca (em geral maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente à das adultas. Para gestantes que engravidaram menos de dois anos após a menarca, é provável que muitas sejam classificadas como de baixo peso. Nesses casos, o mais importante é acompanhar o traçado, que deverá ser ascendente; tratar a gestante adolescente como de risco nutricional; reforçar a abordagem nutricional e aumentar o número de visitas à unidade de saúde.

6.3 – Controle da pressão arterial (PA)

Os guias clínicos recomendam a medida da PA em todas as consultas de pré-natal para detectar precocemente estados hipertensivos, particularmente pré-eclâmpsia.

Conceito de estado hipertensivo na gestação:

- Níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica, mantidos em duas ocasiões, aferidos com intervalo de quatro horas. Hipertensão arterial grave é definida pela PAS \geq 160mmHg e PAD \geq 110mmHg, aferidas em intervalo curto ou uma única ocasião.

- O aumento de 30 mmHg ou mais na pressão sistólica e/ou de 15 mmHg ou mais na pressão diastólica em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou até a 16ª semana de gestação apresenta alto índice de falsos positivos, devendo ser utilizado apenas como sinal de alerta para agendamento de controles mais próximos.

O achado de estado hipertensivo durante a gravidez deve ser classificado entre as síndromes escritas no **Capítulo 9** (Intercorrências clínicas mais frequentes) e indicar intervenções, se necessário, o mais precoce possível.

Técnica de aferição da pressão arterial

- Higienizar as mãos.
- Certificar-se de que o aparelho de pressão (esfigmomanômetro) está calibrado.
- Explicar o procedimento à mulher, orientando-a para não falar durante o exame
- Buscar criar um clima de relaxamento.
- Certificar-se de que a gestante:
 - Não está com a bexiga cheia
 - Não praticou exercícios físicos
 - Não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou fumou até 30 minutos antes
- Com a gestante sentada, em um ambiente calmo, após um período de 5 mi-

nutos de repouso, apoiar-lhe o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, desnudando o braço, com o cotovelo ligeiramente fletido. A aferição na posição sentada é aconselhada por ser a posição mais comum no dia-a-dia da mulher, mas a PAS é mais elevada. Também se pode aferir em decúbito lateral esquerdo, braço superior. Nunca em decúbito dorsal horizontal mantendo a padronização da posição durante todo o pré-natal.

- A aferição deve ser realizada com barômetro de pressão, coluna de mercúrio ou aparelho aneroide calibrado, desaconselhando-se o uso de aparelhos digitais.

- Localizar a artéria braquial por palpação.

- É importante observar a adequação entre o manguito do aparelho e a circunferência do braço (CB) da mulher. O manguito padrão de 12cm pode ser utilizado com CB de até 32 cm. Acima desta medida, seria necessário o manguito de 15 cm. A utilização de manguito inadequado pode superestimar a PA em mulheres obesas. Sua largura deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento envolver pelo menos 80%. Quando não for obedecida essa proporcionalidade, utilizar a tabela de correção (**Tabela 6.3**).

- Colocar o manguito ao redor do braço da gestante, ajustando-o acima da dobra do cotovelo, 2-3 centímetros acima da fossa anticubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.

Tabela 6.3 - Correção da PA segundo a circunferência do braço da paciente

Circunferência do braço (cm)	Correção PA Sistólica (mmHg)	Correção PA Diastólica (mmHg)
20	+11	+7
22	+9	+6
24	+7	+4
26	+5	+3
28	+3	+2
30	0	0
32	-2	-1
34	-4	-3
36	-6	-4
38	-8	-6
40	-10	-7
42	-12	-9
44	-14	-10
46	-16	-11
48	-18	-13
50	-21	-14

Fonte: Maxwell et al., 1982.

- Os olhos do examinador devem ficar posicionados no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento para a estimativa do nível da pressão arterial sistólica (PAS), desinsuflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
- Palpar a artéria na dobra do cotovelo e sobre ela colocar a campânula do estetoscópio, com leve pressão local. Nunca prendê-la sob o manguito.
- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos.
- Inflar o manguito rapidamente, até 30 mmHg acima do nível estimado da PAS.
- Desinflar lentamente o manguito.
- Proceder à leitura:
 - O ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (PAS; máxima); após essa leitura, aumentar a velocidade de desinsuflação, buscando-se evitar congestão venosa e desconforto para a paciente;
 - A pressão diastólica (PAD; mínima) será lida no momento em que os ruídos desaparecerem completamente ou 5º som de Korotkoff.
 - **Observação:** a PAS foi determinada na fase I de Korotkoff e a PAD na fase V de Korotkoff. Nos casos em que o desaparecimento completo dos ruídos não ocorrer, proceder à leitura da pressão diastólica no ponto onde se percebe marcado abafamento (fase IV de Korotkoff). Não arredondar os valores da PA para dígitos terminados em 5 ou 0.
- Realizar a desinfecção da oliva e campânula do estetoscópio com álcool 70%.
- Esperar um a dois minutos antes de realizar novas medidas.
- Anotar o resultado no prontuário e no cartão da gestante.

Nos casos em que a pressão arterial tiver sido aferida inicialmente pelos profissionais de enfermagem, o(a) médico(a) deverá ser avisado(a) imediatamente se a PAS \geq 160mmHg e PAD \geq 110mmHg.

O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho súbito de peso, presença de edema e/ou sintomatologia (cefaleia, epigastralgia, hiperreflexia, principalmente a partir da 24ª semana). Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, semanal ou mais frequente, pelo maior risco de pré-eclâmpsia (**Quadro 6.1**).

Quadro 6.1 – Avaliação da Pressão Arterial

Achado	Conduta
<p><u>Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção dos mesmos níveis de PA <p><u>Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores da pressão normais 	<p>Níveis tensionais normais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter calendário habitual • Cuidar da alimentação • Praticar atividade física
<p><u>Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da PA em nível menor do que 140/90mmHg (sinal de alerta) <p><u>Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores da PA \geq 140/90mmHg e $<$160/110, sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500g semanal 	<p>Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após 4 horas) • Remarcar consulta em 7 dias • Medir PA pelo menos 2-3 vezes por semana • Orientar para presença de sintomas como: cefaléia, epigastralgia, escotomas, edema, redução do volume ou presença de “espuma” na urina, redução de movimentos fetais • Orientar repouso relativo de uma hora pós-prandial e controle de movimentos fetais • Verificar presença de proteinúria por meio de fita urinária (positivo: + ou mais). Se positiva, encaminhar para avaliação hospitalar. <p>Se negativa, solicitar provas laboratoriais, se possível, e encaminhar para pré-natal de alto risco</p>
<p>Níveis de PA superiores a 140/90 mmHg, proteinúria positiva e/ou sintomas clínicos (cefaléia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, mas com PA \geq160/110mmHg</p>	<p>Paciente com pré-eclâmpsia grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestar o primeiro atendimento e referir imediatamente à unidade de referência hospitalar • Considerar a utilização de medicações/sulfato de magnésio dose de ataque e procedimentos específicos para emergência hipertensiva hidralazina EV, mesmo na UBS
<p>Paciente com hipertensão arterial crônica com nível de PA grave, em uso regular de medicação anti-hipertensiva</p>	<p>Paciente de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir para avaliação hospitalar

6.4 – Leitura de fita reagente para proteinúria (proteínas na urina)

A triagem de proteinúria (análise de proteínas na urina) deve ser feita para as gestantes com edema e/ou aumento dos níveis da pressão arterial além daquelas de alto risco para pré-eclâmpsia.

- Informar o procedimento à gestante.
- Pode-se coletar amostra de urina em recipiente limpo ou optar que ela própria providencie que a fita reagente seja molhada diretamente pelo jato de urina, mesmo sem uso de recipiente coletor.
- Ler visualmente a coloração da fita após exposição à urina.
- Evitar contaminação com produtos de limpeza da pele contendo clorexidina.

- Mergulhar a área de teste da tira dentro do material coletado e remover imediatamente. Arrastar a borda da tira contra a do recipiente coletor, removendo o excesso de urina.

- Proceder à leitura comparando a cor obtida na fita com a cor padronizada.

Possibilidades de resultado: negativa, traços, positiva de uma a quatro cruzes.

- Não usar tiras após a data de validade.
- Não armazenar o frasco sob luz solar direta.
- Não remover o dessecante do frasco.
- Não remover a tira do frasco até imediatamente antes da utilização.
- Recolocar a tampa imediata e firmemente após a remoção da tira reagente.
- Não tocar as áreas de teste da tira.

Observações importantes:

- O resultado (+) é considerado positivo para o rastreamento da proteinúria.
- Mudanças de cor que ocorram após dois minutos não tem valor diagnóstico.
- Substâncias que podem alterar o resultado: níveis visíveis de sangue, bilirrubina e drogas contendo corantes, nitrofurantoína ou riboflavina. Também pela presença de infecção do trato urinário.
- A ausência de proteinúria não exclui gravidade da doença.

6.5 – Palpação obstétrica e medida de altura uterina (AU)

Objetivos:

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

Palpação obstétrica

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina, iniciando-se pela delimitação do fundo uterino, seguido do contorno da superfície uterina. Permite a identificação da situação e da apresentação fetal, procurando-se reconhecer os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, o que ocorre com relativa facilidade a partir do 3º trimestre. Pode-se estimar a quantidade de líquido amniótico.

Técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold):

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos:

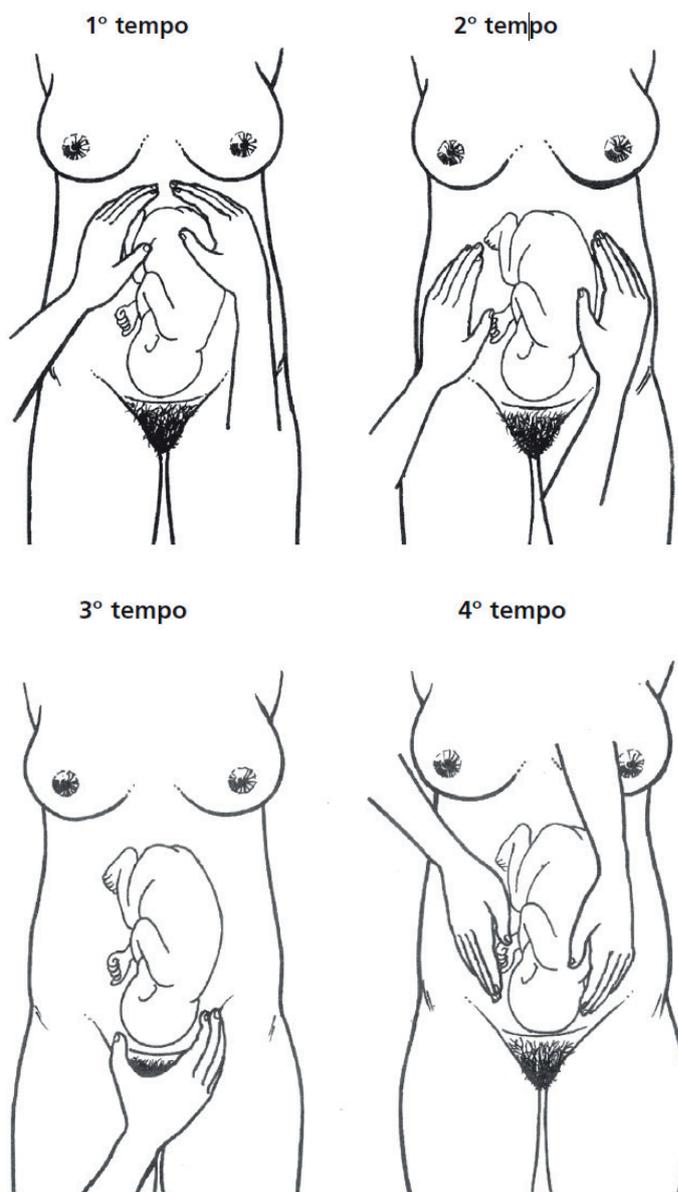
- Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa.
- Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando

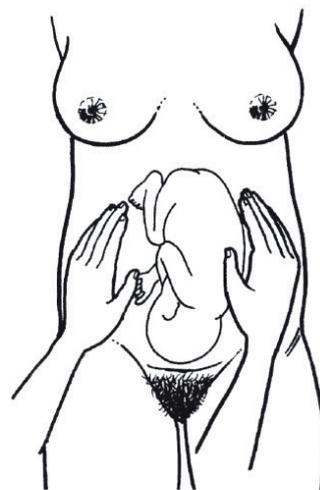
sentir o dorso e as pequenas partes do feto.

- Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico.
- Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.

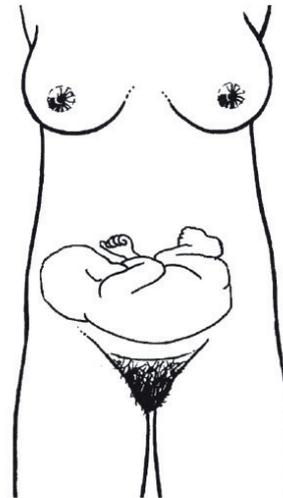
A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional.

Manobras de palpação:

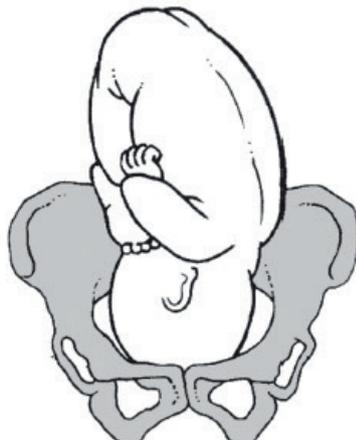


Situação:

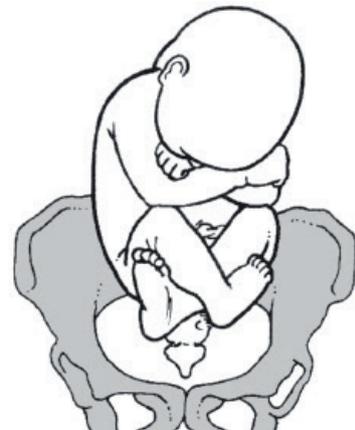
Longitudinal



Transversa

Apresentação:

Cefálica



Pélvica

Condutas:

- Registrar a medida da altura uterina no gráfico de AU/semanas de gestação e interpretar o traçado.
- A situação transversa e a apresentação pélvica no termo da gestação podem significar risco no momento do parto. Nas transversas, afastar placenta prévia com realização de ultrassonografia.

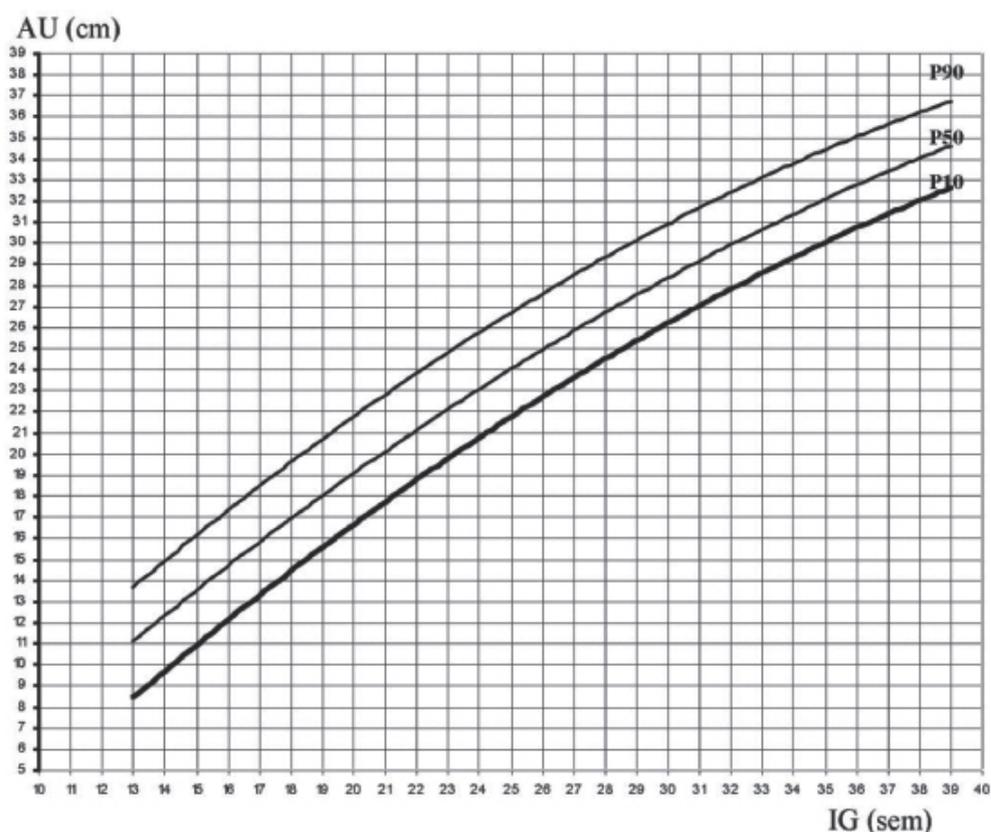
6.6. Medida da altura uterina

Quando os dados da amenorreia são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligoâmnio, a medida da altura uterina permite suspeitar de

restrição do crescimento fetal (sensibilidade de 56% e especificidade de 91%). A sensibilidade da altura uterina para o diagnóstico de macrosomia fetal é de 92% e sua especificidade 72%, uma vez que tenham sido excluídos a gravidez gemelar, os polidrâmios e a miomatose uterina.

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

Figura 6.3 – Curva de crescimento da altura uterina (AU) em função da idade gestacional (IG) entre a 13^a e a 39^a semana, para os percentis 10, 50 e 90



Fonte: Martinelli e cols. 2001

Técnica de medida da altura uterina:

- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto, idealmente com a bexiga vazia.
- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.
- Por meio da palpação, procurar corrigir a comum dextroversão uterina.
- Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica, passando-a entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino.
- Anotar a medida, em centímetros, no prontuário e no cartão da gestante, e marcar o ponto na curva da altura uterina.



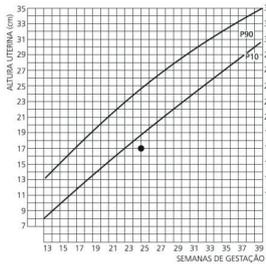
Na figura acima, é mostrada a técnica de medida, na qual a extremidade da fita métrica é fixada na margem superior do púbis com uma das mãos, deslizando a fita entre os dedos indicador e médio da outra mão, até alcançar o fundo do útero com a margem cubital dessa mão.

Interpretação do traçado obtido e condutas

Figura 6.4 – Avaliação da altura uterina
Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

Gráfico	Ponto	Conduta
	Entre as curvas inferiores e superiores	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir calendário de atendimento de rotina.
	Acima da curva superior	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). Deve ser vista pelo(a) médico(a) da unidade e avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrosomia, gemelar, mola hidatiforme, miomatose e obesidade. • Solicitar ultrassonografia. • Caso se confirme alguma alteração, encaminhar para serviço de alto risco para avaliação.

Gráfico



Ponto

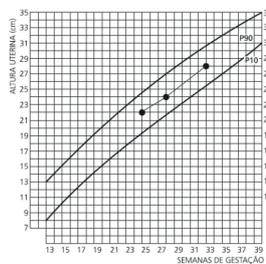
Acima da curva superior

Conduta

- Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG. Deve ser vista pelo(a) médico(a) da unidade para avaliar possibilidade de feto morto, oligodrâmnio ou restrição de crescimento fetal.
- Solicitar ultrassonografia.
- Caso se confirme alguma alteração, encaminhar para serviço de alto risco para avaliação.

Figura 6.5 – Avaliação da altura uterina
Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

Gráfico



Traçado

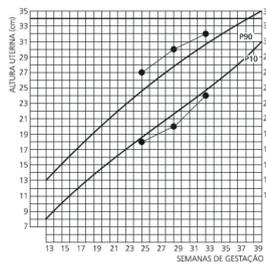
Evoluindo entre as curvas superiores e inferiores.

Interpretação

Crescimento normal.

Conduta

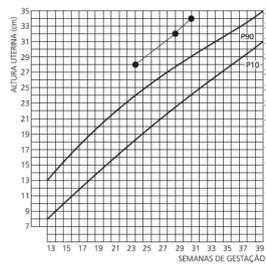
- Seguir calendário básico.



Evoluindo acima da curva superior e com a mesma inclinação desta; ou evoluindo abaixo da curva inferior e com a mesma inclinação desta.

É possível que a IG seja maior que a estimada; É possível que a IG seja menor que a estimada.

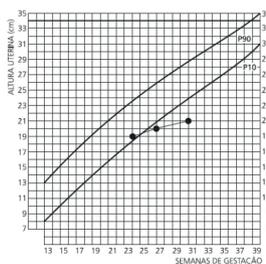
- Encaminhar gestante à consulta médica para:
 - confirmar a alteração;
 - confirmar a IG com ultrassonografia;
 - referir ao pré-natal de alto-risco, na suspeita de desvio do crescimento fetal.



Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta.

É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrosomia, ou outra situação.

- Referir ao pré-natal de alto-risco. Solicitar ultrassonografia.



Evoluindo com inclinação persistente menor que a curva inferior.

Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, provável restrição do crescimento fetal.

- Referir ao pré-natal de alto-risco.
- Avaliar a vitalidade fetal.

6.7 – Ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF)

Indicada para verificar a vitalidade fetal, atentando para a presença, ritmo e frequência do BCF. Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação (com estetoscópio de Pinard só audível após 20 semanas). Embora o sonar Doppler já tenha se tornado o padrão ouro para a ausculta dos BCF durante a gestação, permitindo participação da gestante na ausculta, as unidades de saúde ainda devem estar equipadas com estetoscópio de Pinard e os profissionais treinados para seu uso, o que pode ser necessário em algumas situações.

- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- A gestante deverá estar em decúbito lateral ou decúbito a 45° (semissentada).
- Após palpação do abdômen materno, determinar a apresentação e a posição do dorso fetal, a região de melhor ausculta dos BCF que corresponderá ao nível do coração do concepto.
 - Colocar gel transdutor do Sonar Doppler e apoiá-lo na região correspondente ao dorso.
 - Contar os batimentos obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm; registrar em instrumentos próprios: prontuário médico, ficha de acompanhamento pré-natal, cartão da gestante, etc.
 - Nos casos de gemelaridade, identificar os locais de ausculta de cada feto.

Caso haja dúvida de que o batimento auscultado seja cardíaco fetal, palpar o pulso da gestante para verificar se a frequência é diferente, ou se trata de ausculta de atividade do coração materno. Pode ser utilizado como procedimento de rotina.

- Aumento da frequência cardíaca fetal após contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero, é sinal de boa vitalidade.

Avaliar resultados da ausculta dos BCF (**Quadro 6.2**).

Quadro 6.2 – Avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

Achado	Conduta
BCF não audível quando a IG for > 14 semanas	<p>Alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar erro de estimativa de idade gestacional pela DUM e por toque vaginal digital. • Afastar condições que prejudiquem boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal. • Solicitar ultrassonografia ou referir para serviço de maior complexidade.
Bradicardia (FCF <110 bpm) e taquicardia (FCF >160 bpm)	<p>Sinal de alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afastar febre e/ou uso de medicamentos pela mãe. • Deve-se suspeitar de hipóxia fetal. <p>O(a) médico(a) da unidade deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência, encaminhar de urgência para serviço de referência.</p>

Método de registro diário de movimentos fetais (RDMF)

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

Além dos batimentos cardíaco-fetais, pode-se utilizar o registro diário da movimentação fetal realizado pela gestante (RDMF ou mobilograma) para o acompanhamento do bem-estar fetal. A gestante receberá as seguintes orientações:

- Escolher um período do dia para estar mais atenta aos movimentos fetais.
- Alimentar-se previamente ao início do registro.
- Sentar-se com a mão sobre o abdome.
- Registrar os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro.

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

Tabela 6.4 – Formulário para registro diário de movimentos fetais (RDMF)

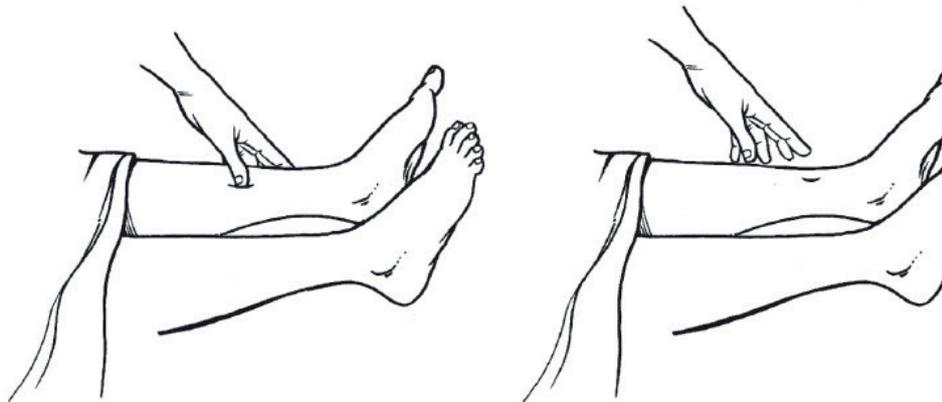
Dia	Horário de início	Movimentos fetais						Horário de término
		1	2	3	4	5	6	

Fonte: (BRASIL, 2005e)

6.8 Verificação da presença de edema

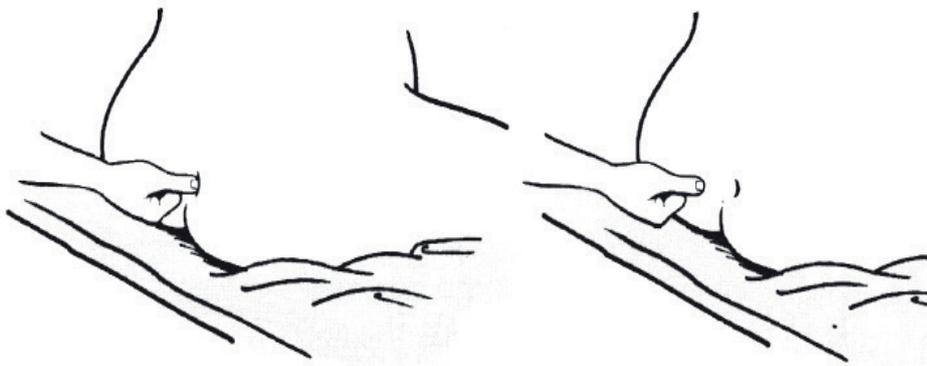
Nos membros inferiores:

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias.
- Pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial).
- Após a investigação, dependendo do achado, recomenda-se conduta específica (**Quadro 6.3**).



Na região sacra:

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



Na face e em membros superiores:

- Identificar a presença de edema pela inspeção. O edema nas mãos que impede o uso de anéis utilizados anteriormente sinaliza edema generalizado.

Quadro 6.3 – Avaliação da presença de edema

Achado	Anote	Conduta
Edema ausente	–	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar a gestante seguindo o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo sem hipertensão ou aumento súbito de peso	+	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se o edema está relacionado: <ul style="list-style-type: none"> – à postura; – ao aumento da temperatura; – ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso aumentado e/ou de proteinúria +	++	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo de até duas horas no meio do dia. • Verificar a presença de sinais/sintomas de pré-eclâmpsia e interrogar sobre os movimentos fetais. • Marcar retorno em sete dias, na ausência de sintomas. • Deve ser avaliada e acompanhada pelo(a) médico(a) da unidade. • Encaminhar para o serviço de alto-risco e/ou referir para avaliação hospitalar.
Edema generalizado (face, tronco, membros), ou que já se manifesta ao acordar acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso	+++	<ul style="list-style-type: none"> • Gestante com suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. • Deve ser avaliada pelo(a) médico(a) da unidade e encaminhada para o serviço de alto-risco e/ou referida para avaliação hospitalar.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais fisiológicos		<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de processos tromboembólicos (tromboflebitas, TVP). Deve ser avaliada pelo(a) médico(a) da unidade e encaminhada para serviço hospitalar.

6.9 Coleta de material para pesquisa de estreptococo grupo B (EGB)

Nos municípios onde houver condições de realizar a triagem para estreptococo do grupo B, no intuito de orientar antibioticoprofilaxia durante o trabalho de parto e reduzir a fecção neonatal, a coleta deve ser realizada no final do 3º trimestre, entre 35 e 37 semanas.

Técnica:

- Paciente em posição ginecológica.
- Realizar coleta de amostras com o mesmo swab, primeiramente do terço externo da vagina e depois retal, introduzindo o swab até ultrapassar o esfíncter e, após, colocar em meio de transporte.
 - Não é recomendado banho ou higiene íntima prévia à coleta.
 - Colher o material preferencialmente antes de toques vaginais.

- Não colher material cervical e não usar espéculo.
- Encaminhar o swab o mais rápido possível para o laboratório de análises clínicas, onde será semeado em meio específico.

Obs: O uso de antibiótico no parto (penicilina cristalina) é necessário sempre que:

- tiver cultura de pré-natal colhida entre 35-37 semanas positiva (resultado preditivo de colonização por até 5 semanas).
- tiver antecedente de doença neonatal em gestação prévia por EGB (independente de cultura realizada entre 35-37 semanas).
- tiver infecção urinária por EGB na gestação atual (independente de resultado de cultura 35-37 semanas).
- tiver fatores de risco intraparto detectáveis (febre $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$, trabalho de parto prematuro, ruptura de membranas > 18hs) na ausência de resultado de cultura entre 35-37 semanas.

6.10 Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncológica

Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, já na primeira consulta pré-natal. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. O exame ginecológico deve ser completo e incluir a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal.

Exame ginecológico:

- Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal.
- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia.
- Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia.
 - Coleta de material para exame colpocitopatológico com espátula na ectocervice.
 - Realizar o teste das aminas (KOH a 10%) e pH vaginal se risco de parto prematuro ou presença de conteúdo vaginal anormal (critérios de Amsel).
 - Toque bimanual: avaliar as condições do colo uterino (permeabilidade), o volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorréia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais.

Conduta frente ao resultado da colpocitologia:

- Citologia normal ou citologia inflamatória: realizar o controle anual;
- Citologia com NIC I (neoplasia intra-epitelial cervical), displasia leve: as alterações de diferenciação celular se limitam ao terço do epitélio de revestimento da cérvix, sendo praticamente unânime a presença do efeito citopático compatível com o vírus do papiloma humano (HPV). Em casos de NIC I, deverá ser repetida citologia após seis meses.
 - NIC II e III, displasia moderada e displasia intensa/carcinoma in situ, respectivamente: atualmente, estas lesões são chamadas de lesões de alto grau. As gestantes devem ser encaminhadas ao Centro de Referência em Saúde da Mulher.
 - Carcinoma escamoso invasivo: trata-se de células escamosas com grande variação de forma e alterações celulares como as descritas anteriormente. Necessita de comprovação histopatológica. As gestantes devem ser encaminhadas ao Centro de Referência em Saúde da Mulher.
 - Adenocarcinoma in situ ou invasivo: representa alterações celulares semelhantes às descritas anteriormente, mas detectadas nas células glandulares do colo do útero. As gestantes devem ser encaminhadas ao Centro de Referência em Saúde da Mulher.

É mínimo o risco da progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor durante o período gestacional. Já a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta. Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a mesma conduta recomendada para as mulheres não grávidas na unidade básica de saúde. No centro de referência regional, o objetivo principal é afastar a possibilidade de lesão invasora. Se for confirmada a invasão pela biópsia, a paciente deverá ser encaminhada à unidade de assistência de alta complexidade.

A conduta obstétrica, em princípio, não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos, citopatológicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão ou obstrução do canal do parto. Após o parto, as reavaliações colposcópica e citopatológica deverão ser realizadas, entre seis e oito semanas, em um centro de referência regional.

6.11 Exame clínico das mamas

O exame clínico das mamas é realizado com a finalidade de se detectar anormalidades nas mamas e/ou identificar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução. Achados anormais requerem encaminhamento da gestante ao Centro de Referência pertinente. O pré-natal também é uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre:

- o câncer de mama, seus sintomas, fatores de risco e detecção precoce.
- a composição e a variabilidade da mama normal.

- a importância do aleitamento materno para a criança, para a própria gestante e para a família e a sociedade, pois nesta fase a mulher e sua família estão mais atentas e dispostas a receber informações e realizar atividades de promoção e prevenção à saúde.

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

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

6.12 O preparo das mamas para o aleitamento

O acompanhamento pré-natal permite fornecer orientação à mulher e familiares sobre o preparo das mamas e a técnica do aleitamento materno, favorecendo a adesão e prevenindo obstáculos para a amamentação. Durante os cuidados no pré-natal, é importante conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher, a criança, a família e a comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo da amamentação. Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental para colaborar para que mãe e criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito. É importante, no caso de gestante adolescente, que a abordagem seja sistemática e diferenciada, por estar em etapa evolutiva de grandes modificações corporais, que são acrescidas daquelas referentes à gravidez e que podem dificultar a aceitação da amamentação.

Vantagens da amamentação

Para a mulher:

- Fortalece o vínculo afetivo.
- Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia.
- Contribui para o retorno ao peso normal.
- Contribui para o aumento do intervalo entre gestações.

Para a criança:

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

Para a família e a sociedade:

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

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

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

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

Preparo das mamas para o aleitamento:

- Avaliar as mamas na consulta de pré-natal, observando as características dos mamilos e orientar exercícios na presença de mamilos umbilicados ou invertido.
 - Orientar o uso de sutiã durante a gestação.
 - Recomendar, se possível, banhos de sol nas mamas por 15 minutos, até 10 horas da manhã ou após as 16 horas, ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância.
 - O uso de sabões, cremes, pomadas, buchas esfoliante no mamilo deve ser evitado.
 - É importante identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação e experiências que já vivenciou.
 - Oferecer às gestantes oportunidades de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo, das vantagens e manejo da amamentação.
 - OBS: A expressão das mamas (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro está contraindicada. A amamentação é contraindicada para gestantes infectadas pelo HIV e pelo HTLV, pelo risco de transmissão do vírus da mãe para o bebê.

7. EXAMES LABORATORIAIS – ROTINAS, INTERPRETAÇÕES E CONDUTAS

7.1 Rotina laboratorial

1ª consulta ou 1º trimestre	<p>Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativa e parceiro Rh positivo ou não identificado) Hemograma completo Eletroforese de hemoglobina Glicemia de jejum Teste rápido ou sorologia para sífilis Teste rápido ou sorologia para HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Sorologia para hepatite C (para grupos de risco) Urina tipo I e urocultura Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica) Bacterioscopia de secreção vaginal se possível ou critérios de Amsel</p>
2º Trimestre	<p>Coombs indireto, se necessário Teste de tolerância oral a glicose com 75g de dextrosol, se glicemia 1o trimestre menor que 92mg/dl (preferencialmente entre 24 e 28 semanas) Repetir sorologia para toxoplasmose se negativa prévia Na medida da disponibilidade pode-se repetir a sorologia para a sífilis e HIV</p>
3º Trimestre	<p>Hb/HTC Coombs indireto, se necessário Sorologia para sífilis Sorologia para HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repetir exame de toxoplasmose se negativa prévia Urina I e urocultura Cultura vaginal e anal para Streptococcus agalactie (entre 35 e 37 semanas de gravidez) se possível</p>

7.2 Interpretação dos resultados dos exames e conduta

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: <ul style="list-style-type: none"> • Se negativo: repeti-lo no 2º trimestre e com 28 sem. Se continuar negativo, realizar imunoglobulina anti-D entre 28 a 32 semanas. • Se positivo: referenciar a gestante ao pré-natal de alto risco.
Dosagem de hemoglobina (Hb)	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de sulfato ferroso 1 drágea de 200mg/dia (40mg de ferro elementar) a partir de 20 semanas, com suco cítrico – limão ou laranja. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	Hemoglobina entre 8 e 11mg/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses. B) Trate a anemia com 120-240mg ferro elementar ao dia (2 drágeas de 200mg de sulfato ferroso antes do almoço e 2 drágeas antes do jantar). C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias. <ul style="list-style-type: none"> • Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea/dia = 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; • Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina	<ul style="list-style-type: none"> • HbAA: sem doença falciforme; • HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. • HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. • HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; • HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<ul style="list-style-type: none"> • As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. • As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (pré-natal de alto risco).
Glicemia em jejum	< 92mg/dL	TTOG 75g entre 24 e 28 semanas
	> 92mg/dL e < 126mg/dL	Diabetes mellitus gestacional
	≥126mg/dL	Diabetes mellitus - solicitar Hb glicada

<p>Teste de Tolerância Oral a Glicose (TTGO 75g)</p>	<p>Jejum < 92mg/dL e 1ª hora < 180mg/dL e 2ª hora < 153mg/dL</p>	<p>Teste negativo</p>
	<p>Jejum ≥ 92mg/dL a 125mg/dL e/ou 1 hora pós ≥180mg/dl e/ou 2h pós ≥ 153mg/dl a 199mg/dl</p>	<p>Diabetes mellitus gestacional</p>
	<p>Jejum ≥ 126mg/dL e/ou 2ª hora ≥ 200 mg/dL</p>	<p>Diabetes mellitus</p>
<p>Teste rápido para sífilis (treponêmico, como triagem)</p>	<p>TR positivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais • Iniciar primeira dose de penicilina benzatina na gestante e agendar retorno
	<p>TR negativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento. • Na medida da disponibilidade pode-se também realizar a sorologia para a sífilis no 2º trimestre.
<p>Sorologia para sífilis com teste não-treponêmico (VDRL)</p>	<p>VDRL reagente, com titulação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peça confirmação com teste treponêmico na mesma amostra, idealmente. 1) Sífilis primária, secundária e latente recente (menos de 1 ano de evolução): penicilina benzatina, 2 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI (protocolo Estado de São Paulo). 2) Sífilis terciária, indeterminada ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada): penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI. • Realize exame mensal de VDRL para controle de cura (queda do título ≥ 2 diluições em 3 meses)
	<p>VDRL negativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento. • Na medida da disponibilidade pode-se também realizar a sorologia para a sífilis no 2º trimestre

Teste rápido (TR) diagnóstico para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/ Aids de referência.
	TR negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre. • Na medida da disponibilidade pode-se também realizar a sorologia para o HIV no 2º trimestre.
Sorologia para HIV	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/ Aids de referência.
	Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita o exame no 3º trimestre. Na medida da disponibilidade pode-se também realizar a sorologia para o HIV no 2º trimestre.
Sorologia para hepatite B (HBsAg)	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência.
	Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.
Urina tipo I e urocultura	Proteinúria	1+ ou mais e hipertensão e/ou edema: referir a gestante ao pré-natal de alto risco. "Maciça": referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Bacteriúria ou leucocitúria, leucócito-esterase e/ou nitrito, em fita urinária (diagnóstico presuntivo e/ou diagnóstico padrão ouro Cultura positiva (> 105 col/ml)	Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma. Solicite o exame de urina tipo I e urocultura após o término do tratamento. Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de febre e/ou sinal de Giordano (punho-percussão dolorosa), suspeitar de pielonefrite. Referir a gestante ao atendimento de urgência do hospital de referência.

	Hematúria	Se houver piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior. Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.
	Cilindrúria	Na presença de cultura negativa, referir a gestante para consulta especializada.
	Outros elementos	Não necessitam de condutas especiais.

7.3 Tipagem sanguínea e Fator Rh

- **Fator Rh positivo:** registrar no prontuário e no cartão da gestante o resultado e informar à gestante sobre seu tipo sanguíneo.

- **Fator Rh negativo e parceiro com fator Rh positivo e/ou desconhecido:** solicitar teste de Coombs indireto (CI). Se o Coombs indireto for negativo, repetí-lo no 2º e no 3º trimestre. Quando o Coombs indireto for positivo, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. Se parceiro Rh negativo, não é necessário acompanhar o CI materno.

Profilaxia da Aloimunização Rh

A administração de 300µg da imunoglobulina anti-D por via intramuscular em dose única deve ser realizada nas gestantes com Rh negativo não-sensibilizadas (Coombs indireto negativo), quando a classificação sanguínea do parceiro for Rh positiva ou desconhecida. Após a aplicação da imunoglobulina, o Coombs indireto pode ficar positivo por até quatro a oito semanas.

Deve ser administrada:

- Profilaticamente, na 28ª semana de gestação. Considerar sua utilização até a 34ª semana, se for ultrapassada a época preconizada.

- No puerpério, quando o recém-nascido for Rh positivo e mãe Rh negativo não sensibilizada, independentemente se mãe que recebeu imunoglobulina anti-D às 28 semanas de gestação. Após o parto, a imunoglobulina deve ser administrada até 72 horas, sabendo-se que quanto mais tardia for a aplicação, menor será sua efetividade. Ainda assim, se a mulher tiver tido alta hospitalar sem que tenha sido administrada a medicação, poderá ser aplicada até 28 dias após o parto.

- Nas síndromes hemorrágicas (abortamento, gestação ectópica, gestação molar, placenta de inserção baixa, descolamento prematuro de placenta, sangramentos inexplicados, etc.).

- Óbito fetal.
- Trauma abdominal.

- Após procedimento invasivo: cordocentese, amniocentese, biópsia de vilos coriais.
- Realização de versão cefálica externa.
- Ocorrência de transfusão incompatível, devendo ser administrada 1.200µg a cada 12 horas até completar a dose obtida pelo cálculo: 15ml de concentrado de glóbulos vermelhos ou 30ml de sangue total são neutralizados por 300µg de imunoglobulina.

7.4 Sorologia para sífilis

Para o diagnóstico de sífilis, os testes são divididos em diretos (pesquisa do *Treponema pallidum* em microscopia de campo escuro) e imunológicos, sendo necessário levar em consideração tanto os testes disponíveis no serviço como também o estágio provável da doença. Os testes imunológicos são divididos em treponêmicos e não treponêmicos. Idealmente, para o diagnóstico de sífilis devem ser utilizados um teste treponêmico MAIS um teste não treponêmico.

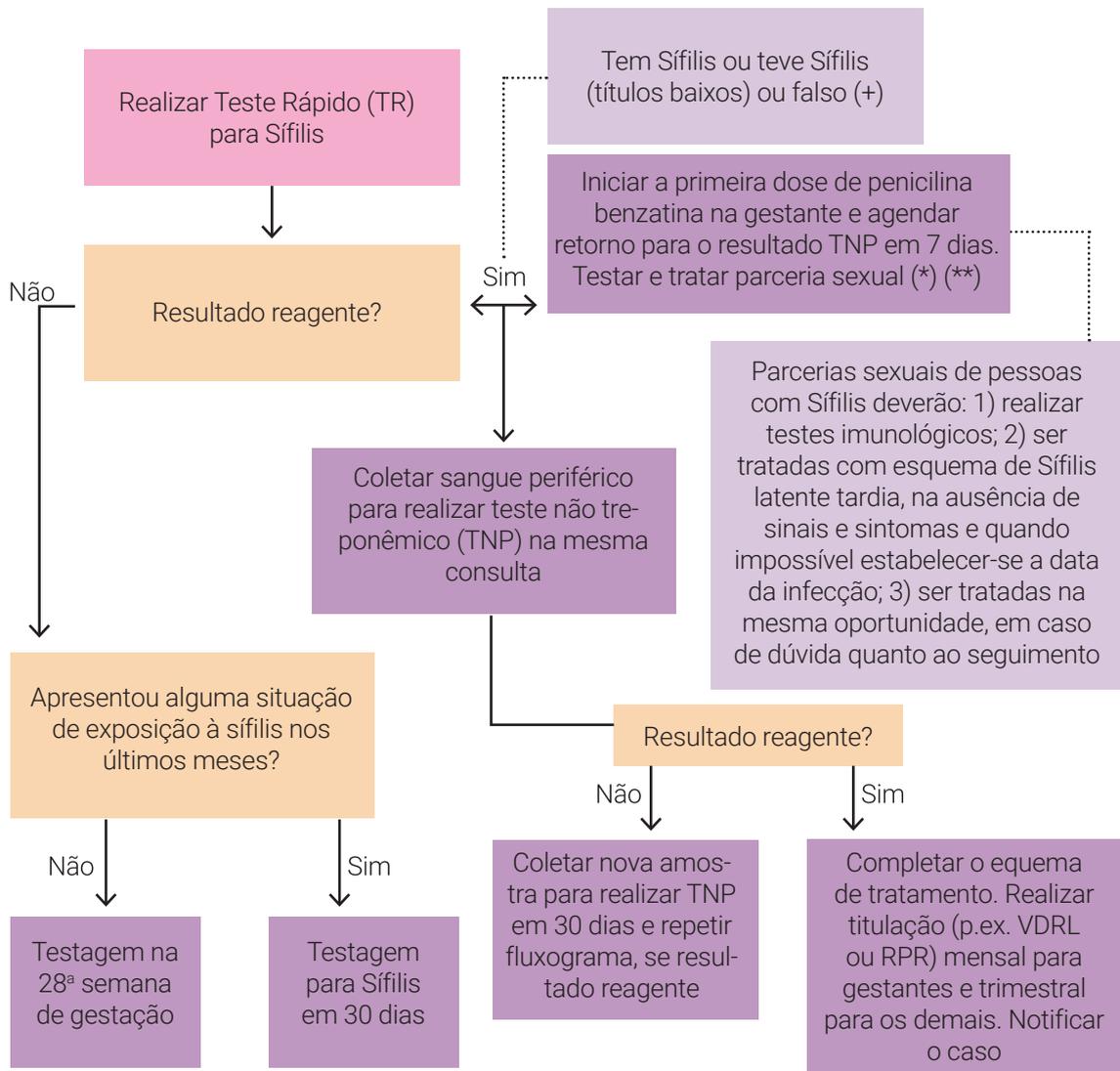
1) Testes treponêmicos: são testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida do paciente; por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Exemplos de testes treponêmicos: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA, do inglês *T. pallidum* Haemagglutination Test); teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption); quimioluminescência (EQL, do inglês Electrochemiluminescence); ensaio imunoenzimático indireto (ELISA, do inglês Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); testes rápidos (imunocromatográficos). Os testes rápidos (TR) são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou por punção digital.

2) Testes não treponêmicos: detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*, e podem ser qualitativos ou quantitativos. Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra. O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos, sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento. São testes não treponêmicos: VDRL (do inglês Venereal Disease Research Laboratory), RPR (do inglês Rapid Test Reagin) e TRUST (do inglês Tolidine Red Unheated Serum Test). O teste não treponêmico mais comumente utilizado é o VDRL. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos (< 1:4), que podem persistir por meses ou anos. Nesses casos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, a pessoa é considerada portadora de sífilis latente tardia, devendo ser tratada.

A ordem de realização pode variar nos serviços de saúde (**ver Figura 7.1, 7.2 e 7.3**). Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico imediatamente. Para gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste. Deve-se solicitar o teste confirmatório (treponêmico: TPHA ou FTA-Abs) na mesma amostra, quando o teste não treponêmico for reagente (VDRL ou RPR), em qualquer titulação. Também se recomenda realizar outro teste treponêmico se o TR for reagente e o teste não-treponêmico (VDRL) for não reagente.

Parcerias sexuais de pessoas com sífilis deverão: 1) realizar testes imunológicos; 2) ser tratadas com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas; 3) ser tratadas imediatamente, se dúvida quanto ao seguimento.

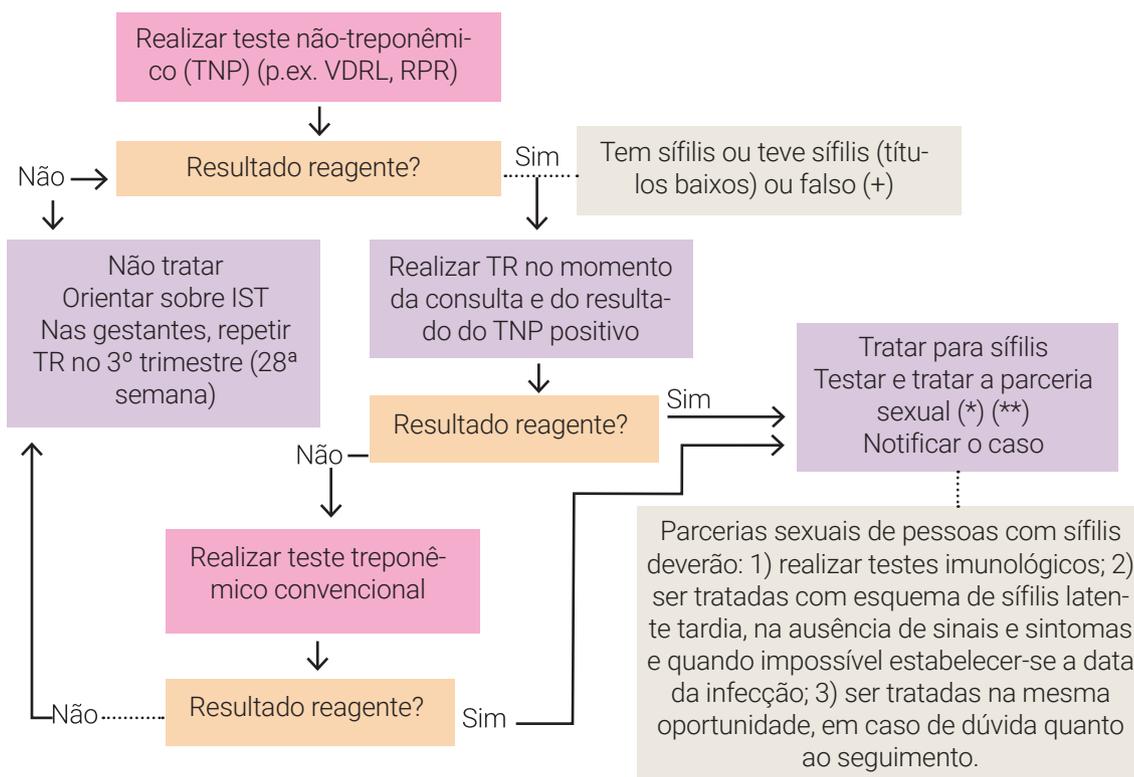
Figura 7.1 – Fluxograma para o manejo da Sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Figura 7.2 – Fluxograma para o manejo da Sífilis, utilizando teste não treponêmico inicial com este rápido confirmatório



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.
 Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Triagem inicial com TR ou outro treponêmico (ex: ELISA ou quimioluminescência – CIA ou CMIA)

- TR ou ELISA ou quimioluminescência reagente: tratar e coletar amostra imediata para VDRL
- TR ou ELISA ou quimioluminescência não reagente: repete no 3º trimestre e na admissão para o parto ou em caso de abortamento.

Triagem inicial com VDRL:

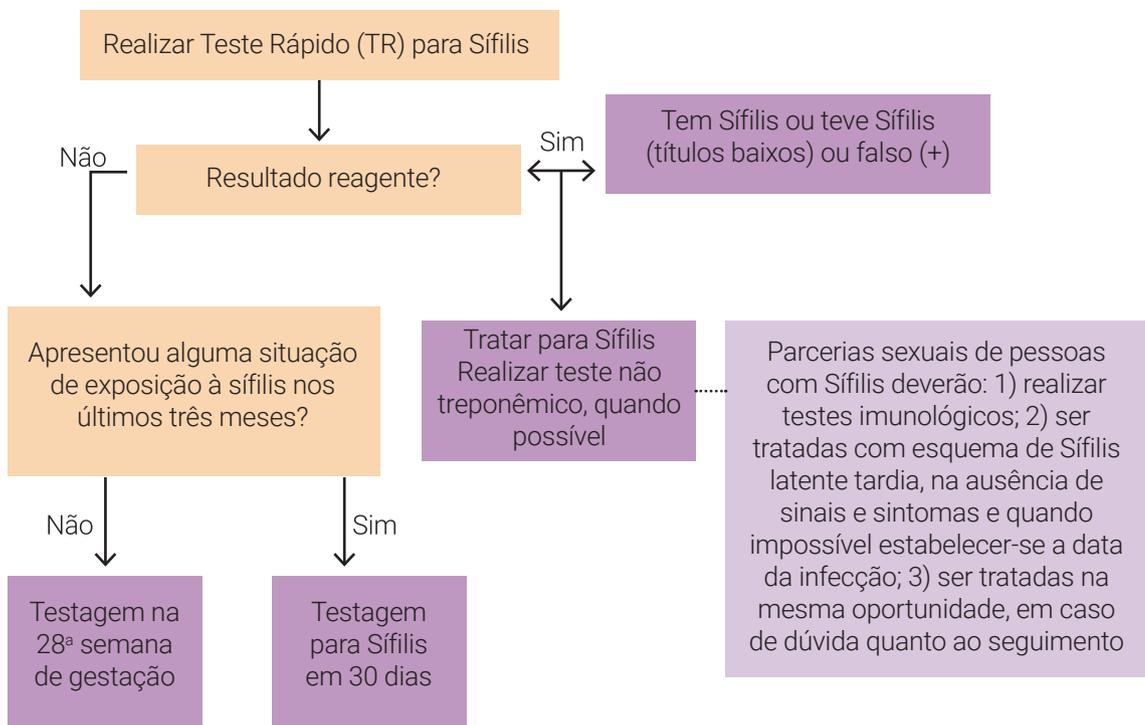
- VDRL não reagente e TR ou outro treponêmico não reagente: escrever no cartão e informar à gestante sobre o resultado do exame e o significado da negatividade, orientando-a para o uso de preservativo (masculino ou feminino). Repetir triagem em torno da 28ª semana, na admissão para o parto ou em caso de abortamento, em virtude dos riscos de infecção/re-infecção;
- VDRL reagente: para todo VDRL reagente, o laboratório deve executar o teste confirmatório (FTA-Abs ou TPHA) da gestante, na mesma amostra. Se o teste confirmatório for “não reagente”, descartar a hipótese de sífilis, considerar a possibilidade de reação cruzada por outras doenças, como lúpus, e encaminhar a gestante para investigação clínica. Repetir no 3º trimestre e na admissão para o

parto ou em caso de abortamento.

- VDRL reagente (qualquer titulação) e FTA-Abs ou TPHA (ou TR) positivo: investigar história e antecedentes. Se a história for desconhecida ou confirmar ausência de tratamento prévio, gestante e parceiro devem ser imediatamente tratados segundo esquema descrito no **Capítulo 9, item 9.9**, com seguimento por mensal VDRL posterior (o VDRL é o teste indicado para avaliação de cura). Com VDRL apresentando elevação de ao menos duas diluições, considerar a possibilidade de uma reinfecção ou falha terapêutica.

Na impossibilidade de se realizar o teste confirmatório (TPHA ou FTA-Abs) ou se o resultado não vier com VDRL (ou for muito demorado), realizar TR. Não havendo história passada de tratamento documentado ou lesões sugestivas, considerar como sífilis em atividade VDRL em qualquer titulação (com TR reagente ou ignorado). Iniciar tratamento imediato para a mulher e seu parceiro sexual na dosagem e periodicidade recomendadas para sífilis latente de tempo indeterminado e realizar seguimento sorológico posterior.

Figura 7.3 – Fluxograma para o manejo da Sífilis, utilizando apenas teste rápido



7.5 – Exames da urina e Urocultura

Urina Tipo I:

Valorizar a presença dos seguintes componentes:

- **Proteínas:** Em caso de resultado “**positivo**” (+/4+ ou mais) e hipertensão leve ou moderada (níveis pressóricos inferiores a 160x110), considerar como pré-eclâmpsia. Orientar repouso e controle de movimentos fetais, alertar para a presença de sinais e sintomas clínicos, solicitar proteinúria em urina de 24 horas (considerar positiva se $\geq 300\text{mg}$ em 24 horas) ou teste da relação proteína/creatinina em uma amostra de urina (positivo se $\geq 0,3\text{mg/dL}$) e exames bioquímicos para gravidade, exemplo síndrome HELLP (**ver capítulo 9, item 9.4**). Se existirem sinais clínicos de gravidade e/ou proteinúria em fita urinária + a 4+ e/ou níveis pressóricos iguais ou maiores que 160x110, realizar o primeiro atendimento e transferir imediatamente para avaliação na unidade secundária. Se não se configurar proteinúria significativa em 24h ($< 300\text{mg}/24\text{h}$) e o caso se tratar de hipertensão arterial leve, a gestante deve ser reencaminhada para a unidade básica com acompanhamento rigoroso (até duas vezes/semana).

- **Bactérias/leucócitos/piócitos sem sinais clínicos de infecção do trato urinário:** considerar diagnóstico presuntivo de infecção urinária e solicitar urocultura com antibiograma de urgência. Tratar empiricamente até resultado da urocultura e suspender tratamento se resultado negativo, ou completar tratamento se positivo segundo o Capítulo 9, item 9.8.

- **Hemácias, se associadas à bacteriúria:** proceder da mesma forma que o anterior. Se hematúria isolada, excluir sangramento genital e referir para consulta especializada.

- **Cilindros:** com resultado de urocultura negativo, referir para consulta com nefrologista.

Urocultura com antibiograma

- A presença de mais de 100.000 unidades formadas de colônia por ml de urina confirma o diagnóstico de bacteriúria assintomática ou de infecção do trato urinário (se sintomas). Para ambas, deve ser prescrita antibioticoterapia, baseada no antibiograma, segundo as opções do **Capítulo 9, item 9.10**.

- Coletar nova urocultura para controle de cura.
- Repetir a urocultura com antibiograma por volta da 30ª semana.

7.6 – Exames do sangue: Hematimetria – hemograma ou dosagem de hemoglobina e hematócrito

Deverão ser solicitados na primeira consulta de pré-natal e às 28 semanas.

- **Hemoglobina ≥ 11 g/dl:** ausência de anemia. Iniciar suplementação profilática de 200 mg/dia de sulfato ferroso (40mg de Ferro elementar) a partir da 20ª semana devido à maior intolerância digestiva no início da gravidez e manter 0,4 mg/d de ácido fólico. Recomenda-se ingestão uma hora antes das refeições. Repetir Hb/Ht aproximadamente às 28 semanas.

- **Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl: diagnóstico de anemia leve a moderada.** Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva, de 3 a 4 drágeas de sulfato ferroso/dia (600 a 800 mg/dia), via oral, uma hora antes das principais refeições. É preciso ainda **repetir o exame em 60 dias** – se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl, quando deverá ser mantida a dose de suplementação (200 mg ao dia). Se os níveis de hemoglobina permanecerem estacionários ou em queda, referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

- **Hemoglobina < 8 g/dl: diagnóstico de anemia grave.** A gestante deve ser referida imediatamente ao pré-natal de alto risco.

- **Plaquetas < 100.000 unidades:** considerar eventual infecção vigente, síndrome HELLP ou plaquetopenia dilucional da gravidez – encaminhar para avaliação de hematologista e pré-natal de alto risco.

- **Alterações de leucócitos ($< 4000/mm^3$ e $> 11000/mm^3$):** encaminhar para hematologista e pré-natal de alto risco.

7.7 – Glicemia de jejum e teste oral de tolerância a glicose

A dosagem de glicemia de jejum e o teste de tolerância oral a glicose são os exames utilizados para o diagnóstico de diabetes na gravidez. Utilizar glicemia de jejum no início e se for inferior a 92mg/dL, realizar TTOG com 24-28 semanas. Qualquer valor acima do esperado no jejum e/ou após 1 ou 2h da sobrecarga de glicose é considerado diabetes mellitus gestacional. Glicemia de jejum 92mg/dL ou mais diagnóstica diabetes gestacional, assim como glicemia a maior ou igual a 180 na 1ª hora ou ≥ 153 mg/dL a 199 na 2ª hora. Valores de glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL e/ ou 2ª hora após a sobrecarga de glicose do TTOG ≥ 200 mg/dL indicam diabetes mellitus. Ver fluxograma no Capítulo 9, item 9.5.

7.8 – Teste anti-HIV

O ideal é realizar três testes para o HIV na gestação, dois testes durante o pré-natal, além de um teste rápido na admissão para o parto. Idealmente todas as gestantes deveriam realizar teste rápido (TR) na primeira consulta, no primeiro

trimestre de gestação. As gestantes cujos resultados forem reagentes para o HIV devem ser encaminhadas para o seguimento ao pré-natal em serviços de atenção especializada em DST/AIDS de referência (SAE), preferencialmente com consulta pré-agendada, o mais rápido possível, para realização de exames específicos (carga viral, genotipagem) e introdução de terapia antirretroviral (TARV). Em caso de resultado não reagente inicial, repete-se a testagem para HIV no terceiro trimestre (28ª semana) e TR na internação para parto.

Observação: Apesar da recomendação de dois testes na gestação (1º e 3º trimestre) e um teste na admissão para o parto, pode ser benéfica a realização de um teste adicional no 2º trimestre. A gestante infectada pelo HIV durante a gestação, com diagnóstico realizado apenas no 3º trimestre, terá pouco tempo para introdução do antirretroviral e para atingir a indetectação da carga viral. Sabendo-se que o momento do parto é o mais crítico para a transmissão vertical do HIV e que a carga viral estar indetectável é primordial para a redução da transmissão vertical do vírus, quanto antes for realizado o diagnóstico materno, melhores serão as chances de sucesso com o bebê. Por isso, a testagem adicional no 2º trimestre pode ser útil para viabilizar o conhecimento da infecção materna e tempo hábil para agir e ampliar a oportunidade para evitar a transmissão vertical do HIV.

Rotina laboratorial: os testes laboratoriais para detectar anticorpos anti-HIV podem ser classificados como **ensaios de triagem e ensaios confirmatórios**. Os primeiros se caracterizam por serem muito sensíveis enquanto os testes confirmatórios são muito específicos. Os ensaios de triagem utilizados no Brasil são os testes denominados ensaio imunoenzimático - Elisa (EIA), ensaio imunoenzimático de micropartículas - MEIA, ensaio imunológico com revelação quimio-luminescente e suas derivações - EQL, ensaio imunológico fluorescente ligado a enzima - ELFA e ensaio imunológico quimioluminescente magnético - CMIA. Os ensaios confirmatórios utilizados são Imunofluorescência indireta, Immunoblot e Western blot (WB). Para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, os laboratórios devem adotar obrigatoriamente os procedimentos sequenciados do fluxograma da **Figura 7.1**, com etapa 1 e etapa 2. Todos os conjuntos de testes utilizados para a realização do diagnóstico laboratorial da infecção devem ser capazes de detectar anti-HIV-1 e anti-HIV-2 e ter registro no Ministério da Saúde.

No caso de testes com resultados inconclusivos ou indeterminados chegarem muito próximos ao momento do parto, discutir com a parturiente a necessidade da imediata introdução de profilaxia com antirretroviral, paralelamente à realização da confirmação do diagnóstico.

Observação: A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a 18 meses não caracteriza infecção, devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

Teste rápido: O diagnóstico com teste rápido, indicado na 1ª consulta e no parto, está representado no **Fluxograma 2**.

FIGURA 7.4 Fluxograma para detecção de anticorpos HIV em indivíduos com idade acima de dois anos (recomendado acima de 18 meses).

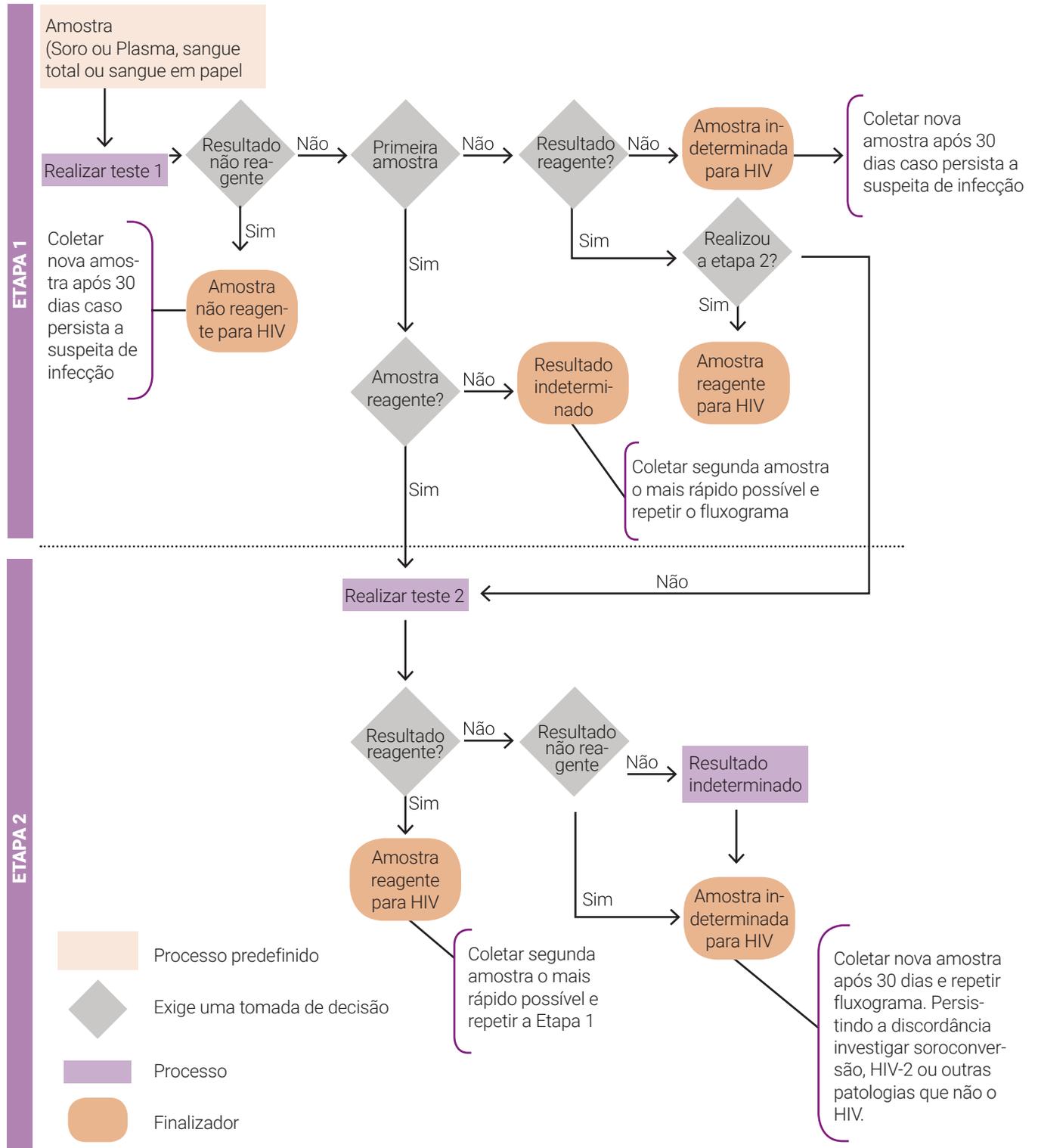
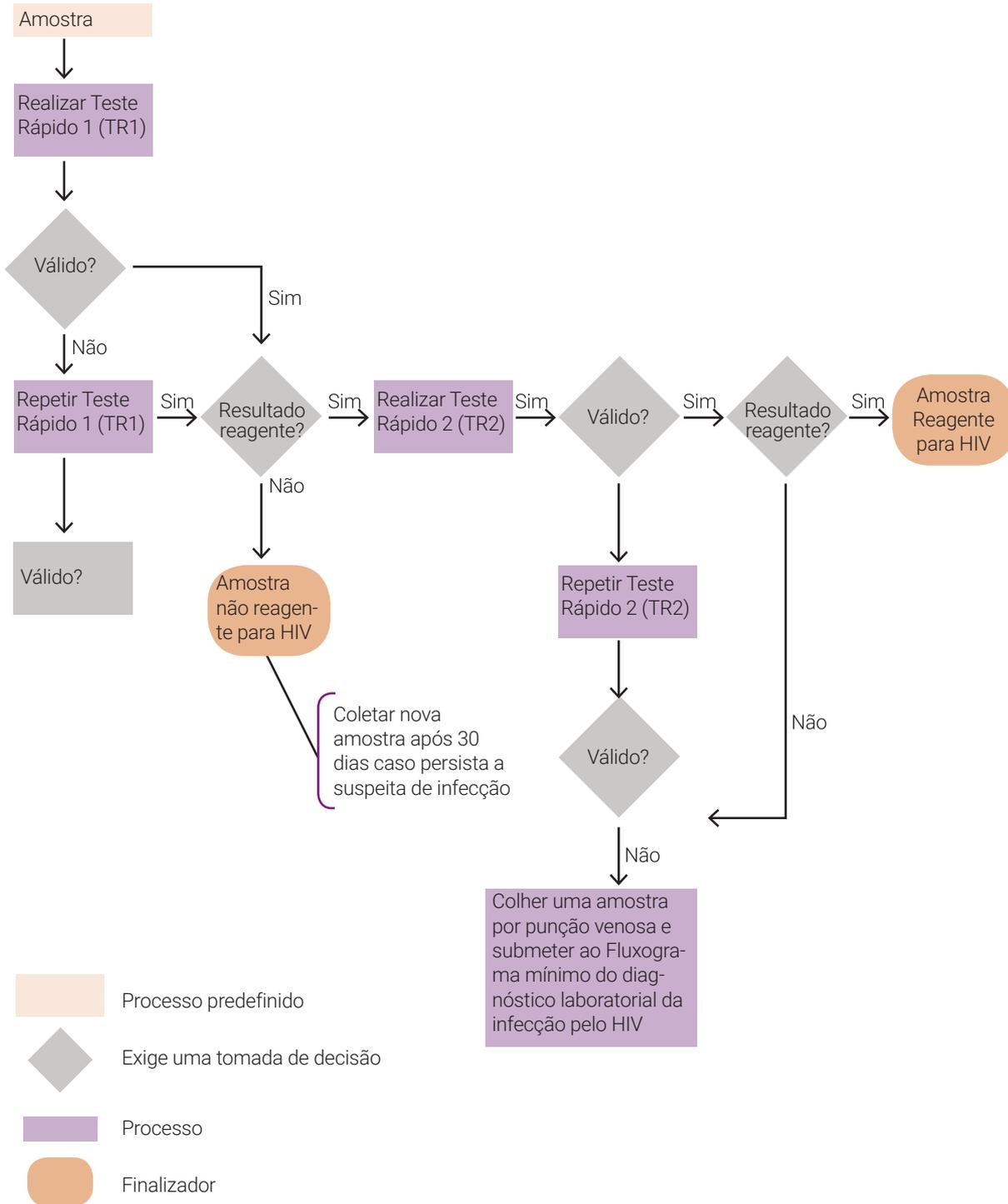


FIGURA 7.5 Fluxograma para diagnóstico rápido da infecção pelo HIV em situações especiais.



Aconselhamento pré e pós-teste

Antes da realização da testagem para o HIV, é necessário realizar aconselhamento pré-teste, fornecendo informações sobre aspectos como as formas de transmissão, significados dos resultados dos exames e período de janela imunológica, além de obter o consentimento verbal da usuária ou de seu responsável. Na rara possibilidade de recusa, anotar essa circunstância no prontuário e discutir com os responsáveis e com a equipe multidisciplinar a situação da criança.

No aconselhamento pós-teste, devem ser adotadas as condutas a seguir, segundo resultado obtido.

- **Resultado negativo** — esse resultado poderá significar que a mulher não está infectada ou que foi infectada tão recentemente que não houve tempo para seu organismo produzir anticorpos em concentração detectável pelo teste de triagem em uso (janela imunológica). Diante dessa suspeita, o teste anti-HIV deverá ser repetido em 30 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. O profissional de saúde deverá colocar-se à disposição da mulher, sempre que necessário, para prestar esclarecimento e suporte durante o intervalo de tempo que transcorrerá até a realização da nova testagem.

- **Resultado indeterminado** — esse resultado poderá significar falso positivo ou verdadeiro positivo de infecção recente, cujos anticorpos anti-HIV circulantes não estão, ainda, em concentração elevada para atingir o ponto de corte determinado pelo fabricante para considerar o teste positivo. Nessa situação, o teste deverá ser repetido em 30 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. Diante desse resultado, o profissional deverá:

- discutir o significado do resultado;
- encorajar para a nova testagem, oferecendo apoio emocional sempre que se fizer necessário;
- orientar a procurar o serviço de saúde, caso surjam sinais e sintomas não atribuíveis à gestação;
- reforçar sobre as medidas para prevenção do HIV e de outras DST.

- **Resultado positivo: diante desse resultado, o profissional deverá:**

- discutir o significado do resultado, ou seja, reforçar a informação de que estar infectada pelo HIV não significa portar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que é o estágio avançado da infecção;
- reforçar que existem remédios para controlar a infecção materna e reduzir a possibilidade de transmissão para o bebê, devendo, para isso, a mãe ser avaliada e medicada adequadamente por profissional especializado na assistência a pessoas portadoras do HIV (**ver Cap. 9, item 9.11**);
- discutir com esta gestante a necessidade de informar o parceiro sexual

sobre este resultado e para triagem sorológica;

- Realizar a notificação compulsória do resultado em instrumento próprio do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).
- Encaminhar para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), de forma prioritária, preferencialmente com consulta pré-agendada.

7.9 – Sorologia para hepatite B (HBsAg)

O HBsAg – antígeno de superfície do vírus da hepatite B (VHB) – é o primeiro marcador que aparece no curso da infecção aguda pelo VHB e desaparece com a cura. Sua persistência por mais de 6 meses é indicativa de hepatite crônica. Portanto, HBsAg positivo indica presença de infecção pelo VHB, podendo ser aguda ou crônica, e está associado a risco de infecção congênita, que será maior se também estiver presente o HBeAg. Sempre que HBsAg for positivo, independente da situação do HBeAg, estará indicado uso de vacina e imunoglobulina específica para VHB para o recém-nascido nas primeiras 14 a 24 horas pós-parto, disponível nos Centros de Imunobiológicos Especiais – CRIEs (**vide Capítulo 9, item 9.6**).

A gestante com HBsAg reagente e HBeAg não reagente deverá ter função hepática e carga viral de HBV avaliada na primeira consulta e depois no 2º trimestre. Para tanto, deve ser encaminhada para pré-natal de alto risco, com avaliação do infectologista. Ocorre maior risco de transmissão, ou falha da profilaxia quando a carga viral estiver maior do que 10⁶ UI/mL. A decisão de terapia profilática deverá ser realizada na 28ª semana de gestação. Pacientes que apresentarem perfil imunológico HBsAg e HBeAg reagentes apresentam nível elevado de viremia e alto risco de transmissão vertical, sendo indicado terapia profilática com tenofovir (categoria B) – 300 mg/dia, iniciando com 28 semanas de gravidez e mantido até 30 dias após o parto.

Gestantes que não foram avaliadas durante o pré-natal devem realizar a pesquisa de HBsAg no momento da admissão hospitalar para o parto. O exame pode ser realizado por meio de imunoensaio ou teste rápido. A vacina para a hepatite B está recomendada durante a gestação para todas as pacientes com resultado HBsAg não reagente, podendo ser administrada em qualquer trimestre. No caso de mulheres expostas ao HBV em qualquer idade gestacional, estas deverão receber associação de vacina e HBIg.

Todo caso de Hepatite B deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica, pois se trata de doença de notificação compulsória.

7.10 Sorologia para toxoplasmose

Recomenda-se a triagem para toxoplasmose por meio da detecção de anticorpos das classes IgG e IgM (Elisa ou imunofluorescência). Em caso de IgM e IgG positivos, deve ser realizado imediatamente o teste de avididade de IgG (preferen-

cialmente na mesma amostra de sangue), no intuito de se estimar em que época aproximadamente ocorreu a contaminação. Se avidéz de IgG for baixa (menor que 30%), presume-se que a infecção ocorreu há menos de 12-16 semanas. Se o exame foi realizado até 16 semanas da gravidez, significa infecção recente no início da gestação e maior risco de transmissão congênita de toxoplasmose. Nestes casos, está indicado uso de espiramicina via oral e encaminhamento ao serviço de referência para pré-natal de alto risco. (ver Capítulo 9, item 9.7).

7.11 Exame de fezes: proto parasitológico

Efetuar pesquisa de verminose e administrar medicações recomendadas.

7.12 Hepatite C

Deve-se realizar a sorologia nas gestantes com fator de risco como: infecção pelo HIV, ausência de infecção pelo HIV e uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, mulheres submetidas à hemodiálise, aquelas com elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente e profissionais de saúde com história de acidente com material biológico.

Não há tratamento antiviral recomendado na gestação e não há evidências científicas que recomendem uma via de parto preferencial com o propósito de prevenir a transmissão vertical. Recomenda-se evitar procedimentos invasivos na gestação para minimizar a possibilidade de transmissão vertical. A amamentação é contra-indicada apenas se houver sangramento ductal ou mamilar.

8 . QUEIXAS FREQUENTES

As alterações fisiológicas da gravidez produzem manifestações sobre o organismo da mulher que, muitas vezes, podem ser confundidas como “doenças”. Cabe ao profissional a correta interpretação e a devida orientação à mulher, sem a banalizar suas queixas. As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, doenças clínicas. A maioria dos sintomas e sinais diminui e/ou desaparece com orientações alimentares, posturais e, na maioria das vezes, sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

8.1 – Náuseas, vômitos e tonturas

- Explicar que esses são sintomas comuns no início da gestação.
- Não há evidências suficientes para orientar as recomendações para reduzir náuseas e vômitos.
 - Algumas mulheres podem obter alívio com: alimentação fracionada (seis refeições leves/dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos; ingerir alimentos sólidos antes de levantar-se pela manhã, como pão ou biscoitos tipo “água e sal”. Ingerir alimentos gelados. Revisão recente parece dar suporte ao uso de gengibre e a OMS está recomendando camomila, gengibre, vitamina B6 e acupuntura.
 - Adiar o horário de escovação dos dentes, evitando os primeiros instantes após levantar-se pela manhã, também pode ajudar.
 - Se for necessário, prescrever anti-eméticos. Medicamentos: metoclopramida, dimenidrato, bromoprida, normoprida, fenotiazinas, clorpromazina, levomepromazina, associados ou não à vitamina B6;
 - Agendar consulta médica ou referir ao pré-natal de alto risco, em caso de vômitos frequentes refratários às medidas citadas, pois podem cursar com distúrbios metabólicos, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio.

8.2 – Pirose (azia)

- Ingestão de alimentos fracionada (pequenas quantidades e com maior frequência).
 - Ao deitar, manter tronco elevado em relação ao restante do corpo (ex: elevar a cabeceira com tijolos).
 - Evitar frituras, alimentos gordurosos e picantes, café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.
 - Após as refeições, aguardar uma ou duas horas para se deitar.
 - Em alguns casos, a critério médico, a gestante pode se beneficiar com a prescrição de antiácidos.

8.3 – Eructação / plenitude gástrica

- Fracionar as refeições.
- Mastigar bem os alimentos.
- Considerar as medidas descritas para pirose.

8.4 – Sialorréia (salivação excessiva)

- Explicar que esse é um sintoma comum no início da gestação.
- Orientar alimentação semelhante à indicada para náuseas e vômitos.
- Orientar a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

8.5 – Fraquezas e desmaios

- Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade.
- Indicar alimentação fracionada, evitando jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições.
- Evitar vestuário desconfortável e que produza calor demasiado;
- Evitar ambientes quentes e pouco ventilados.
- Explicar à gestante para sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e de desmaio.
- Caso apresente episódios de desmaio deverá ser avaliada em consulta médica e encaminhada para serviço de saúde de referência.

8.6 – Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas.
- Nos casos de epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito, principalmente no 3º trimestre, estar alerta para sintomas associados eclâmpsia iminente.
- Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal:
 - orientar alimentação rica em fibras, com o consumo de frutas laxativas e com bagaço, verduras, de preferência cruas (bem lavadas), e cereais integrais.
 - recomendar que aumente a ingestão de água e evite alimentos de alta fermentação como feijão, repolho, batata, milho, ovo e frituras;
 - recomendar caminhadas e movimentação;
 - solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário;
 - incentivar que a paciente aproveite o reflexo gastrocólico (desejo de evacuar após a refeição);
 - com a persistência do quadro, pode ser necessária a prescrição de for-

madores de bolo fecal como farelo de trigo (Observação: não se devem prescrever óleos minerais porque eles reduzem a absorção de vitaminas lipossolúveis).

– Eventualmente, prescreva:

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

8.7 – Doença hemorroidária

Recomendar à gestante:

- Alimentação rica em fibras a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositórios de glicerina.
- Dar preferência para higiene perianal com água e sabão neutro, após evacuação.
- Fazer banhos de assento ou compressas mornas.
- Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente, encaminhando ao proctologista, se presentes complicações como trombose.

8.8 – Corrimento vaginal

- Explicar que aumento de fluxo vaginal é comum na gestação.
- Não prescrever cremes vaginais se não há diagnóstico de infecção vaginal.
- A presença de fluxo vaginal pode estar relacionada a complicações como rotura prematura de membranas, parto prematuro.
- O diagnóstico pode ser clínico e os achados mais comuns são:

– Prurido vulvar e presença de conteúdo vaginal com placas esbranquiçadas e aderidas à parede vaginal – candidíase. Nestes casos, o pH vaginal será menor que 4,5 e o teste das aminas (Whiff), se realizado, deve ser negativo. Tratar, preferencialmente, com antifúngico tópico por sete dias (derivados imidazólicos: miconazol, terconazol, clotrimazol) em qualquer idade gestacional. Não usar tratamento sistêmico;

– Secreção vaginal abundante, cinza-esverdeada, com odor fétido – vaginose bacteriana e/ou tricomoníase. Para avaliação durante a consulta, utilizar critérios clínicos de Amsel (três sinais dos seguintes: corrimento branco-acinzentado, pH > 4,7, teste das aminas ou KOH positivo e presença de clue cells). Tratar com metronidazol sistêmico (metronidazol 250 mg, via oral, de 8/8 horas por 07 dias).

- Particularmente nas recidivas, realizar ou solicitar bacterioscopia do conteúdo vaginal a fresco e corada pelo método de Gram. Os seguintes achados sugerem os diagnósticos:

- clue-cells (células-alvo) e flora vaginal com escassez ou ausência de bacilos de Doderlein: vaginose bacteriana;
- microorganismos flagelados móveis: tricomoníase; Tratar também o parceiro sexual da gestante;
- hifas ou esporos de leveduras: candidíase.

• Em outros casos, ver condutas no Manual de Tratamento e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis/IST-Aids/MS.

8.9 – Queixas urinárias

- Explicar que, geralmente, o aumento da frequência de micções é comum no início e no fim da gestação (aumento do útero e compressão da bexiga).
- Orientar a essas gestantes para que mantenham a ingestão de líquido, mesmo que estejam com maior frequência miccional.
- Em caso de hematúria (sangue na urina) ou disúria (dor ao urinar), realizar fita urinária e, na presença de nitrito e leucocitúria e/ou piúria e/ou bacteriúria, solicitar urocultura com antibiograma e já iniciar tratamento empírico.
- Solicitar exame de urocultura e antibiograma, revendo ou orientando a terapia segundo o resultado.
- Explicar que a incontinência urinária, mesmo na ausência de prolapsos, pode estar associada à gravidez. Indica-se, de forma profilática ou terapêutica, diante de incontinência, a realização de exercícios perineais na gravidez.

8.10 – Falta de ar e dificuldade para respirar

Esses sintomas são frequentes na gestação em decorrência do aumento do útero, elevação do diafragma e ansiedade da gestante.

- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo.
- Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso.
- Estar atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar. Embora seja pouco frequente, pode se tratar de doença cardíaca ou respiratória.
- Agendar a consulta médica, caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico, podendo ser necessária investigação complementar e/ou consulta com especialista.

8.11 – Mastalgia (dor na mamas)/descarga papilar

- Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário por desenvolvimento de suas glândulas.
- Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar

qualquer alteração no exame das mamas.

- Orientar para o preparo das mamas para a amamentação.
- O colostro, principalmente nas fases tardias da gravidez, pode ser eliminado.

A presença de sangue exige realização de citologia oncológica em esfregaço da descarga papilar, fixado com álcool 70%.

8.12 – Dor lombar (dores nas costas)

- Uso de sapatos com saltos baixos (3cm) e confortáveis, de base larga.
- Correção de postura ao sentar-se.
- Aplicação de calor local.
- Eventualmente, por orientação médica, usar analgésico por tempo limitado.
- Não utilizar antiinflamatórios não hormonais
- Pode ser necessário encaminhar para fisioterapia e investigação complementar, segundo a intensidade do processo.
 - Quando associada a queixas urinárias e/ou febre, atentar para o diagnóstico de pielonefrite e encaminhar imediatamente a gestante para pronto atendimento.

8.13 – Cefaléia (dor de cabeça)

- Avaliar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia.
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.
- Se não houver hipertensão, prescrever analgésico por tempo limitado.
- Referir à consulta médica, se o sintoma persistir.

8.14 – Sangramento gengival

- Recomendar o uso de escova de dente macia e orientar a prática de massagem na gengiva, bochechos e uso de fio dental.
- Agendar atendimento odontológico, sempre que possível.

8.15 – Varizes

- Não permanecer muito tempo em pé ou sentada; evitar inatividade.
- Repousar pelo menos 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas.
- Pode ser útil elevar os pés da cama.
- Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante; pode-se indicar meias de média compressão, com tamanho sugerido pela circunferência da panturrilha.
 - As varizes vulvares não requerem tratamento específico e raramente são causas de sangramentos.
 - Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas se houver aparecimento agudo de dor.

8.16 – Câimbras

- Aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1.
- Evitar excesso de exercícios.
- Realizar alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas, assim como na ocasião da crise algica e quando for repousar.
- Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local.

8.17 – Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)

- Explicar que é comum e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto.
- Recomendar a não-exposição do rosto diretamente ao sol.
- Recomendar o uso de filtro solar tópico.

8.18 – Estrias

- Explicar que são resultado da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, inicialmente de cor arroxeada, tendem, com o tempo, a ficar de cor semelhante à da pele.

8.19 – Palpitação

- Atentar para a necessidade de investigação de cardiopatia (arritmia).
- Esclarecer sobre a frequência dessa queixa como resultado de alterações fisiológicas da gestação.

8.20 – Edema

- Se fisiológico, restrito aos membros inferiores, explicar seu desaparecimento após o parto. Não recomendar dieta hipossódica e/ou diuréticos.
- Atentar para a extensão e, principalmente, se atinge coxas e mãos (pensar em pré-eclâmpsia).
- Valorizar a possibilidade de fenômenos trombóticos.

8.21 – Epistaxe/obstrução nasal

- A frequência, a intensidade e a história prévia devem alertar para necessidade de avaliação por parte de especialistas, para pesquisas de causas não relacionadas às modificações gravídicas.
- Estar atento para possibilidade de crises hipertensivas nos casos de epistaxe.

Obstrução nasal pode causar prejuízo ao sono e desconforto, por vezes limitantes. Pode-se indicar lavagem nasal com soro fisiológico. Não utilizar descongestionante nasal com vasoconstritor.

8.22 – Parestesias (sensações cutâneas anormais)

- É comum na gestação.
- Pode ser necessária, a administração de analgésicos.
- Diferenciar da síndrome do túnel do carpo, na qual a gravidade do acometimento e limitação dos movimentos é maior.

8.23 – Insônia / Hipersônia

- Esclarecer e dar apoio, no sentido de facilitar a acomodação da paciente em sua nova condição.
- Embora a administração de medicamentos possa ser utilizada em casos de difícil resolução, deve ter o seu benefício avaliado criteriosamente.

9. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS MAIS FREQUENTES

A gestante classificada como de baixo risco pode ser acometida por intercorrências relativamente frequentes que modificam o curso da evolução. Com isso, os desfechos também podem se alterar e pode indicar encaminhamentos para a referência, por vezes emergencial, idealmente seguindo padronização sugerida no Capítulo 5, item 5.7.

9.1 – Hiperêmese (vômitos contínuos e intensos)

A náusea acompanhada ou não de vômitos ocorre na maioria das gestantes, com início entre 5-6 semanas de gravidez e pico entre 9-12 semanas, usualmente melhorando por volta de 16 semanas. A hiperêmese gravídica representa o espectro mais severo desses sintomas. Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desde a desidratação e oligúria à 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 cursar com insuficiência hepática e renal, além de distúrbios neurológicos (Síndrome de Wernicke-Korsakoff). Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores desse transtorno. Pode, também, estar associada à gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, trissomia do cromossomo 21 e hipertireoidismo. Outros fatores podem levar a vômitos com a mesma gravidade e 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. Ainda, em recente revisão sistemática sobre tratamento de náuseas e vômitos na gestação, o gengibre foi utilizado nos casos leves de êmese gravídica com melhora dos sintomas, porém a dose não foi estabelecida e o nível de evidência foi baixo. 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:

- Metoclopramida – 10 mg de 8/8 horas.
- Dimenidrato – 50 mg de 6/6 horas.
- Meclizina – 25 mg de 8/8 horas
- Ondansetrona* - 4mg ou 8mg de 8/8 ou 6/6hs horas.

Antieméticos injetáveis:

- Metoclopramida – 10 mg (uma ampola = 10 ml) de 8/8 horas.
- Dimenidrato – 50 mg (uma ampola = 1 ml) de 6/6 horas.

Ondansetrona*- 4mg (uma ampola =2ml) de 8/8 horas ou 8mg (1 ampola =4ml) de 12/12 horas.

Também pode-se utilizar 4mg até 8 mg (casos mais graves) VO ou sublingual a cada 6 horas.

*A ondansetrona deverá ser reservada para os casos refratários aos antieméticos comumente utilizados. Apesar de classificado como categoria B de risco, os estudos são conflitantes, e alguns mostram possível associação de fenda palatina e defeitos septais cardíacos se utilizada no primeiro trimestre.

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 desequilíbrio hidroeletrolítico e/ou ácido-básico. A internação hospitalar também está recomendada quando o tratamento ambulatorial ou na unidade básica de saúde não conseguiu controlar a situação.

9.2 – Síndromes hemorrágicas

Para o sucesso do atendimento, é imperativa a realização do diagnóstico etiológico o mais precoce possível e a instituição de um plano de ação, particularmente nas situações emergenciais. A unidade deve dispor, idealmente por escrito, de um plano para atendimento de urgência e remoção, que contemple a segurança no transporte, que deve ser ágil, eficaz e sistematizado. Entretanto, em face das 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.

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).

9.2.1. 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 12^a semana e tardio quando ocorre entre a 13^a e 22^a 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, detectam-se fragmentos placentários no canal cervical e na vagina. Pelo toque, é possível a avaliação da permeabilidade do colo.

O exame ultrassonográfico é definitivo para o diagnóstico diferencial entre ameaça de abortamento (presença de saco embrionário regular, embrião com atividade cardíaca, presença ou ausência de hematoma subcoriônico), aborto incompleto (presença de restos ovulares descritos por eco endometrial irregular com espessura > 15 mm), aborto retido (presença de embrião com CCN \geq 7 mm sem atividade cardíaca a ultrassonografia transvaginal) gestação anembrionada (ausência de embrião à ultrassonografia transvaginal com diâmetro interno médio do saco gestacional \geq 25 mm) ou aborto completo (endométrio linear ou espessura endometrial \leq 15mm).

9.2.2. Ameaça de aborto

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. A ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável. O tratamento é discutível. Como regra geral, o repouso relativo é medida aconselhável para todas as situações. O repouso diminui a ansiedade, favorecendo o relaxamento e reduzindo os estímulos contráteis do útero. Preferencialmente, deve ser domiciliar. A administração, por tempo limitado, de antiespasmódicos (hioscina, um comprimido, oral, de 8 em 8 horas) tem sido utilizada. O uso de tocolíticos não está indicado. 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.

Entre os achados ultrassonográficos, pode ser descrita a área que sugere descolamento córioamniótico, 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 hidropsia da vesícula vitelínica podem servir, além de outros, como parâmetros para o curso de evolução.

Na admissão hospitalar devido a abortamento, evitável ou não, deve-se solicitar 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**.

9.2.3. Gravidez ectópica

Corresponde à nidação 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, etc. 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 anexiais pode provocar dor e demonstrar presença de tumor.

Na suspeita diagnóstica, encaminhar a mulher para hospital de referência para exame ultrassonográfico, definição e tratamento. Pacientes com antecedente obstétrico de gravidez ectópica, em uma próxima gestação, devem realizar ultrassonografia precoce entre 6 e 8 semanas de idade gestacional devido ao risco de recorrência desta intercorrência médica.

9.2.4. Mola hidatiforme

Na suspeita clínica de mola hidatiforme, a gestante deverá ser encaminhada ao hospital de referência. O diagnóstico clínico poderá ser estabelecido caso haja eliminação de vesículas pelo útero, sinal patognomônico, porém tardio. O diagnóstico de mola hidatiforme é ultrassonográfico e deverá ser suspeitado na presença de sangramento vaginal na primeira metade da gravidez, geralmente em pequena intensidade. Nos casos de mola completa, o útero encontra-se maior que o esperado para a idade gestacional assim como os níveis de BhCG, sendo a presença de hiperêmese mais frequente. Atentar para a presença de hipertensão arterial precoce, já que essa é uma das poucas condições que podem cursar com pré-eclâmpsia previamente à 20^a semana de gestação.

9.2.5. Placenta prévia

Também chamada de placenta de inserção baixa, ocorre em 1:200 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 e aí permanece. Alguns fatores de risco incluem placenta prévia em gestação anterior, multiparidade, gestação múltipla, tabagismo, antecedente de cesárea e outras manipulações cirúrgicas uterinas, endometrites anteriores, fertilização in vitro e idade materna avançada.

Clinicamente, a gestante relata sangramento vaginal indolor, súbito, de cor vermelho vivo. Os episódios de sangramento geralmente são recorrentes, em intervalos cada vez mais curtos e com intensidade progressivamente maior, frequentemente iniciando-se por volta da 30ª semana de gravidez (sangramento sentinela). O exame obstétrico revela volume e tono uterinos normais, sendo a apresentação fetal anômala frequente. Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos. O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal pelo risco de hemorragia maciça.

O diagnóstico de certeza é dado pelo exame ultrassonográfico. O profissional de saúde deve referenciar a gestante para continuar o pré-natal em centro de referência para gestação de alto risco quando houver o diagnóstico de placenta prévia. Além do maior risco de sangramento vaginal, há maior incidência de ruptura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, apresentação anômala, restrição de crescimento intrauterino, vasa prévia, inserção velamentosa de cordão, embolia amniótica e acretismo placentário.

Ao exame ultrassonográfico deve-se incluir a avaliação de acretismo placentário nas gestantes com antecedente de duas ou mais cesáreas. Na suspeita de acretismo placentário e/ou de sangramento vaginal na segunda metade da gravidez no momento da consulta, a gestante deverá ser encaminhada ao hospital imediatamente para avaliação.

9.2.6. Descolamento prematuro da placenta

É a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto, que ocorre em cerca de 0,5 a 1% de todas as gestações, com altos índices de morbimortalidade materna e perinatal. 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 um quinto dos casos, o sangramento pode ser oculto. 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.

O principal fator de risco é o antecedente de descolamento prematuro de placenta em gestação anterior, seguido por hipertensão arterial de qualquer etiologia. Contudo, adicionalmente, outros fatores de risco também importantes são o tabagismo, o esvaziamento rápido do polidrâmnio, idade materna avançada,

multiparidade, uso de cocaína e o trauma abdominal.

A atuação inicial e a unidade de transporte que será utilizada devem considerar a necessidade de suporte ventilatório avançado, de administração de drogas vasoativas, de coagulopatia e fenômenos isquêmicos concomitantes. Deve-se providenciar a máxima agilidade no processo, pois a gravidade é diretamente proporcional ao tempo de ocorrência da complicação. Deve ser feito contato prévio com o serviço referenciado, com envio de relatório de encaminhamento detalhado e transferência com uma equipe de transporte que, além do médico, deverá contar com profissionais experientes em situações graves.

Na suspeita diagnóstica, encaminhar, como emergência, ao hospital de referência. Nas situações em que o atendimento preliminar de qualquer quadro hemorrágico 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 providenciar medidas de suporte de vida, como o “ABC” (airway / breathing / circulation):

- Manter as vias aéreas pérvias.
- Administrar oxigênio sob catéter 03 a 05 litros/minuto ou máscara 07 a 10 litros/minuto.
- Providenciar dois acessos venosos calibrosos e infundir cristalóides.
- Evitar a posição supina da paciente.

9.3 – Anemia

Conceitua-se anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11 g/dL. 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 causa danos à mãe ou ao feto, pois, embora a concentração da hemoglobina esteja diminuída, a hipervolemia possibilita a perfusão e a oxigenação adequadas dos tecidos. Os índices corpusculares, principalmente o Volume Corpuscular Médio (VCM = 81–95 dL), não sofrem variações em relação ao volume plasmático e podem, então, ser bastante confiáveis para classificação da anemia. Para fins práticos, 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, as hemoglobinopatias como a

anemia falciforme e a talassemia são relativamente comuns em nosso meio e cursam com anemia na gestação. A anemia falciforme, doença hereditária mais comum no Brasil e mais prevalente entre afrodescendentes, é uma situação potencialmente grave na gestação, causando aumento da morbimortalidade materna e perinatal. A doença falciforme na gravidez pode cursar com piora das crises dolorosas, piora do quadro de anemia, abortamento, restrição do crescimento fetal, trabalho de parto prematuro e pré-eclâmpsia, além de complicações respiratórias e digestivas.

Anemias graves (Hb <8mg/dL), sem diagnóstico etiológico, devem ser encaminhadas para a referência com o objetivo de ampliar a investigação etiológica da anemia. A correção dos níveis hematimétricos é importante inclusive como profilaxia da morbiletalidade pós-parto.

9.4 – Hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia

Os distúrbios hipertensivos associam-se a elevada morbimortalidade materna, fetal e neonatal sendo responsáveis por 1/3 do total de mortes maternas, além de mortes perinatais, partos prematuros e recém-nascidos de baixo peso, nos países de baixa e média renda. No Brasil, representam a principal causa associada a 20% das mortes maternas, inclusive no Estado de São Paulo. Também são a principal causa de internação (70%) nos centros de referência em gestação de alto risco. A pré-eclâmpsia é a forma mais grave, sendo a eclâmpsia a complicação que leva a maior mortalidade.

Como qualquer portador de hipertensão arterial, a gestante hipertensa deve ser apoiada e estimulada para adesão ao acompanhamento, orientações, tratamento e consequente controle da hipertensão, especialmente pela gravidade do impacto na mortalidade e morbidade materna e fetal. Toda atividade educacional deve estar voltada para o autocuidado. O trabalho em grupos de pacientes com a equipe de saúde é útil por propiciar troca de informações, favorecer esclarecimentos de dúvidas e atenuar ansiedades.

É importante, ao atender uma paciente com instalação muito precoce de pré-eclâmpsia, considerar a possibilidade de associação com trombofilias. Estas devem ser pesquisadas, ou na oportunidade de aconselhamento pré-concepcional ou na consulta de puerpério (considerar a pesquisa da Síndrome anticorpo antifosfolípídeo, deficiência de proteína S e C, resistência à proteína C ativada (fator V de Leiden), mutação da protrombina, hiper-hemocisteinemia ou outras doenças tromboembólicas), idealmente na consulta de puerpério.

9.4.1 Definição de hipertensão na gravidez

A hipertensão na gravidez é definida pelos valores de pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, aferidos em duas ocasiões com intervalo de 4 horas. Hipertensão arterial grave é definida

pelo valor de PAS ≥ 160 mmHg e PAD ≥ 110 mmHg, aferida em intervalo curto ou em uma única ocasião. A técnica de aferição é apresentada no capítulo 6, item 6.3.

9.4.2 Classificação da hipertensão na gravidez

A classificação dos distúrbios hipertensivos durante a gestação pode ser difícil particularmente se a mulher inicia o pré-natal após 16 semanas e/ou desconhece seus níveis pressóricos prévios.

- Hipertensão arterial crônica (HAC) é definida pela presença de hipertensão arterial que antecede a gravidez ou ocorre antes da 20^a semana de gestação. A maioria das gestantes com HAC evoluem bem durante a gestante, mas o prognóstico materno e perinatal pode ser comprometido na HAC secundária e/ou na presença de lesão de órgão alvo (retinopatia hipertensiva, doença renal, cardiopatia hipertensiva). O diagnóstico definitivo pode ser realizado na revisão puerperal se os níveis pressóricos se mantiverem elevados ou controlados com medicação antihipertensiva;

- Hipertensão gestacional diagnosticada em mulher previamente normotensa, e após a 20^a semana, não associada a outros comemorativos, como proteinúria e/ou sintomatologia clínica de acometimento de órgão alvo. Pode ser um diagnóstico transitório durante a gestação;

- Pré-eclâmpsia é definida pelo aparecimento de hipertensão após 20 semanas de gestação, associada a proteinúria, em mulher previamente normotensa. Atualmente, é identificado como pré-eclâmpsia grave o quadro de hipertensão, mesmo na ausência de proteinúria, quando associado a disfunção ou lesão de órgão alvo, pela presença de qualquer uma das condições abaixo:

- Presença de sintomas visuais e/ou cerebrais.
- Plaquetopenia (contagem de plaquetas $< 100.000/\text{ml}^3$),
- Concentração de creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL,
- Disfunção hepática (aumento da concentração sérica das transaminases hepáticas com valores duas vezes acima da concentração normal ou de referência),
- Ocorrência de edema pulmonar

- Pré-eclâmpsia sobreposta ou superajuntada à HAC é considerada diante do agravamento da hipertensão e/ou o aparecimento de proteinúria. O primeiro critério é definido pelo súbito aumento da PA ou pela necessidade de aumentar a dose de anti-hipertensivo ou pela necessidade de usar três ou mais classes de drogas anti-hipertensivas para controle da PA. A proteinúria é parte do diagnóstico e seu rastreamento pelo método da fita urinária (dipstick) é apresentado no capítulo 6, item 6.4.

- Eclâmpsia é a manifestação de convulsão tônico-clônica generalizada, sem causa definida, no cenário de pré-eclâmpsia. Pode ou não apresentar sinais pre-

monitórios ou iminência de eclâmpsia.

9.4.3 Acompanhamento Pré-Natal

O prognóstico é particularmente definido pela qualidade da atenção pré-natal, que se inicia na identificação dos fatores de risco maternos para propor as medidas de prevenção primária (uso de AAS e Cálcio), continua no diagnóstico precoce da pré-eclâmpsia (prevenção secundária) e do manejo adequado e oportuno das complicações (prevenção terciária).

A pré-eclâmpsia e seus agravos, bem como a pré-eclâmpsia sobreposta à HAC são as entidades clínicas com maior potencial de morbimortalidade para a mãe e para o feto/recém-nascido. A associação hipertensão e proteinúria, mesmo sendo seus critérios diagnósticos, representam apenas parte da fisiopatologia da pré-eclâmpsia. Dai a necessidade de vigilância para ganho de peso rápido entre as consultas pré-natais, além do esperado (>500g/semana) e à presença de sinais e sintomas de acometimento de órgãos alvo (cefaleia, dor epigástrica ou em barra no andar superior do abdome, escotomas cintilantes).

9.4.4 Fatores de risco

A avaliação de fatores de risco auxilia no desenvolvimento de um plano de cuidado que inclui o aumento da frequência de consultas de pré-natal, avaliação laboratorial, orientação para mudanças no estilo de vida, medidas preventivas e sobre os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia. Não há evidências que respaldem a utilização de testes biofísicos (doppler das arteriais uterinas) e/ou bioquímicos (dosagem de marcadores angiogênicos e antiangiogênicos) para a predição de pré-eclâmpsia na prática clínica.

Em relação as características das mulheres e a história clínica como fatores de risco para pré-eclâmpsia encontram-se: o antecedente de pré-eclâmpsia, a síndrome do anticorpo antifosfolípide, o diabetes clínico, a gestação múltipla, a nuliparidade, a história familiar de pré-eclâmpsia, PAD ≥ 80 mmHg no 2º trimestre, o sobrepeso e a obesidade avaliados pelo IMC Kg/m², a idade materna ≥ 35 anos para multíparas, o intervalo interpartal ≥ 10 anos, a doença autoimune (como lúpus eritematoso sistêmico), a doença renal crônica e a hipertensão arterial crônica.

Dentre os fatores de risco supracitados alguns são classificados como de alto risco e merecem abordagem com medidas preventivas:

- pré-eclâmpsia prévia
- presença de HAC,
- diabetes clínico,
- doença renal crônica,
- lúpus eritematoso sistêmico,
- síndrome antifosfolípide.

Orientações e prescrição para a prevenção de pré-eclâmpsia:

- para a redução de risco: AAS em baixas doses (100mg/dia a partir das 12 semanas até as 34-36 semanas) ver capítulo **5 item 5.1**.

- se no recordatório alimentar realizado na consulta pré-natal for identificado uma baixa ingestão de cálcio elas devem receber suplementação de cálcio (carbonato de cálcio 1,5g/dia a partir do primeiro trimestre e até o parto) **ver capítulo 5 item 5.1**.

- A dieta hipossódica não apresenta evidente benefício 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.

- É útil estimular a prática de atividade física (**capítulo 10**) e desestimular o uso de álcool e o tabagismo.

9.4.5 Diagnóstico precoce

Mulheres com fatores de risco devem ser acompanhadas a cada consulta Pré-Natal com maior atenção aos sinais clínicos que alertam para possível diagnóstico de pré-eclâmpsia como:

- Ganho de peso superior a 500g por semana desde a última consulta, atribuível a edema, particularmente com instalação súbita, generalizado e sem melhora após repouso.

- Aumento relativo dos níveis pressóricos como, por exemplo, o incremento de 30mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 15mmHg na pressão arterial diastólica (PAD).

- Triagem positiva (+ ou mais) de proteinúria de fita (labstix).

- Devem receber orientação para a presença de sinais e sintomas clínicos da doença.

- Os retornos devem ser antecipados segundo achados na consulta.

- Os critérios clássicos que fazem o diagnóstico de pré-eclâmpsia são hipertensão e proteinúria, como já definidos anteriormente, entretanto vale reforçar que estas mulheres devem ser orientadas a identificar os sintomas clínicos de manifestação grave da doença (cefaleia, escotomas, embaçamento visual, epigastralgia, dor no abdome superior direito, náuseas, convulsão, ganho súbito de peso e edema) a cada consulta e retornarem para nova consulta considerando que a evolução da doença para gravidade pode ser imprevisível.

- Na presença de pré-eclâmpsia encaminhar a paciente para a referência de alto risco.

9.4.6 Crise hipertensiva

A crise hipertensiva requer pronta avaliação e apropriado manejo pelo risco de evolução para emergência hipertensiva, que pode ser identificada a partir de

lesão de órgão alvo (insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e descolamento prematuro de placenta).

A PAS ≥ 160 mmHg e PAD ≥ 110 mmHg define uma hipertensão arterial grave e pode ser observada em pacientes com HAC grave ou ser a primeira manifestação clínica de pré-eclâmpsia, exigindo controle com anti-hipertensivos de ação rápida, sem provocar redução intempestiva da pressão arterial que pode provocar hipofluxo uterino. A presença ou ausência de sintomas e os níveis da pressão diastólica definirão a urgência na redução da pressão arterial.

Nas emergências hipertensivas (hipertensão grave com presença de sintomatologia clínica), recomenda-se a utilização de sulfato de magnésio, dose de ataque e controle da pressão arterial grave em até duas horas.

O plano de ação inicial deve conter avaliação global da paciente, privilegiando uma referência lógica de cuidados que pode seguir a conduta “ABC” (airway / breathing / circulation) e venóclise em veia calibrosa, antes da transferência da paciente. Atentar para a condição respiratória da paciente, administrando oxigênio se necessário. Após a abordagem preliminar de urgência na UBS, a gestante deve ser encaminhada para unidade hospitalar, com maior suporte assistencial, para avaliação complementar com terapia adicional, incluindo exame físico detalhado e exame fundoscópico com pupila dilatada. A urgência hipertensiva (hipertensão sem sintomatologia clínica) pode ser tratada com tratamento medicamentoso via oral, aceitando-se o controle da pressão arterial em até 24h, se o quadro não se agravar, sempre em referência hospitalar. Observação: nunca controle em casa.

As opções para tratamento para a hipertensão arterial grave incluem:

- Hidralazina parenteral: o cloridrato de hidralazina é relaxante direto da musculatura arterial lisa, sendo a droga mais utilizada para o tratamento agudo da hipertensão arterial grave na gestação. Dilui-se o conteúdo de 1 ampola (20 mg) em 9 ml de solução salina ou água destilada, administrando-se a dose inicial 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 PAS entre 140 e 150 mmHg e PAD entre 90 e 100 mmHg), 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 configura hipertensão refratária. O efeito hipotensor inicia-se em 15 ou 20 minutos, com duração entre duas e seis horas. Apresenta como efeitos colaterais rubor facial, cefaléia e taquicardia.

- Labetalol parenteral: é um betabloqueador de ação não-seletiva, com efeito alfabloqueador. Não disponível no Brasil, apesar de ser uma excelente escolha em emergência hipertensiva.

- Nifedipina por via oral, os bloqueadores de canal de cálcio, produzem relaxamento da musculatura arterial lisa. A administração, por via oral, nunca sublingual, na dose de 10 mg a cada 30 minutos até completar um máximo de 30 mg.

Está proscrito o uso de nifedina por via sublingual pela dificuldade no controle do ritmo e grau de redução da pressão arterial, com materno e de óbito fetal. Outros efeitos colaterais são a taquicardia, cefaléia e rubor facial. Já se contraindicou seu uso associado com sulfato de magnésio, mas isso tem ultrapassado. Comparação com labetalol sugere superioridade no desempenho da nifedipina.

- Furosemida parenteral: 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.

Orientações:

- A alfametildopa e os betabloqueadores orais não são indicados na crise hipertensiva, pois o tempo para início de ação é superior a quatro/seis 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.

9.4.7 Eclâmpsia

A eclâmpsia é uma emergência obstétrica e clínica. Deve mobilizar toda a equipe da unidade para um pronto e adequado manejo inicial com vistas ao melhor prognóstico materno e perinatal. Em 20% dos casos, a gestante é assintomática previamente, tendo como manifestação inicial a convulsão e/ou coma. Nas demais, a convulsão pode ser precedida por sinais e sintomas de eclâmpsia iminente:

- cefaleia persistente, occipital / frontal / difusa, tipo pulsátil, em pressão, latejante e/ou em agulhada e resistente a analgésico (66%)

- distúrbios visuais - escotomas, borramento visual, diplopia, fotofobia, cegueira cortical (27%)

- dor em quadrante superior direito – (25%)

- hipertensão grave (32%), leve/moderada (20%), normotensa (25%)

- hiperreflexia – clônus

Na ocorrência de convulsões e/ou coma da paciente com pré-eclâmpsia, a mesma deve receber imediatamente o primeiro tratamento para estabilização do quadro (incluindo o sulfato de magnésio – dose de ataque ao menos) e ser removida emergencialmente para o hospital de referência terciária, particularmente se a idade gestacional for pré-termo, após contato prévio.

Mais importante do que interromper uma convulsão já iniciada, que é auto-limitada em princípio, é a prevenção de nova crise durante a fase aguda.

Plano de ação:

Medidas gerais: devem ser adotadas para a minimizar riscos de outras com-

plicações, sendo realizadas simultaneamente as demais providências. É importante que sejam padronizadas, na seguinte ordem:

1. Posicionamento da gestante em decúbito lateral esquerdo e elevado para manutenção das vias aéreas livres (evitar risco de aspiração, se necessário, aspirar secreções).
2. Oxigênio nasal 8 a 10L sob máscara ou cateter para melhorar a oxigenação cerebral.
3. Proteger a mulher para a prevenção de traumas, sem contenção ativa.

Medicação anticonvulsivante:

Sulfato de magnésio:

É a droga anti-convulsivante de escolha, devido a sua efetividade em comparação a outros anticonvulsivantes, reduzindo risco de convulsão em até 70%. Apresenta baixo risco de complicações maternas graves como ausência de reflexo patelar (1,6%), depressão respiratória (1,3%) e necessidade de usar o antídoto (gluconato de cálcio) por parada respiratória (0,2%). A administração da droga na dose de ataque em situação de emergência, na UBS, pronto atendimento ou no transporte, antes da chegada ao hospital de referência, é necessária e segura se forem obedecidas as doses e a forma de administração recomendadas,

No uso continuado (dose de manutenção) do sulfato de magnésio, devem ser observadas as medidas de controle clínico de hora em hora, de maneira sistemática por profissional habilitado, e tem por finalidade permitir o diagnóstico precoce de eventuais sinais de hipermagnesemia. São indicadas para seu uso nas doses de manutenção, incluindo monitorização clínica de:

- volume de diurese/hora (>25ml/h)
- reflexo patelar (presente)
- frequência respiratória (FR) (>16rpm)

Esquemas de uso do sulfato de magnésio

Esquema de Pritchard – misto endovenoso e intramuscular

- Dose de ataque: (indicada principalmente para transferência da gestante com longa distância até a referência)
 - Sulfato de magnésio 4g (quatro ampolas a 10%), EV, lentamente, em 20 minutos.
 - Acompanhado por mais 10 g de sulfato de magnésio a 50% (duas ampolas) divididas em duas aplicações, IM, uma ampola (5g) em cada glúteo, profundamente, pode ser acrescida de 2ml de lidocaína a 2%.
- Dose de manutenção:
 - Iniciada 4 horas após a dose de ataque e deve-se realizar 5g de sulfato de magnésio ou 1 ampola a 50% IM profundo na região glútea repetidas a

cada 4 horas, pode ser acrescida de 2ml de lidocaína a 2% por até 24 horas.

- Manter por 24 horas após a última crise ou parto.
- Realizar controle clínico de diurese por sondagem vesical de demora (>25ml/h), reflexo patelar (presentes ou ausentes), PA, FR (> 16 irpm) a cada hora e imediatamente antes da próxima dose de sulfato de magnésio que deverá ser suspensa se controle clínico inadequado, até que os critérios sejam reestabelecidos.

Esquema de Zuspan: totalmente endovenoso (EV)

– Dose de ataque:

- Sulfato de magnésio 4 g (quatro ampolas a 10%), EV, lentamente, em 20 minutos.

– Dose de manutenção:

- 10 ampolas a 10% em 400 mL de s. glicosada a 5% 1 -2g/h (50 a 100ml/h) por até 24 horas após a última crise ou parto, preferencialmente em bomba de infusão

- Realizar controle clínica de diurese por sondagem vesical de demora (>25ml/h), reflexo patelar (presente), PA, FR (> 16rpm)

Atenção:

– Para evitar uso de doses inadequadas, deve-se estar atento para diferentes concentrações nos produtos comerciais:

- MgSO₄.7H₂O a 50%: uma amp = 10 ml = 5 g
- MgSO₄.7H₂O a 10%: uma amp = 10 ml = 1 g

– Convulsão recorrente: repetir 2g EV (máximo 4g). Na falha, considerar diagnósticos diferenciais.

– Drogas alternativas não são a primeira linha para o manejo da eclâmpsia:

- Fenitoína: eficaz para controle e prevenção de convulsões epiléticas.

– 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.

Tratamento da hipertensão arterial grave:

• Imediatamente após a realização da dose de ataque de sulfato de magnésio, deve-se medir a pressão arterial.

• Na presença de HA grave (PAS \geq 160 mmHg e PAD > 110mmHg), deve-se proceder o controle com descrito anteriormente para hipertensão grave (item 9.4.6).

Manejo clínico fetal:

- Imediatamente após o manejo materno, deve-se avaliar a vitalidade fetal. Pode ocorrer bradicardia fetal durante ou imediatamente após convulsão e, portanto, deve-se repetir a avaliação da frequência cardíaca fetal após estabilização materna.
- A presença de sangramento pode sugerir descolamento prematuro de placenta, que denota risco elevado de comprometimento do bem-estar fetal.

Transferência e transporte da mulher com eclâmpsia

O transporte adequado da mulher eclâmpica até hospital de nível secundário ou terciário é de importância capital para o prognóstico da gestante e do feto. Nessa situação, a gestante deve estar com:

- Vaga confirmada em centro de referência;
- Veia periférica calibrosa cateterizada (evitando-se a hiperhidratação);
- A unidade de transporte deve ser equipada para este fim;
- Sonda vesical, com coletor de urina instalado;
- Pressão arterial controlada (ver medicamentos em crise hipertensiva 9.4.6);
- Dose de ataque de sulfato de magnésio aplicada (4 g de sulfato de magnésio, EV, em 20 minutos mais 10 g de sulfato de magnésio, sendo aplicados 5 g IM em cada nádega). Esse esquema produz cobertura terapêutica por quatro horas e evita os riscos de infusão descontrolada ou iatrogênia de sulfato de magnésio endovenoso durante o transporte. Apenas em condições ideais de transporte, pode-se optar pelo esquema de manutenção endovenoso (descrito acima)
 - O médico deve, obrigatoriamente, acompanhar a mulher durante a remoção;
 - Dispor de gluconato de cálcio a 10%;
 - Deve ser preenchido relatório de encaminhamento o mais detalhado possível, indicando com morbidades e os cuidados prestados.

9.4.8 Hipertensão arterial crônica (HAC)

Mulheres com HAC devem receber medidas de prevenção para redução do risco de pré-eclâmpsia como já citado previamente. Os desfechos e a necessidade de medicação podem ser avaliados durante a primeira consulta de pré-natal, a partir de classificação de HAC segundo os níveis da pressão arterial, o tempo de doença, a utilização regular de medicação anti-hipertensiva e, inclusive, os antecedentes obstétricos de descolamento prematuro de placenta, óbito fetal, restrição de crescimento fetal ou oligoâmnio. Considera-se:

- HAC Leve – PAS \geq 140mmHg e $<$ 150mmHg E PAD \geq 90mmHg e $<$ 100mmHg;
- HAC Moderada – PAS \geq 150mmHg e $<$ 160mmHg E PAD \geq 100mmHg e $<$ 110mmHg;
- HAC Grave – PAS \geq 160mmHg E PAD \geq 110mmHg.

Mulheres com hipertensão arterial crônica leve têm baixo risco de complicações durante a gestação e são candidatas a receber medidas preventivas (AAS e carbonato de cálcio, como descrito anteriormente) e a modificarem o seu estilo de vida (recomendar atividade física e controle do ganho de peso durante a gestação, preferencialmente sob orientação de nutricionista). Não existe evidência científica de que a administração de medicamentos antihipertensivos para essas pacientes reduza riscos perinatais. Potencialmente, o controle rígido da pressão arterial poderia causar prejuízo para a perfusão placentária. Além disso, normalmente a pressão arterial cai na primeira metade da gestação, facilitando o controle da hipertensão mesmo sem medicamentos ou exigindo suspensão dos medicamentos em uso. Aquelas com hipertensão moderada persistente podem se beneficiar do uso de medicação anti-hipertensiva.

As gestantes com HAC grave (PA \geq 160/110mmHg) devem ser medicadas com anti-hipertensivos parenterais (como apresentada para crise hipertensiva) com a finalidade de reduzir os riscos de complicações cardiovasculares e do sistema nervoso central e devem ser imediatamente transferidas para o serviço de referência. 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, que deve ser suspeitada quando o acometimento ocorre em pacientes jovens e principalmente se a hipertensão arterial for resistente à terapia padrão, houver 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.

Avaliação de vitalidade fetal:

Além da avaliação clínica de palpação e altura uterina, recomenda-se a ultrasonografia precoce para estabelecer idade gestacional de certeza (1º trimestre) e o acompanhamento de crescimento fetal e de dopplervelocimetria a partir das 26 semanas. O registro materno diário dos movimentos fetais deve ser orientado e revisado em cada consulta pré-natal a partir da viabilidade fetal ou 26 semanas, salientando para a importância da mudança de padrão na movimentação fetal.

Tratamento anti-hipertensivo:

Para o tratamento medicamentoso, no Brasil a maior experiência clínica é com o uso da alfametildopa que pode ser utilizada nas doses de 750mg a 2,0g / dia. Os bloqueadores de canal cálcio (nifedipina retard, intervalo de 6, 8, 12 ou 24 horas) podem ser utilizados em associação a alfametildopa, particularmente

quando se atinge a dose máxima da primeira (dose total de 20 a 80mg/dia). Os betabloqueadores, potencialmente associados à restrição de crescimento fetal, têm indicação controversa, mas alguns utilizam pindolol nas doses de 05 a 30mg /dia. Existe uma tendência na literatura internacional para o uso do labetalol, não disponível no Brasil. A hidralazina, por via oral, tem baixa efetividade na hipertensão arterial crônica. O controle da Pressão Arterial deve ser monitorado pela mulher (registro de PA) e os níveis pressóricos devem ser mantidos entre PA120/80mmHg.

Os inibidores da enzima de conversão de angiotensina (ECA), os bloqueadores dos receptores de angiotensina e os antagonistas de mineralocorticoide devem ser descontinuados, preferencialmente na pré-concepção e estão proscritos durante a gestação. Diuréticos não devem ser utilizados em gestantes hipertensas com pré-eclâmpsia porque estas gestantes geralmente têm hemoconcentração. A furosemida tem indicação precisa em quadros graves necessitando de redução rápida e acentuada do volume plasmático, como no edema agudo de pulmão.

Em qualquer circunstância, a equipe assistencial não deve resumir a sua atuação apenas ao controle dos níveis pressóricos. Deve classificar o dano endotelial, através da avaliação de lesão de órgãos alvo (sintomas e exames subsidiários) e estar atenta para a sobreposição de pré-eclâmpsia sobre a hipertensão arterial crônica (que piora o prognóstico). Mesmo quando for possível a suspensão dos hipotensores, ou na sua substituição, deve-se manter monitorização dos níveis pressóricos e orientação de sinais e sintomas de gravidade à gestante. O controle de casos graves exige internação hospitalar.

9.4.9 Hipertensão arterial durante a lactação e prognóstico

A paciente necessitará de atenção especial no puerpério, avaliando-se possíveis danos em órgãos-alvos, além de adequação ou otimização do uso de anti-hipertensivos. Mulheres que tiveram pré-eclâmpsia têm maior tendência para desenvolver hipertensão arterial do que as que tiveram gestação como normotensas. A hipertensão recorre 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 cinco semanas pós-parto;
- Elevação precoce da pressão na gravidez.

As drogas anti-hipertensivas estudadas são excretadas pelo leite humano. Mulheres com hipertensão arterial leve a moderada e que desejem amamentar podem suspender a medicação anti-hipertensiva com cuidadoso monitoramento da pressão arterial se os níveis de pressão arterial forem aceitáveis, restituindo a medicação assim que se encerra o período de amamentação, se necessário. No entanto, nenhum efeito adverso de curto prazo foi descrito quan-

to à exposição a metildopa, hidralazina, propranolol e labetalol. Os inibidores de enzima conversora da angiotensina podem ser utilizados no puerpério (captopril 25 a 150mg/dia, por via oral). Diuréticos podem reduzir o volume de leite ou até suprimir a lactação.

9.5 – Hiperglicemia na gestação

A gestação representa a grande oportunidade para detecção de alterações da tolerância à glicose na vida de uma mulher. Seu ambiente hormonal é considerado diabetogênico, propiciando o aparecimento de hiperglicemia. O Brasil é considerado um dos países prioritários para o diagnóstico de hiperglicemia na gestação devido à alta prevalência de diabetes mellitus e de obesidade. A gestação é uma janela de oportunidade para reduzir a presença destas doenças.

A hiperglicemia na gestação inclui casos de Diabetes Mellitus (DM), condição permanente que persistirá após o parto e casos de diabetes mellitus gestacional (DMG) que usualmente regredem após o parto.

Figura 9.1



As complicações da associação entre hiperglicemia e gestação (diabetes mellitus (DM) ou diabetes mellitus gestacional (DMG)) podem incidir no período perinatal, mas também na infância e na vida adulta, com maior risco de obesidade infantil, desenvolvimento de diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares futuras.

Para a mulher, o principal risco é o desenvolvimento de diabetes do tipo 2 no futuro. Estima-se que 50% a 80% das mulheres que apresentaram DMG venham a se tornar diabéticas em 5 a 10 anos.

Os efeitos adversos para a mãe e para o concepto podem ser prevenidos ou atenuados com o diagnóstico e o tratamento adequado que inclui orientação alimentar e atividade física e, quando necessário, uso específico de insulina para que o controle glicêmico adequado seja atingido.

9.5.1 Classificação etiológica do diabetes

O diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da sua insuficiência. É classificado em:

Diabetes Mellitus do tipo 1: cerca de 10% dos casos. Há destruição de células beta que pode levar ao estágio de deficiência absoluta de insulina, exigindo seu uso para prevenir cetoacidose, coma e morte.

Diabetes Mellitus do tipo 2: cerca de 90% dos casos. Há deficiência na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose, com resistência à insulina e defeito na função das células beta, presentes precocemente na fase pré-clínica da doença. Os pacientes não dependem de insulina exógena, porém podem necessitar de tratamento insulínico para obter controle metabólico. A maioria dos pacientes com esse tipo de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose raramente se desenvolve, exceto na presença de outras condições, como infecções.

Diabetes gestacional: é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, que geralmente desaparece no período pós-parto, podendo se repetir nas gestações e retornar como diabetes tipo 2. A estimativa de incidência no Brasil alcança cifras próximas a 18%, quando utilizados os novos critérios propostos para o diagnóstico.

9.5.2 Principais fatores de risco para a hiperglicemia na gestação

Alguns fatores de risco se relacionam a maior prevalência de hiperglicemia na gestação mas não devem mais ser utilizados para rastreamento.

- Idade (aumento progressivo do risco com o aumentar da idade)
- Sobrepeso/obesidade (IMC \geq 25Kg/m²)
- Antecedentes familiares de DM (primeiro grau)
- **Antecedentes pessoais de alterações metabólicas:**
 - HbA1c \geq 5,7% (método HPLC)

- Síndrome dos ovários policísticos
- Hipertrigliceridemia
- Hipertensão arterial sistêmica
- Acantose nigricans
- Doença cardiovascular aterosclerótica
- Uso de medicamentos hiperglicemiantes

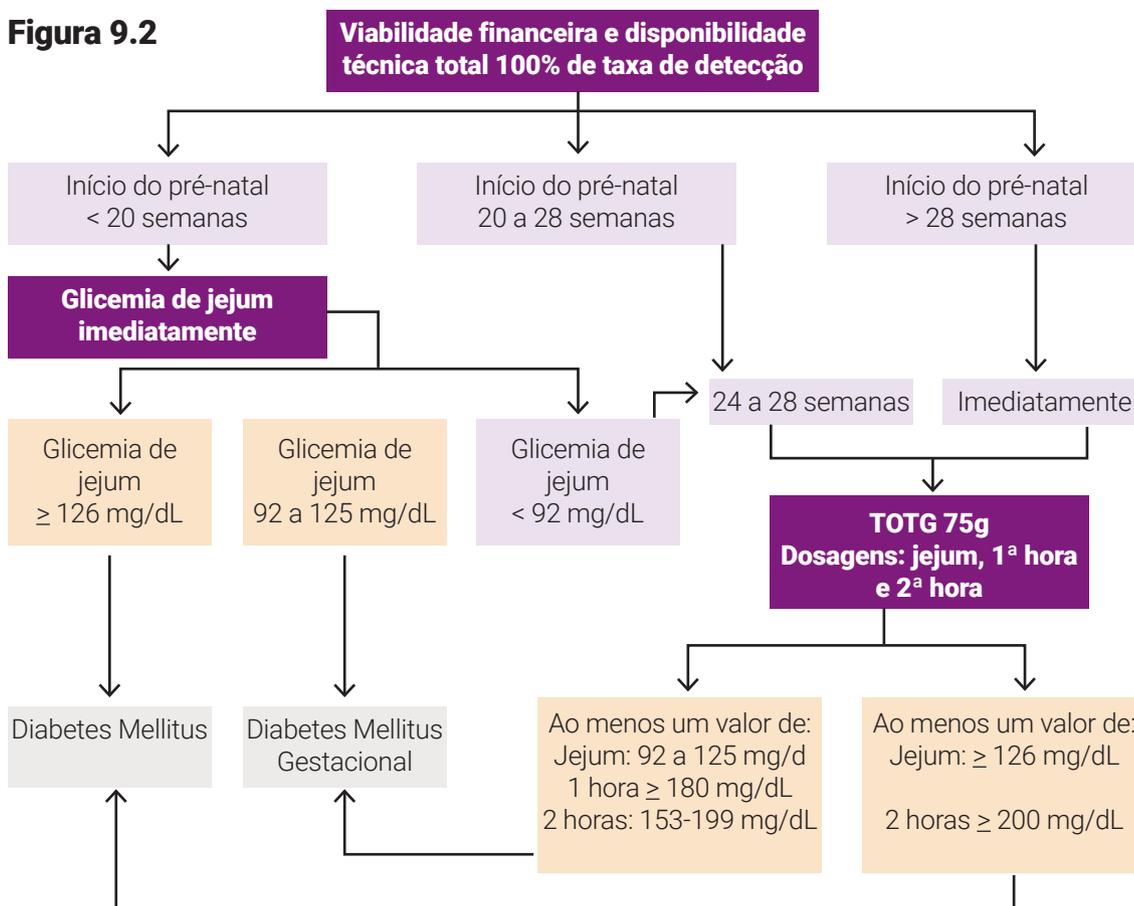
• Antecedentes Obstétricos:

- Duas ou mais perdas gestacionais prévias
- Diabetes Mellitus gestacional
- Polidrâmnio
- Macrossomia (recém-nascido anterior com peso $\geq 4000g$)
- Óbito fetal/neonatal sem causa determinada

9.5.3 Diagnóstico de diabetes durante a gestação: DM e DMG

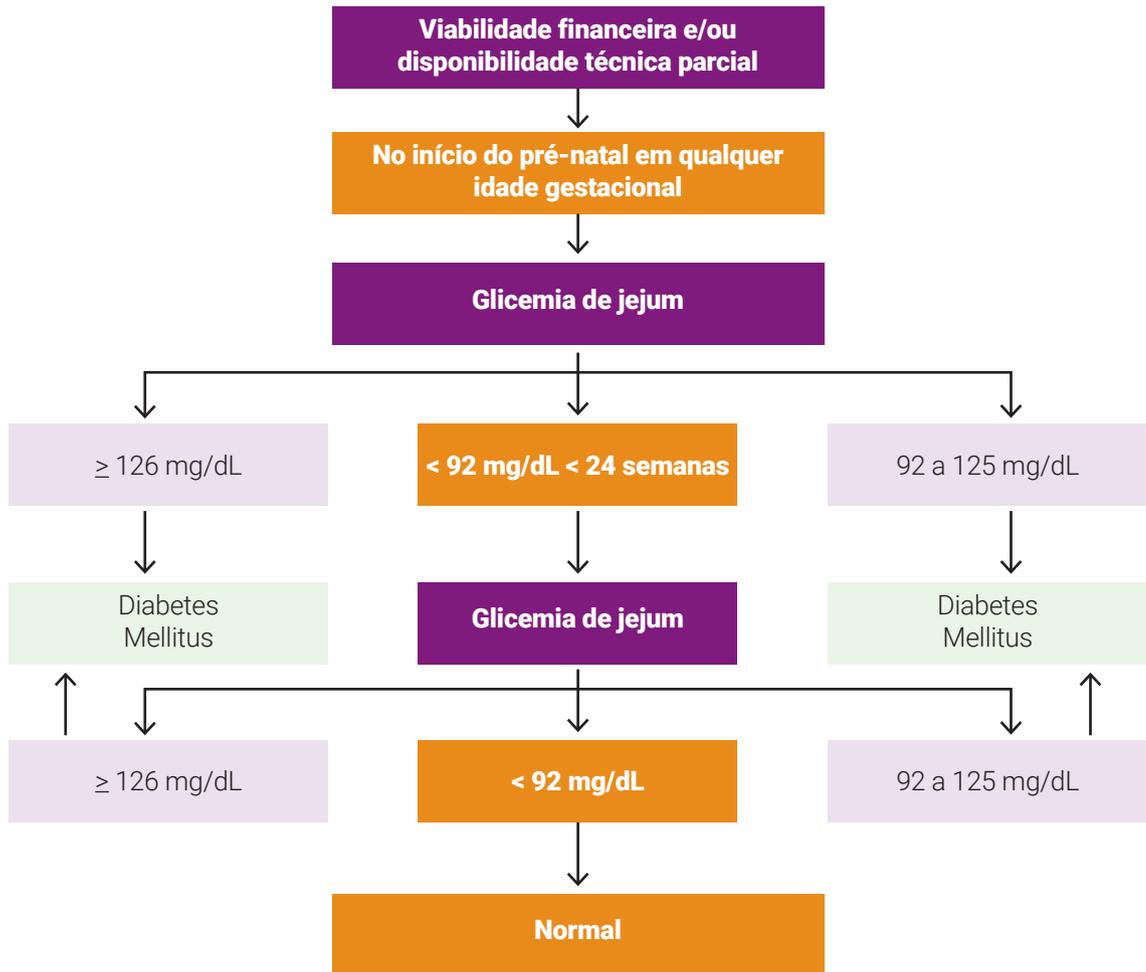
De forma ideal, todas as mulheres devem realizar a glicemia de jejum (até 20 semanas de idade gestacional) para diagnóstico de DMG e de DM diagnosticado na gestação. Todas as gestantes com glicemia de jejum inferior a 92 mg/dL devem realizar o TOTG com 75g de glicose de 24 a 28 semanas. Se o início do pré-natal for tardio (após 20 semanas de idade gestacional) deve-se realizar o TOTG com a maior brevidade possível. Estima-se que assim sejam detectados 100% dos casos.

Figura 9.2



Em situações excepcionais, caso não exista disponibilidade técnica e/ou financeira para realização do TOTG 75 gramas e em casos de cirurgia bariátrica prévia, pode-se utilizar apenas a glicemia de jejum para o diagnóstico de DM ou DMG. Nota-se que neste caso, estima-se que sejam detectados 86% dos casos de DMG.

Figura 9.3



9.5.4 Consequências na gravidez

A associação Diabetes e Gravidez deve ser enfrentada como um relevante desafio de Saúde Pública. Exige, de todos os profissionais envolvidos no atendimento pré-natal, a capacitação adequada para atuar de forma sistematizada, reconhecendo precocemente e não adiando intervenções necessárias.

As consequências em longo prazo do DM (tipo 1 e tipo 2) 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. Em pacientes com diabetes tipo 1, a HAC geralmente é decorrente de nefropatia prévia. Em diabéticas tipo 2, a hipertensão associada integra, com obesidade e hiperlipidemia, a síndrome plurimetabólica. Para pacientes portadoras de DM (tipo 1 ou tipo 2), a retinopatia diabética pode ser agravada pela gestação e a nefropatia é uma das principais causas de insuficiência renal crônica. A cetocidose diabética, embora pouco frequente, constitui causa de morte materna.

As gestantes com DM ou DMG apresentarão maior prevalência de pré-eclâmpsia, maior ganho ponderal, infecções do trato urinário, vulvovaginites, infecção puerperal e óbito. A associação frequente entre DM do tipo 2 e DMG e obesidade deve alertar a equipe para valorizar a avaliação do estado nutricional (**ver Capítulo 6, item 6.2**), visto que a obesidade vem aumentando de incidência na nossa população, com diversos danos relacionados.

Para o feto e recém-nascidos, os problemas descritos incluem:

1) Relacionados ao controle glicêmico inadequado no período pré-concepcional ou no início da gestação:

- Abortamento;
- Anomalias congênitas cardíacas (defeitos do septo ventricular, transposição dos grandes vasos e persistência do canal arterial), do sistema nervoso central, gastrointestinal, geniturinário e musculoesquelético;
- Restrição do crescimento fetal, complicação de gestações em mulheres diabéticas com vasculopatia;
- Óbito fetal, relacionado frequentemente à ausência de triagem pré-natal para o diabetes, demora no diagnóstico ou adoção tardia de cuidados.

O aconselhamento pré-concepcional (**capítulo 3**) tem um papel marcante na prevenção de complicações, especialmente na redução do risco de malformações fetais, pois, nesse momento, orienta-se a mulher, priorizando-se que engravide quando for alcançado um controle metabólico satisfatório.

2) Relacionados ao controle glicêmico inadequado no período pré-concepcional ou no início da gestação (DMG, DM tipo 1 e tipo 2):

- Complicações neonatais como hipoglicemia, policitemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia;

- Prematuridade espontânea, relacionada com o mau controle glicêmico, com maior incidência de polidrâmnio, macrosomia e infecções, principalmente do trato urinário e prematuridade eletiva, relacionada à resolução precoce da gestação em algumas situações específicas com o objetivo de melhorar o prognóstico materno e/ou fetal;
- Síndrome do desconforto respiratório, mais frequente em recém-nascido de gestantes com controle irregular de sua glicemia;
- Mortalidade perinatal.

9.5.5 Conduta inicial no diabetes durante a gestação

Feito o diagnóstico de diabetes na gestação (DM ou DMG), a mulher deve ser encaminhada para uma unidade de referência para gestação de alto risco para acompanhamento do pré-natal. Alguns exames laboratoriais complementares são necessários 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.
- Proteinúria de 24 horas ou microalbuminúria.

Para DM1 e DM2

- TSH.
- Hemoglobina glicada inicial para avaliar risco de malformação fetal.
- Urina tipo I (para verificar infecção urinária, proteinúria, corpos cetônicos, glicosúria) e urocultura.
- Ultrassonografia obstétrica no primeiro trimestre para determinação da idade gestacional; e ultrassonografia morfológica, entre 18 e 24 semanas, para rastrear malformações fetais. Nos casos de DM1 e DM2, complementar com ecocardiografia fetal com 24 a 28 semanas.

} Para DM1 e DM2

As gestantes com diagnóstico de diabetes devem ser sempre acompanhadas conjuntamente pela equipe da atenção básica e pela equipe do pré-natal de alto risco. É fundamental manter controle metabólico adequado, o que pode ser obtido com terapia nutricional (princípios básicos de uma alimentação saudável, com controle de 25 a 30 cal/kg de peso, em 5 refeições diárias), realização de atividade física regular aeróbica moderada e de baixo impacto (caminhadas de 30 minutos, pelo menos 3 vezes por semana), associados ou não à insulino-terapia. Essas orientações 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. Pode ter gestação normal e ter fetos saudáveis, desde que sejam tomadas as seguintes precauções:

1. Para pacientes que já se sabem diabéticas: Planeje a gravidez e atinja controle glicêmico previamente (hemoglobina glicada < 6 mg%) – importância da 7a e 8a semanas da concepção (fase embrionária), quando ocorre a organogênese.

2. Controle rigorosamente o nível de glicose no sangue antes da gestação;
3. Detecte precocemente os fatores de risco, evitando suas complicações;
4. Adote, de forma sistemática, hábitos de vida saudáveis (alimentação balanceada e controlada, prática de atividades físicas regulares);
5. Mantenha controle rigoroso da glicemia no pré-natal utilizando tiras reagentes e medidor eletrônico de bolso, a ser fornecido pela UBS.
6. Consulte regularmente o médico para adequar a dosagem de insulina, variável durante o período gestacional (menor quantidade no início, com tendência ao aumento no decorrer da gestação).

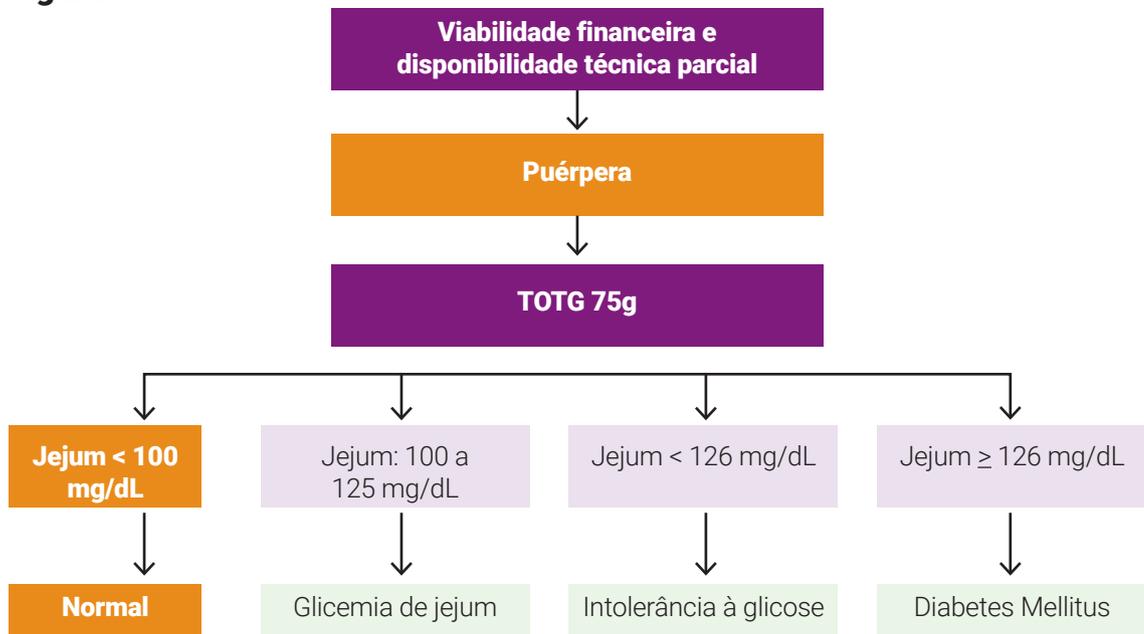
Os hipoglicemiantes orais não estão liberados pela ANVISA para uso na gestação, embora estudos mais recentes não confirmem maior risco de malformações congênitas com seu uso na gravidez. A insulina permanece como terapia de primeira linha no controle do diabetes se o controle nutricional e a atividade física não são suficientes. Deve ser mantida em todas as pacientes que dela já faziam uso e iniciada em diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes, ou em diabéticas gestacionais que não obtêm controle satisfatório com a dieta e os exercícios físicos. Os ajustes de doses são baseados no monitoramento da glicemia com fitas para leitura visual em medidor glicêmico eletrônico.

9.5.6. Orientação puerperal

No puerpério, especialmente se a mulher estiver amamentando, há redução significativa das necessidades de insulina. Pacientes diabéticas do tipo 1 devem ter a dose de insulina reduzida para os valores prévios a gestação ou para 50% da dose ao final da gestação e orientadas quando ao risco de hipoglicemia durante a amamentação.

Pacientes com diabetes do tipo 2 podem retornar ao uso de hipoglicemiantes que utilizavam previamente pois são seguros durante a amamentação (inclusive a metformina).

Mulheres que apresentaram DMG deverão ter toda a medicação suspensa e devem retornar à dieta geral, porém necessitam realizar reavaliação de seu estado glicêmico seis semanas após o parto. Pelo menos a metade do grupo de mulheres que tiveram diabetes mellitus gestacional tornam-se diabéticas em um período de cinco anos após o parto. Para todas as gestantes com diagnóstico de DMG, recomenda-se reavaliação com teste de sobrecarga de 75 gramas, seis semanas após o parto, época na qual o metabolismo apresenta a condição prévia da gestação.

Figura 9.4

A orientação nutricional e adoção de estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercícios e o controle de peso corporal são medidas essenciais para as pacientes que apresentaram DMG e para aquelas que foram reclassificadas como intolerantes a glicose, portadoras de glicemia de jejum alterada ou diabetes mellitus. As mulheres que apresentarem resultados normais ou intolerantes ao teste de sobrecarga, devem ser aconselhadas a repetirem anualmente esta pesquisa, pelo risco considerável de se tornarem diabéticas. Também é importante rastrear no pós-parto as mulheres que tiveram fetos macrossômicos ou poli-drâmnio, não diagnosticadas durante o pré-natal, além daquelas com óbito fetal inexplicado.

9.6 – Hepatite B

A infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) é transmitida através da via sexual, contato com sangue contaminado e pela transmissão vertical (na gestação ou no parto). 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 que não receberam profilaxia e foram contaminados desenvolvem a forma crônica da doença e podem, no futuro, apresentar suas complicações, tais como cirrose e carcinoma hepatocelular.

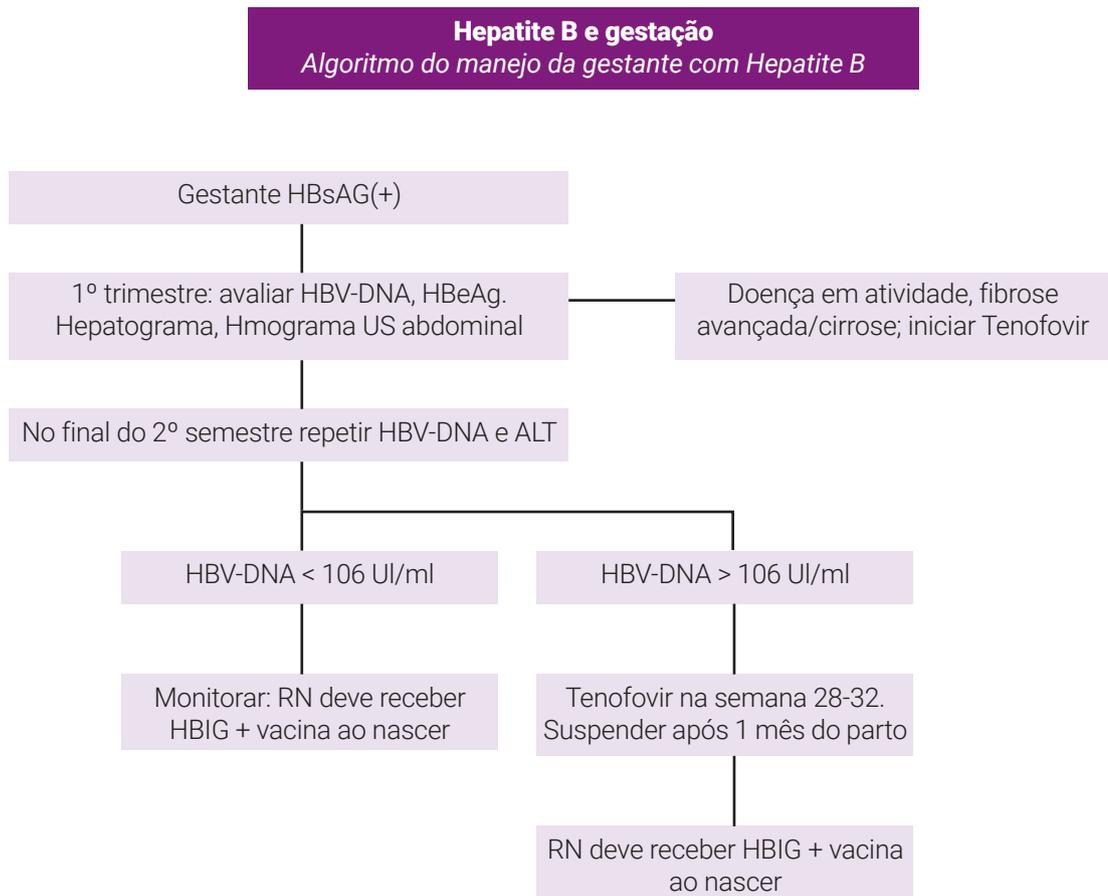
Com o objetivo de prevenir a transmissão vertical da hepatite B, recomenda-se triagem sorológica durante o pré-natal, por meio do HBsAg – antígeno de superfície do VHB. Caso se detecte a presença de HBsAg, há risco de transmissão vertical. Deve-se contatar a maternidade para que planejem a disponibilidade de imunoglobulina hiperimune para hepatite B para ser administrada nas primeiras 12 horas de vida e no máximo até o 7º dia do recém-nascido (disponível nos

CRIE-Centro de Imunobiológicos Especiais), associada à imunização ativa através da vacina contra hepatite B. As gestantes com HBsAg reagente e HBeAg não reagente, deverão realizar uma avaliação de carga viral do HBV (PCR) no início do pré-natal e ao redor das 28 semanas. Se HBV-DNA > 10⁶ UI/mL, deverão receber tenofovir 300mg/d (um comprimido), a partir das 28-32 semanas até 30 dias após o parto, para redução da carga viral e aumento da eficácia da profilaxia com vacina e HBIg. As gestantes com HBsAg e HBeAg reagentes (marcador de replicação viral), deverão receber tratamento para reduzir a carga viral, que já se espera ser elevada.

A vacina para a hepatite B está recomendada na gestação para todas as pacientes com resultado HBsAg não reagente, podendo ser administrada em qualquer trimestre. Se a gestante for exposta ao HBV em qualquer idade gestacional, deverá receber associação de vacina e imunoglobulina hiperimune (HBIg).

Não há recomendação de orientação específica para via de parto. Gestantes que não foram triadas para HBsAg no pré-natal, devem ser triadas no momento do parto, com sorologia por teste rápido, se disponível, ou por imunoensaio. 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.

A vacinação contra hepatite B de todos os nascidos vivos, preferentemente nas primeiras 12 horas e até 24 horas de vida nas maternidades é obrigatória no Estado de São Paulo. As crianças filhas de mães HBsAg vacinadas nas primeiras horas de vida devem receber doses subsequentes da vacina, com um e seis meses, conforme esquema básico de vacinação. Nesta situação específica, é necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs na criança 1 a 3 meses após a terceira dose da vacina.

Figura 9.5 – Algoritmo de conduta na gestante com HBV

9.7 – Hepatite C

Apesar de não existir imunoprofilaxia ou intervenção medicamentosa que possa prevenir a transmissão vertical da hepatite C, recomenda-se realizar a sorologia em gestantes com fator de risco: infecção pelo HIV, uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, hemodiálise, elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente, e profissionais de saúde com história de acidente com material biológico. Nas gestantes com sorologia reagente, deve ser realizado o teste de biologia molecular (PCR) em serviços de referência para comprovar se a gestante é infectante. Naquelas com PCR positivo (minoria), estima-se risco de 3-5% de transmissão. As gestantes com sorologia reagente e PCR negativo não são infectantes e não há risco de infecção vertical (para o recém-nascido).

9.8 – Toxoplasmose

A toxoplasmose, causada pelo *Toxoplasma gondii* (TG), adquire especial relevância quando infecta a gestante, em face do risco de acometimento fetal. Entre as consequências da infecção aguda na gravidez, incluem-se a restrição de cres-

cimento intra-uterino, morte fetal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita (microftalmia, lesões oculares, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcificações cerebrais). Não existem estudos randomizados avaliando a eficácia do tratamento. Estudos observacionais sugerem que o tratamento iniciado precocemente reduziria a transmissão vertical e sequelas neurológicas graves e morte neonatal. Assim, recomenda-se a realização da triagem sorológica se a gestante não tem confirmação de infecção previamente.

DIAGNÓSTICO:

O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes susceptíveis, que devem ser orientadas sobre adoção de medidas preventivas para infecção aguda através de cuidados higienodietéticos. Outro objetivo é a detecção da soroconversão, que reflete infecção aguda, visando iniciar terapia para reduzir a morbidade fetal, além de orientar confirmação de infecção intra-útero por procedimentos invasivos.

A maioria dos casos de toxoplasmose aguda na gestante acontece sem sintomas ou com sintomas inespecíficos. Esta 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. Nas gestantes soronegativas no início do pré-natal, a repetição da sorologia (IgG) no 2º e no 3º trimestre poderá confirmar a soroconversão.

Anticorpos IgM começam a ser produzidos uma a duas semanas após a infecção aguda por toxoplasmose, podendo permanecer identificáveis por mais de um ano, enquanto o anticorpo IgG é detectado cerca de 4 semanas após a infecção e pode permanecer positivo definitivamente. Assim, o diagnóstico de toxoplasmose aguda pode ser feito quando uma sorologia IgM e IgG negativa torna-se positiva no acompanhamento pré-natal ou quando um teste inicial detecta IgM positivo e IgG negativo mas, repetido 2-4 semanas após, demonstra IgM positivo e IgG positivo (soroconversão). Caso o segundo teste se mantenha com IgM positivo e IgG negativo, trata-se de um resultado falso-positivo – **Quadro 9.2.**

Porém, na triagem sorológica pode-se encontrar teste inicial com o resultado IgM e IgG positivos (entre 1-5% dos casos). Nesses casos, pode-se estar diante de uma infecção recente (aguda) ou de uma infecção antiga. Para elucidação diagnóstica, deve ser realizada, idealmente na mesma amostra, um teste de avididade da IgG. A avididade da IgG numa sorologia com IgM e IgG reagentes pode ser definidora do diagnóstico se a amostra for colhida antes das 16 semanas e o resultado mostrar alta avididade (> 60%). Nesse caso, considerar como infecção não-

-recente e continuar o seguimento pré-natal normal. Se o teste de avidéz não for acessível, pode-se optar por iniciar espiramicina, embora 90% destas situações não se confirmem como infecção recente. Se avidéz intermediária (30-60%), deve-se repetir o teste de avidéz em duas semanas.

A identificação de avidéz baixa (entre 0,30 a 0,20, a depender do kit) deve ser interpretada como infecção recente (há menos de 16 semanas). Gestantes de até 16 semanas de gravidez que apresentem IgM e IgG positivos, com baixa avidéz da IgG, serão classificadas como infecção aguda. Na presença de anticorpos IgG positivos e IgM negativos considera-se a gestante provavelmente imune. Recomenda-se continuar seguimento pré-natal normal, orientam-se medidas profiláticas e repete-se a sorologia trimestralmente — **Quadro 9.2**. Daí a importância do rastreio para toxoplasmose na primeira consulta de pré-natal, o mais precoce possível e que o retorno para a avaliação dos resultados seja breve.

Quadro 9.1 – Interpretação de resultados dos exames de IgG e IgM para toxoplasmose e interpretação

IgG	IgM	Interpretação
Não reagente	Não reagente	Gestante suscetível (nunca foi infectada) - orientar profilaxia
Reagente	Não reagente	Gestante com infecção prévia
Reagente	Reagente	Pode ser infecção recente ou antiga – realizar teste de avidéz de IgG
Não reagente	Reagente	Infecção recente ou IgM falso positiva – repetir em 15 dias para buscar conversão da IgG

Na soroconversão confirmada, diagnostica-se infecção recente materna e deve-se iniciar o uso de espiramicina na dose de 1 g ou 3.000.000 UI (cada comprimido = 500mg ou 1.500.000 UI) de oito em oito horas, até o final da gestação. Nos casos suspeitos de infecção aguda materna (1ª amostra IgG e IgM reagentes e avidéz IgG baixa), recomenda-se iniciar a espiramicina 1g oral de 8/8h e encaminhar a gestante para avaliação de infecção fetal. Como a eficácia da espiramicina em reduzir morbidade da toxoplasmose congênita parece ser maior se utilizada nas primeiras 4 semanas de infecção materna, seu uso deve ser iniciado assim que for identificada avidéz de IgG baixa, diante de uma sorologia com IgM positivo.

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 amnió-

tico pela reação da polimerase em cadeia (PCR) no líquido amniótico, que pode ser realizado a partir da 16ª semana de gestação, em serviços de referência. O exame ecográfico diagnostica as complicações graves da infecção congênita, como hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite fetal e alterações de ecotextura hepática e esplênica.

Se o feto estiver acometido (alteração ecográfica ou PCR+), deve-se instituir o tratamento tríplice materno: pirimetamina, 25 mg de 12/12 horas por via oral; sulfadiazina, 3 g/dia, via oral, divididas em duas tomadas e ácido fólico, 5 mg/dia para prevenção de pancitopenia e aplasia medular causada pela sulfadiazina. O tratamento tríplice 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. Se o diagnóstico for efetuado após 30 semanas, apenas o tratamento triplo será realizado.

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 infectopediatra, 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 também 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 pазinha.
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração não deixando que estes ingiram sua caça.
- Lavar bem as mãos após contato com os animais.

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), no primeiro ano pós-infecção, compatível com a doença recente. Após, torna-se assintomática pararetoronar, anos depois, na forma terciária (tubérculos ou gomas, tabes dorsalis, aneurisma aórtico, artropatia de Charcot) ou permanece na forma latente. Diferente de outras infecções, não se desenvolve imunidade ao treponema e, portanto, múltiplas infecções podem ocorrer na mulher.

Quanto mais recente 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% na doença recente (menos de um ano de duração). As manifestações clínicas podem incluir abortamento precoce, recém-nascidos sintomáticos e natimorto. Entretanto, o nascimento de crianças assintomáticas é o quadro mais comum.

A sífilis congênita recente ou tardia é um agravo de notificação compulsória e é considerado um evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, em razão da efetiva redução da transmissão transplacentária com o tratamento, acessibilidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/ terapêutico. A sífilis na gestante também é doença de notificação compulsória durante o pré-natal. Idealmente deve ser diagnosticada no 1º trimestre para que o tratamento seja realizado nas primeiras 16-20 semanas, para que se reduza o risco de lesões da doença congênita provocadas pela resposta imunológica do feto ao treponema. Importante tratar o parceiro sexual para evitar a reinfecção da gestante, que pode ocorrer, muitas vezes, no final da gestação.

Quadro 9.2 – CLASSIFICAÇÃO DA SÍFILIS

SÍFILIS	TEMPO DE EVOLUÇÃO	FASE
Adquirida recente	< 1 ano	primária, secundária e latente recente
Adquirida 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

Triagem da gestante:

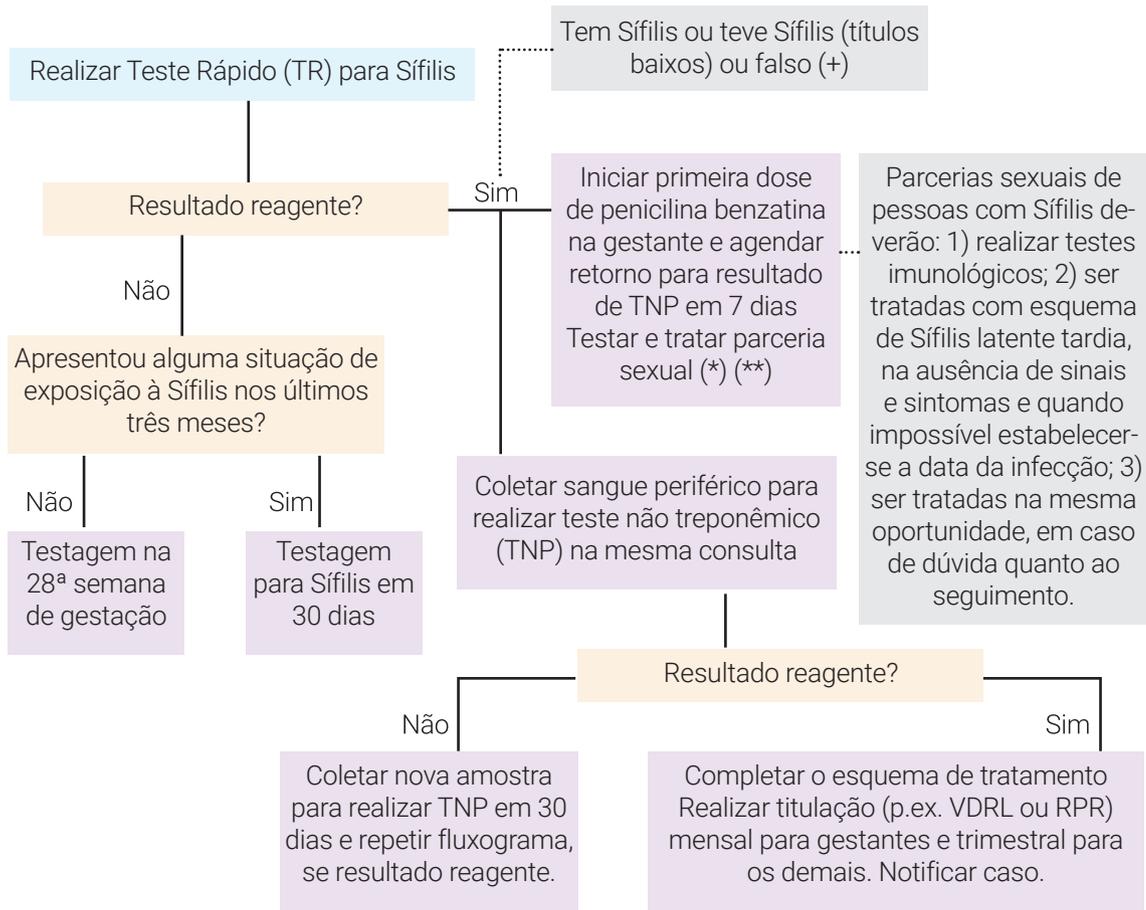
Deve-se realizar triagem rotineira das gestantes, duas vezes na gestação (início do pré-natal e entre 28-30 semanas) e no momento da internação hospitalar, seja para parto ou após-abortamento. Recomenda-se a triagem inicial com teste treponêmico (teste rápido idealmente, ou imunoensaios), seguido por testes não treponêmicos (VDRL ou RPR) para seguimento se teste treponêmico for reagente. A realização dos testes no início do terceiro trimestre para identificação de

novas infecções durante a gestação permite que o tratamento materno seja instituído antes dos 30 dias que antecedem o parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero. Pode-se também optar pela realização de teste não-treponêmico, seguido por treponêmico na triagem sorológica. No entanto, a utilização de testes teponêmicos iniciais, que tem positividade precedendo a dos testes não treponêmicos, permite instituir o tratamento mais precocemente. Por outro lado, após a infecção materna, estes testes permanecem reagentes. Portanto, não se prestam para diagnóstico de reinfecção.

Os testes treponêmicos são FTA-Abs (Fluorescent Treponema Antigen Absorbent), TPHA ou MHATp (Micro- hemoaglutinação para *Treponema pallidum*), Elisa e testes rápidos de cromatografia. Os testes não-treponêmicos mais utilizados são o VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e o RPR (Rapid Plasm Reagin). Os testes teponêmicos positivam após 3 semanas da infecção. O VDRL, bastante utilizado para diagnóstico, 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 com a instituição do tratamento até a negatização se for instituído no primeiro ano, Mas podem permanecer baixos e estáveis por longos períodos após tratamento tardio adequado. Os testes treponêmicos, uma vez positivados, não se negatizarão. Portanto, não são utilizados para seguimento de cura ou reinfecção e deve-se utilizar o VDRL com títulos mensuráveis para esses fins.

Quando o teste rápido for utilizado como triagem e resultar reagente, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico. Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste. Recomenda a realização do teste confirmatório (treponêmico: TPHA ou FTA-Abs), na mesma amostra, quando o teste não treponêmico for reagente (VDRL ou RPR), em qualquer titulação. Abaixo são apresentados os fluxogramas para diagnóstico da sífilis na gestação, conforme o tipo de testes utilizado:

Figura 9.6 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório.¹



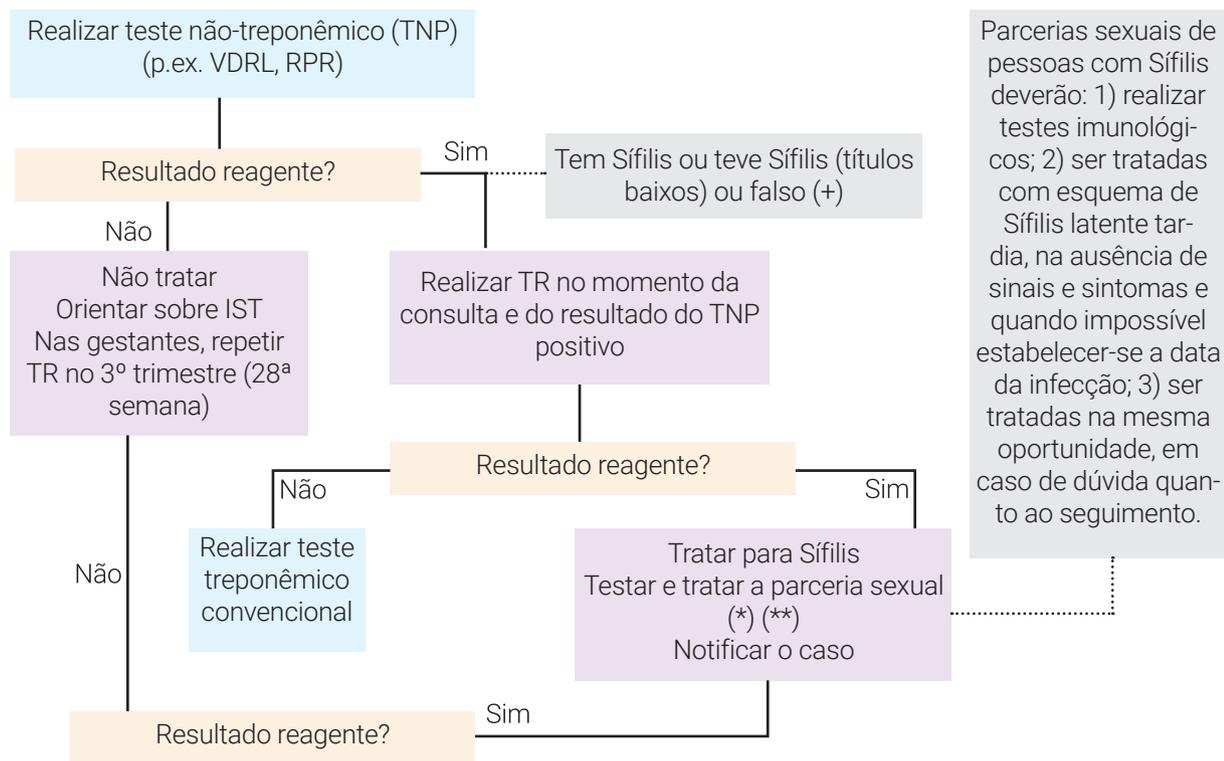
(1) No caso de discordância entre os testes (TR treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente), pode ser realizado outro teste treponêmico com metodologia diferente do 1º teste treponêmico realizado.

(2) São consideradas exposições à sífilis as seguintes situações: mais de um parceiro sexual no último ano, parceiro sexual vulnerável, parceiro sexual com mais de uma parceria. São considerados vulneráveis gestantes e parceiros sexuais em situação de rua, privadas(os) de liberdade, uso de drogas, entre outras.

(3) As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina G benzatina intramuscular (2.400.000 UI).

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Figura 9.7 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico inicial com teste rápido confirmatório.¹



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Observação: É preconizada a realização de dois testes para a sífilis durante o pré-natal, no entanto, pode ser benéfico à realização de três testes: 1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre, devido:

1. o tratamento da gestante e do parceiro sexual que deve, preferencialmente, ser iniciado até a 20ª semana de gestação;
2. a gestante que se infectar durante a gravidez, após a realização do primeiro teste para sífilis no 1º trimestre, poderá apresentar elevada treponemia e a criança será mais gravemente afetada (parto prematuro, natimorto, óbito neonatal);
3. a gestante que realizar o teste para sífilis no final do 3º trimestre pode não ter tempo suficiente para realizar o tratamento de forma adequada;

Conduta frente aos resultados: (**Ver item 6.2.**)

- Teste rápido ou enzimático negativo, sem VDRL: afasta sífilis
- Teste rápido ou enzimático positivo e VDRL não reagente: Pode ser fase bem inicial da sífilis. ou tardia. Na impossibilidade em estabelecer a data da infecção, tratar com esquema para sífilis latente tardia.
- Teste rápido ou enzimático positivo e VDRL reagente (qualquer título): investigar história e antecedentes.
 - Se a história for ignorada, gestante e parceiro devem ser imediatamente tratados como sífilis latente indeterminada (esquema para sífilis tardia)
 - Se VDRL com títulos elevados após tratamento ou com títulos elevando após tratamento adequado prévio, interpretar como reinfeção. Tratar a gestante e parceiro como sífilis primária, na impossibilidade em estabelecer a data da infecção, tratar com esquema para sífilis latente tardia.
- 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.

Tratamento da sífilis na gestação

O tratamento depende da fase da sífilis. Para o controle de cura, indica-se a realização do VDRL após 30 dias do término do tratamento.

Quadro 9.3 – Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em gestante e seguimento pós-tratamento.

Sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano do contato) ^{§, #}		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 2 semanas Dose total: 4,8 milhões UI, IM	Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	Mensal, com testes não-treponêmicos
Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) ou latente com duração ignorada ou sífilis terciária		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	Mensal, com testes não-treponêmicos

Nota: & Embora o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde recomendem 2,4 milhões UI de penicilina benzatina, o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, seguindo sugestão do CDC e protocolo do Canadá, recomenda 4,8 milhões UI para mulheres grávidas com sífilis primária, secundária e latente recente, visto que, alguns estudos sugerem que a dose terapêutica pode não manter níveis séricos em tempo suficiente para o ciclo do treponema.

As doses recomendadas para mulheres portadoras de HIV devem ser as mesmas do que para as demais.

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 1/128 para 1/32.

- O parceiro sexual deve sempre ser testado e tratado (se sorologia reagente ou sorologia não realizada);

- 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 VDRL (ex.: de 1/2 para 1/8);

- As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização em ambiente hospitalar. Na impossibilidade, deve ser administrado Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, uma vez por dia, durante 8 a 10 dias. O uso dessa droga exige estreita vigilância pela menor eficácia; o feto não será considerado tratado;

- 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. Quando não for possível a realização da punção lombar, deve ser instituído tratamento para neurosífilis;

- Notificar a sífilis materna (e a forma congênita) 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 IST e a infecção pelo HIV. Caso a infecção pelo HIV tenha sido adquirida recentemente, a sorologia pode mostrar negativa; repetir após dois meses, pela possibilidade da “janela imunológica”.

- Orientar sobre o sexo seguro, com o uso de preservativo (masculino ou feminino), em todas as relações sexuais.

Parcerias sexuais de pessoas com sífilis*

- Realizar testes imunológicos;

- Tratar com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível se estabelecer a data da infecção;

- Tratar na mesma oportunidade, em caso de dúvida quanto ao seguimento.

* Parceiro sexual de gestante com sífilis recente, com provas sorológicas não reagentes, o tratamento deve ser realizado presumivelmente, com esquema para sífilis recente, se o parceiro sexual foi exposto nos últimos 90 dias (ele pode estar em período de janela). Os parceiros sexuais expostos há mais de 90 dias deverão ser avaliados clínica e laboratorialmente e tratados conforme achados diagnósticos ou, na ausência de sinais e sintomas e na impossibilidade de estabelecer a data da infecção, deverão ser tratados com esquema para sífilis latente tardia.

É considerado tratamento adequado da sífilis na gestante:

- Tratamento completo e documentado, adequado ao estágio da doença, feito com Penicilina G Benzatina;
- Tratamento instituído, pelo menos, antes dos 30 dias que antecedem o parto;
- Parceiro sexual com sífilis tratado concomitantemente;
- Gestante ter apresentado queda de duas titulações em sorologia não-treponêmica (VDRL ou RPR) ou títulos estáveis de sorologia não-treponêmica, se o título inicial for menor ou igual a 1:4.

9.10 – Infecção do trato urinário (ITU)

Infecção comum em mulheres jovens, 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 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. Embora a bacteriúria assintomática seja a mais frequente, infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites) e superior (pielonefrite). Assim, a ingestão de grande quantidade de líquidos deve ser recomendada, assim como não postergar a micção. A infecção urinária por EGB deve ser considerada marcador de risco de infecção neonatal por EGB e toda gestante deve ser tratada da infecção urinária e também receber antibiótico profilático para infecção neonatal durante o trabalho de parto.

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100.000 colônias/mL. Se não tratada, 25% das mulheres desenvolverão sintomas e progressão para pielonefrite. Outras complicações são trabalho de parto prematuro (TPP) e anemia. 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 em outras situações clínicas, a bacteriúria assintomática durante a gravidez deve ser tratada. O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura sete dias após o término do tratamento. O tratamento pode ser realizado, preferencialmente guiado pela suscetibilidade no antibiograma, com um dos seguintes esquemas terapêuticos:

Quadro 9.4 – Tratamento de Infecção do Trato Urinário Inferior

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 6/6 h, por 7 a 10 dias
Nitrofurantoína	400 mg/dia	Via oral	100 mg	Um comprimido de 6/6 h, 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 6/6 h, por 7 a 10 dias

CISTITE

É caracterizada pela presença de sintomas clínicos como disúria, polaciúria e urgência urinária. A análise do sedimento urinário evidencia, geralmente, leucocitúria e hematuria, além do grande número de bactérias e presença de nitrito em fita de diagnóstico. 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 sete dias após o término do tratamento. Na presença de duas infecções do trato urinário baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100 mg/dia até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis semanas.

PIELONEFRITE AGUDA

É uma das complicações mais comuns e mais sérias durante a gestação, ocorrendo em 1% a 2% das gestantes. 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.

Clinicamente, a sintomatologia é evidente, com febre alta, calafrios e dor na loja renal (Sinal de Giordano), além da referência pregressa de sintomas de infecção urinária baixa. A presença de náuseas e vômitos, além de taquicardia, dispnéia e hipotensão, podem sugerir evolução para quadro séptico. O tratamento inicial deve ser hospitalar. Na suspeita de pielonefrite, a gestante deve ser encaminhada para o hospital de referência. O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura sete dias após o término da antibioticoterapia. Após o tratamento de pielonefrite, a mulher deve ingerir nitrofurantoína 100mg/dia até o final da gestação.

9.11 – Infecção por HIV

O diagnóstico durante a gestação, ou mesmo 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, repetido entre 28-30 semanas e no parto (ver capítulo 6, item 7 desse manual). Independentemente de ter sido realizada a sorologia para o HIV durante o pré-natal, na admissão à maternidade, sempre deve ser ofertado o teste rápido para o HIV.

Conduas diante do diagnóstico de infecção por HIV na gestação:

- Prestar 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;
 - Encaminhar a gestante para Unidade de Referência.
 - Continuar o acompanhamento da gestante encaminhada, com atenção para a adesão às recomendações/prescrições.

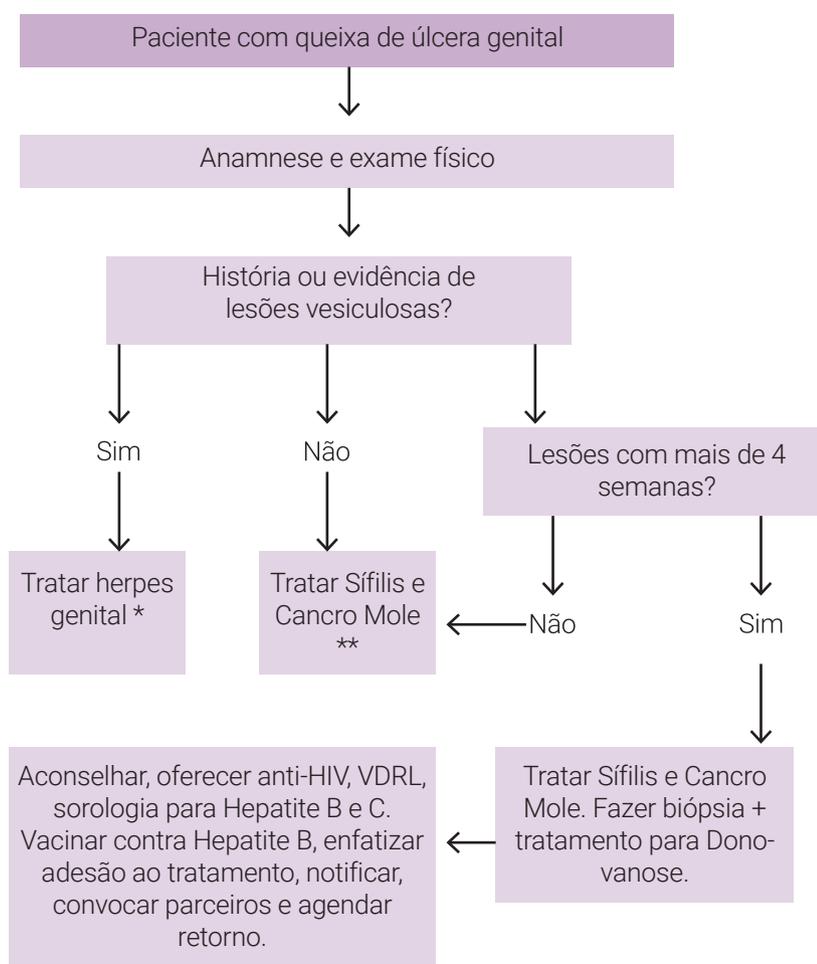
Observação: para informações detalhadas, consultar o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites, do Ministério da Saúde (2015).

9.12 – Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 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. Podemos agrupar as DST em síndromes:

1. **Síndrome de úlcera genital:** presença de lesão ulcerada em região anogenital, de causa não traumática, única ou múltipla, podendo ser precedida por lesões vesiculosas. Além da sífilis primária, pode se tratar de cancro mole e herpes genital principalmente. A causa mais comum é o herpes genital, com lesões ulceradas rasas e dolorosas, precedidas de vesículas. Sua manifestação clínica no momento do parto contra-indica parto vaginal.

Figura 9.8 – Fluxograma de 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 soroprevalência de Herpes for igual ou maior que 30% na região, deve-se tratar Herpes concomitantemente à Sífilis e Cancro Mole.

- **Herpes:** o tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, deve ser feito nos casos de primo-infecção ou em recorrências, para reduzir duração do episódio. — aciclovir 400 mg, VO, de 8/8h, durante sete a dez dias. Também se indica supressão viral para reduzir a transmissão do vírus no momento do parto, prescrevendo-se aciclovir 400 mg, VO, de 8/8h, a partir das 36 semanas 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;

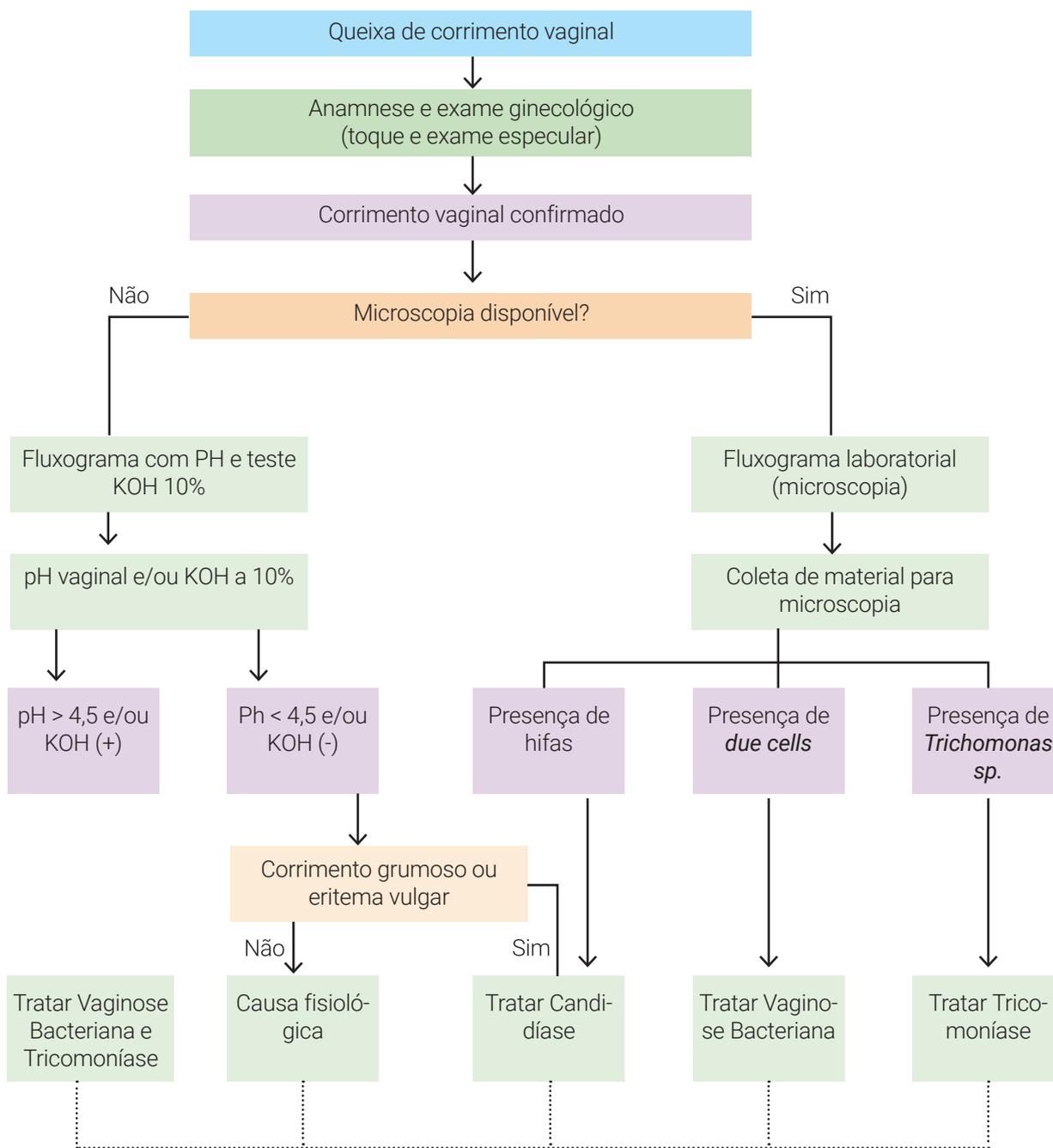
- **Sífilis primária:** Sífilis primária: penicilina benzatina, duas aplicações de 2.400.000UI IM, com intervalo de uma semana (dose total de 4.800.000 UI)

- **Cancro mole:** produz úlceras em espelho, dolorosas, diferentemente das úlceras da sífilis. Trata-se com azitromicina 500mg, 2cp em dose única ou ceftriaxona, 250 mg, IM, dose única — orientação do PCDT de Infecções Sexualmente Transmissíveis

- **Donovanose:** Se úlcera de mais de 4 semanas, tratar donovanose e realizar biópsia – azitromicina 500mg, 2cp DU por semana, por 3 semanas.

2. **Síndrome de corrimento vaginal:** corrimento de cor branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual. As causas mais comuns são a candidíase, a tricomoníase e a vaginose bacteriana. Apenas a tricomoníase é considerada de transmissão sexual.

Figura 9.9 – Manejo de corrimento vaginal com uso de fluxograma



Informação/Educação em saúde
 Oferta de preservativos e gel lubrificante
 Oferta de testes para HIV e demais IST (Sífilis, Hepatite B, Gonorreia e Clamidia), quando disponíveis
 Ênfase na adesão ao tratamento
 Vacinação para HBV e HPV, conforme estabelecido
 Oferta de profilaxia pós-exposição para HIV, quando indicado
 Oferta de profilaxia pós-exposição às IST em violência sexual
 Notificação do caso, conforme estabelecido
 Comunicação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais (mesmo que assintomáticas)

Tratamento da gestante:

• Qualquer um dos tratamentos tópicos pode ser usado para candidíase em gestantes, dando-se preferência aos derivados imidazólicos como o miconazol, o isoconazol, o tioconazol e o clotrimazol, por um período de sete dias. Não deve ser usado tratamento oral. Para vaginose bacteriana e tricomoníase, está indicado o uso de metronidazol 250mg, 2cp, 2x/d, 7 dias. Nos casos de tricomoníase, o parceiro também deve ser tratado. Clindamicina 300mg, 2x/dia, por 7 dias pode ser utilizada se for tratar somente vaginose bacteriana na gestante.

3. Síndrome de corrimento cervical: difícil diagnóstico clínico na gestante. 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 clamídia e gonococo.

Tratamento da gestante deve ser feito com:

• Azitromicina: 500mg, 2cp VO, dose única.

Associado a:

• Ceftriaxona: 500 mg, IM, dose única; ou

4. Síndrome do corrimento uretral: Presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento. Tratamento de clamídia, gonococo e micoplasma –

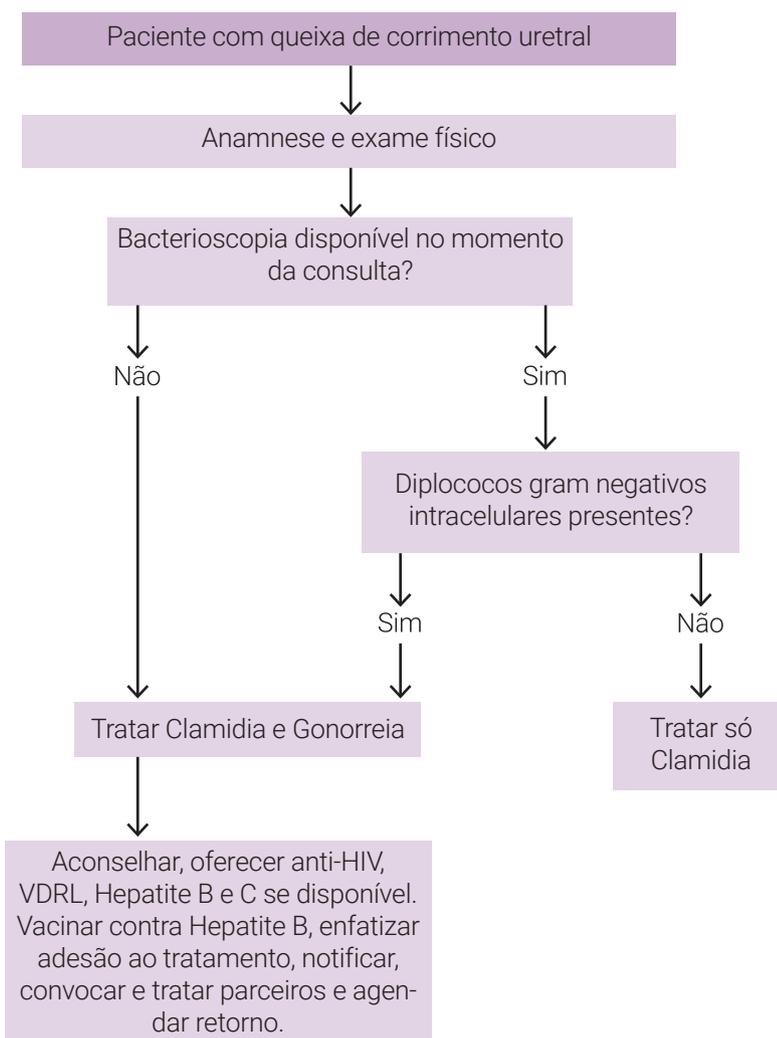
• Azitromicina: 500mg, 2cp VO, dose única.

Associado a:

• Ceftriaxona: 500 mg, IM, dose única; ou

Figura 9.10 Fluxograma de condutas par acorrimento uretral

9.10 – Fluxograma de corrimentos uretrais



O diagnóstico da uretrite é baseado em presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento e, se for realizar exame bacterioscópico do corrimento como coloração de Gram (durante a consulta), deve-se considerar a influência de utilização prévia de antibióticos ou micção imediatamente anterior à coleta do material, o que poderia comprometer sua qualidade (falso-negativo). Presença de 5 ou mais leucócitos por campo de grande aumento (x 1000) indica urtrite se a coleta da amostra for adequada.

- Condiloma acuminado: caracterizado por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, períneo e região perianal. Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são mais fortemente associados a neoplasia cervical (subtipos 16, 18, 31 e 35). Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, pelo aumento da vascularização ou pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Não há evidência de benefícios da operação cesariana pelo risco, muito baixo, de transmissão do HPV para o recém-nascido. Quando o tamanho e a localização das lesões estão causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo, a operação cesariana está indicada. Gestantes com condilomatose deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.

Para a doença sub-clínica (neoplasias intra-epiteliais grau), aplicam-se protocolos de seguimento pelo risco neoplásico e não por risco de transmissão congênita visto que os tipos virais da lesão sub-clínica e da infecção de laringe do recém-nascido são diferentes. Repetir citologia oncológica em três meses se houver alteração na amostra inicial e indicar colposcopia e biópsia a depender da gravidade da lesão na citologia de acompanhamento.

Tratamento da gestante:

- Como as lesões durante a gestação podem proliferar e tornar-se friáveis, indica-se sua remoção em fases precoces da gestação, se for possível. Deve se evitar intervenção com grande perda de substância por cauterização (elétrica, térmica) 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.

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 com ácido tricloro-acético 70 a 80% , eletro ou criocauterização em qualquer fase da gravidez;

- Lesões grandes: ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência (exérese por alça diatérmica ou LEEP) em qualquer fase da gravidez, exceto final do 3º trimestre. Pode provocar sangramento considerável;

- Lesões pequenas, colo, vagina e vulva: eletro ou criocauterização, apenas a partir do 2º trimestre.

9.13 – Parasitoses intestinais

A incidência de protozooses e helmintíases intestinais continuam 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.

1. Helmintíases: são infecções ou infestações, sintomáticas ou inaparentes, causadas por vermes que passam a habitar o trato intestinal, geralmente limitando-se a essa localização em sua fase adulta. Na fase larvária, os helmintos podem ser encontrados no tubo digestivo e em outros órgãos, de acordo com seu ciclo biológico e com determinadas circunstâncias (imunodepressão).

As helmintíases mais comuns são: ancilostomíase, ascaridíase, enterobíase, estrogiloidíase, himenolepiase, teníase e tricuriase. Embora nenhuma dessas parasitoses, habitualmente, constitua-se em situação de grande importância clínica durante a gestação, é importante lembrar que a anemia delas decorrente pode agravar 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, sobretudo naquelas de nível socioeconômico mais desfavorecido, para o adequado tratamento ainda na vigência da gestação. O momento oportuno para o tratamento é o mais precoce possível, logo após as 16–20 semanas, para evitar os potenciais riscos teratogênicos das drogas e a somatória de seu efeito emético à emese da gravidez.

2. Protozooses: causadas por protozoários que passam a habitar o trato intestinal, permanecendo a ele limitados, ou eventualmente invadindo outros órgãos. Alguns protozoários não são considerados patogênicos para o tubo digestivo: Entamoeba coli, Iodamoeba buetschlii, Chilomastix mesnili, Endolimax nana, Trichomonas hominis. Não necessitam, portanto, de nenhum tipo de tratamento específico.

• **Amebíase:** protozoose causada pela Entamoeba histolytica. Pode apresentar-se nas formas intestinal e extraintestinal. A grande maioria dos acometidos apresenta a doença benigna, manifestando-se sob a forma intestinal diarréica.

• **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 diarréia, 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, inclusive, eosinofilia.

Quadro 9.5 – 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 três dias seguidos
Ascaridíase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Enterobíase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel Ditioletona	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50 mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos
Himenolepíase	Praziquantel Niclosamida	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Teníase	Mebendazol	200 mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos
Tricuríase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Protozooses	Medicamento	Posologia
Amebíase	Metronidazol	500mg, 3 vezes/dia, durante 5 dias
Giardíase	Metronidazol	250 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 05 dias seguidos

9.14 – Varizes e trombozes

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.

A oclusão total ou parcial de uma veia por um trombo, com reação inflamatória primária ou secundária de sua parede, caracteriza-se como trombose venosa, 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. Por estar pouco aderido à parede do vaso, existe uma grande chance desse trombo se fragmentar e chegar ao coração ou pulmão, causando **embolia pulmonar**.

Recomendar à gestante:

- Não permanecer muito tempo em pé ou sentada e evitar inatividade.
- Repousar pelo menos 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas.
- Que pode ser útil elevar os pés da cama.
- Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante; pode-se indicar meias de média compressão, com tamanho sugerido a partir da aferição da circunferência da panturrilha.
- Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.

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, empastamento de panturrilha (sinal da bandeira) 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 – Epilepsia

Epilepsia inclui um grupo de doenças que têm em comum crises convulsivas que ocorrem na ausência de condições tóxico-metabólicas ou febris. A prevalência da epilepsia é muito variável, estimando-se que 0,5% das gestantes apresentem essa condição. Em apenas cerca de um terço desses casos, o fator causal ou desencadeante consegue ser identificado.

A epilepsia é afetada pelos hormônios sexuais, o que pode gerar complicações para a saúde reprodutiva da mulher, especialmente durante a gestação. Existe uma ação pró-convulsivante do estrógeno e anticonvulsivante da progesterona. Os estrógenos aumentam a excitabilidade e diminuem o limiar para desencadeamento de crises. A progesterona, por sua vez, diminui a excitabilidade e aumenta esse limiar.

As repercussões da gravidez sobre a epilepsia são contraditórias. Trabalhos que mostram melhora das crises a atribuem à maior adesão ao tratamento e à maior regularidade no uso da medicação pelas gestantes. Outros trabalhos mostram que entre 17% e 37% das mulheres grávidas com epilepsia têm aumento da frequência das crises, em especial no 3o trimestre. Isso se deveria 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 diminuição do seu nível sérico. Outro fator que comumente levaria 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. 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.

Tem-se associado inúmeras complicações durante a gestação, o parto e o puerpério de mulheres com epilepsia em uso de anticonvulsivantes: abortamentos espontâneos, morte perinatal, prematuridade, anomalias congênitas e anormalidades de crescimento fetal e desenvolvimento em taxas maiores que as da população 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 epiléticas de repetição incrementam em duas vezes o risco de óbito materno e de 50% o óbito fetal. De modo geral, pode-se assumir que o risco de malformações fetais dobra quando comparado à população geral. 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 valpróico tem associação de 2% a 3% com defeitos de fechamento do tubo neural.

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, hipóxia materna e fetal. Portanto, nessas situações, está recomendado o tratamento medicamentoso com drogas antiepiléticas (DAE), conforme as recomendações abaixo.

Recomendações para o uso de drogas antiepiléticas durante a gestação:

1. 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;

2. 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.

3. Em pacientes sem crises há mais de 2 anos, discutir a suspensão da droga na periconcepção e primeiro trimestre.

4. Uso preferencial de DAE em monoterapia e em doses fracionadas. Não alterar o regime terapêutico durante a gestação, a não ser sob orientação de especialista.

5. Não existe uma droga ideal para ser usada durante a gestação. De maneira geral, as drogas atualmente mais utilizadas e com efeitos melhor conhecidos durante a gestação são a carbamazepina, o clonazepam, a oxcarbazepina, o fenobarbital e a fenitoína. 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 bífida, mas seu uso em combinação com a carbamazepina parece diminuir esse risco (única ocasião em que a politerapia com DAE diminui os efeitos teratogênicos).

6. A dosagem será sempre individualizada, na dependência da frequência das crises. A dose máxima de carbamazepina é de 1200mg.

Acompanhamento pré-natal:

- As gestantes podem ter o acompanhamento pré-natal na UBS.
- 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.

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

- Deve-se solicitar exame de ultrassonografia morfológica no segundo trimestre (entre 20 e 24 semanas) para o rastreamento de possíveis malformações fetais.

- Alguns anticonvulsivantes podem alterar o transporte placentário da vitamina K, aumentando o risco de hemorragia fetal e neonatal. Recomenda-se administrar à mãe 10-20mg/dia de vitamina K durante o último mês de gravidez e 1mg IM ao recém-nascido.

- Durante o atendimento de uma convulsão epiléptica, atentar para a necessidade de um atendimento sistematizado, priorizando a manutenção da permeabilidade das vias aéreas.

Observação: um primeiro episódio de convulsão em gestante, particularmente após a vigésima semana deve sugerir a possibilidade de eclâmpsia mesmo sem a presença de nível pressórico moderado ou grave.

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 tratarem de mulheres que podem ter crises convulsivas enquanto amamentam, sugere-se que o façam sentadas no chão ou em poltrona segura.

9.16 – Rompimento prematuro da bolsa

O rompimento da bolsa antes de instalado o trabalho de parto, independentemente da idade gestacional indica Ruptura Prematura de Membranas (RPM). Quando ocorre antes de 37 semanas de gestação é denominada RPM pré-termo e constitui causa importante de partos prematuros (cerca de 1/3 dos casos), com grande impacto na morbimortalidade perinatal. A morbidade materna também é agravada pelos riscos de infecção. Alguns fatores de risco podem ser identificados, porém a maioria das gestantes não apresenta fator de risco identificável: Antecedente de RPM pré-termo em gestação prévia, infecção do trato genital, tabagismo, presença de sangramento durante o pré-natal.

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.

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, porque 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 folhas 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 para corroborar o diagnóstico.

- **Prova do forro:** colocar um forro vaginal e solicitar que a paciente caminhe por cerca de 30-60 minutos e então verificar se o forro encontra-se com úmido, confirmando o diagnóstico.

Conduta

O elemento fundamental para a conduta nos casos de ruptura prematura de membranas é a idade gestacional. Nas gestações a termo, o profissional de saúde da unidade básica deverá encaminhar a gestante para o hospital ou maternidade 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 a maternidade de referência para gestações de risco, onde procedimentos propedêuticos e terapêuticos adicionais serão providenciados.

9.17 – Trabalho de parto prematuro (TPP)

Conceitua-se trabalho de parto prematuro como aquele que ocorre antes de 37 semanas de idade gestacional. 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 dez minutos, com ritmo e frequência regulares, acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

Recentemente, foi proposta uma redefinição de gestação à termo:

- Gestação a termo inicial – 37 semanas até 38 semanas e 6 dias.
- Gestação a termo – 39 semanas até 40 semanas e 6 dias.
- Gestação a termo tardio – 41 semanas até 41 semanas e 6 dias.
- Gestação pós-termo – 42 semanas ou mais.

Há menor risco de morte fetal assim como menor morbimortalidade infantil nos nascimentos compreendidos entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias nesse período. Assim, deve-se evitar o nascimento antes de 39 semanas sempre que possível, ressaltando que, se houver início de parto espontâneo, ruptura das membranas amnióticas ou indicação médica de interrupção da gestação antes do período especificado acima, os nascimentos não devem ser postergados.

Conduitas

- Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, com idade gestacional < 37 semanas, sem modificação cervical em avaliação seriada, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Esses casos necessitam apenas de repouso e orientações. Se as contrações persistirem, deverá ser encaminhada para hospital de referência.

- Na presença de contrações uterinas acompanhadas de modificação colo, esvaecimento ou dilatação, encaminhar para hospital de referência.

- O antecedente de prematuridade é o principal fator de risco para recorrência. O TPP com frequência é relacionado a infecções vaginais (principalmente a vaginose bacteriana) e urinárias. Em situações de parto prematuro anterior, recomenda-se o rastreamento dessas afecções (ver Rotina Laboratorial). A bacterioscopia da secreção vaginal é uma avaliação de perfil bacteriológico do conteúdo vaginal por critério de Nugent (Nugent > 7 = vaginose bacteriana). Quando realizada, idealmente antes das 20 semanas de gestação, pode apresentar benefícios para a prevenção da prematuridade. Se a bacterioscopia for indisponível, pode-se realizar um diagnóstico presumido, através do exame especular, pela positividade de pelo menos 3 dos 4 critérios de Amsel: 1) corrimento branco-acinzentado; 2) medida do pH > 4.5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do intróito 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 (células alvo) à microscopia.

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

- Recomenda-se realização de exame ultrassonográfico, idealmente entre 18 a 24 semanas, quando realizará o exame morfológico, para avaliação da medida do comprimento do colo uterino. Nos casos em que essa medida for menor ou igual a 2,5cm, deverá ser iniciada progesterona via vaginal (200mg, uma vez à noite) a partir do diagnóstico e mantida até 34 semanas e a mulher deverá ser

encaminhada ao pré-natal de alto risco.

- Ainda, caso a gestante possua antecedente positivo para parto prematuro e apresente, na atual gravidez, colo encurtado, deverá ser encaminhada ao alto risco para avaliação de cerclagem.

9.18 – Gestação prolongada

Conceitua-se gestação prolongada, também referida como pós-datismo, aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 semanas e 1 dia e 41 semanas e 6 dias. Gravidez pós-termo é aquela que atinge ou ultrapassa 42 semanas. A função placentária atinge sua plenitude em torno da 36^a semana, declinando a partir de então. A placenta senil apresenta calcificações e outras alterações que são responsáveis pela diminuição do aporte nutricional e de oxigênio ao feto, associando-se, dessa maneira, com aumento da morbimortalidade perinatal.

A incidência de pós-datismo é em torno de 5%. O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional, que pode estar falseado na presença de irregularidades menstruais, uso de anticoncepcionais hormonais, lactação, etc. Nessas situações, o exame ultrassonográfico precoce é recurso eficaz para estabelecimento da idade gestacional.

Conduta

O controle da gestante nessa situação visa a 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 (mobiograma) e pela normalidade na evolução do pré-natal.

Por volta da 40^a 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 ou 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.

9.19 – Gestação múltipla

É a gravidez que ocorre com presença de dois ou mais fetos. Apresenta como fatores de risco:

- Maior idade materna;

- Raça negra;
- Multiparidade;
- História familiar (pelo lado materno);
- Técnicas de indução da ovulação ou de fertilização assistida.

O diagnóstico de certeza é ecográfico, porém a suspeição é feita por meio de dados clínicos como presença de hiperêmese gravídica, níveis muito elevados de Beta-HCG, pela medida da altura uterina maior que a esperada para a idade gestacional, a palpação de dois pólos cefálicos, a sobredistensão uterina, e a presença de dois focos, separados por mais que 10 cm e com frequências diferentes.

A morbimortalidade perinatal é maior que a habitual e aumenta em proporção direta ao número de fetos. É devida, principalmente, à prematuridade e à restrição de crescimento fetal, por vezes seletiva, além de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão umbilical. A morbidade materna também está aumentada pela maior incidência de hiperêmese, trabalho de parto prematuro, síndromes hipertensivas, anemia, quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas etc.

O principal fator prognóstico é a corionicidade, ou seja, a separação ou o compartilhamento da mesma placenta. Esse diagnóstico é ecográfico e a sua acurácia é maior quando o exame é realizado antes de 14 semanas de gravidez, preferencialmente entre 6 e 9 semanas. Gêmeos monozigóticos, porém dicoriônicos (duas placentas), tem mortalidade semelhante à constatada para os dizigóticos. Já os monócoriônicos (uma placenta) têm mortalidade 3 a 4 vezes maior.

Conduta

As gestações gemelares dicoriônicas e diamnióticas não complicadas por outras comorbidades podem ser acompanhadas em pré-natal de baixo risco, nas unidades básicas 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. Os casos diagnosticados como monócoriônicos devem ser seguidos em um centro de atenção à gestação de alto risco pela maior frequência de complicações e pela maior necessidade da interrupção mais precoce da gestação. As gestações trigemelares ou com maior número de fetos, devem sempre ser seguidas em centros de atenção ao alto risco.

Cabe ao profissional de saúde estar alerta para todas as condições de risco e realizar consultas mais frequentes. Esse acompanhamento consiste na preocupação com alimentação, controle de anemia materna (mais comum, se comparada com a gestante com feto único), orientação de diminuição de esforços físicos em demasia e repouso relativo devido à distensão uterina, bem como na monitorização dos fetos por meio de ultrassonografia no 1º, 2º e mensal no 3º trimestre e cardiotocografia semanal a partir das 28-30 semanas.

Nas situações de trabalho de parto prematuro ou alterações cervicais que levem a suspeitar de um risco maior de prematuridade, a utilização profilática de corticóide para acelerar a maturidade pulmonar dos fetos está recomendada. A ultrassonografia de rotina para medida de colo uterino em gestações gemelares, o uso rotineiro de progesterona, circlagem, pessário cervical, repouso ou tocolí-ticos (em gestantes assintomáticas) não demonstraram prevenir nascimentos prematuros.

Via de parto

O parto de gemelares deve ser sempre hospitalar e com acesso a analgesia e atendimento de urgência. Não há evidências suficientes que suportem a indicação de cesárea eletiva para todas as gestações gemelares. A via de parto depende da apresentação fetal, da idade gestacional, da amniocidade e da presença ou ausência de outras indicações formais de cesárea. Se ambos os fetos forem cefálicos ou se o primeiro feto for cefálico, poderá ser realizado o parto vaginal. No caso de trigemelares, a recomendação é realizar parto cesárea.

10 . SITUAÇÕES ESPECIAIS

10.1 Gravidez na adolescência

A adolescência é importante etapa do desenvolvimento, caracterizada pela transição da infância para a vida adulta. A maneira como os adolescentes vão lidar com sua sexualidade depende de vários fatores incluindo características individuais, valores, normas e crenças da família e da sociedade onde estão inseridos. Com o decréscimo da idade da primeira menstruação que se observa ao longo das décadas, vem se instalando, cada vez mais cedo, a capacidade reprodutiva. Entre os homens, a iniciação sexual ocorre mais cedo do que entre as mulheres. A maternidade é valorizada socialmente e vista como elemento formador da identidade, por meio da constituição de nova família. No entanto, a maturação sexual dissocia-se da competência social e econômica, e muitas vezes da emocional, mais tardias, o que traz consequências muito importantes para mães e pais adolescentes.

Os agravos mais significativos desencadeados pela gravidez na adolescência recaem na esfera social pela dificuldade de inserção destas jovens no sistema educacional, o que as impede de desenvolver 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 uma vez que assumem a paternidade sem estrutura econômica, e às vezes emocional, para cuidar e educar um filho, o que deve ser contemplado na atenção à saúde reprodutiva.

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 tem 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 no SUS o atendimento pré e perinatal, 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 nº11.108).

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. Para isso, é necessária a implementação de políticas intersetoriais que enfoquem e garantam o acesso a atividades produti-

vas, educativas e recreativas, visando a ocupação do tempo livre, contemplando os diferentes estilos de vida, a diversidade cultural e a abordagem das relações de gênero, etnia e classe social, eixos norteadores do processo de trabalho com adolescentes. As políticas de promoção e atenção à saúde dos adolescentes devem incluir estratégias diferenciadas que privilegiem os grupos mais vulneráveis e promovam o bem-estar e desenvolvimento saudável para todos.

A atenção básica 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 e sociais sejam valorizados. O diálogo é um instrumento relevante. Para que a adolescente comunique os 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 podem começar na consulta, incluindo temas importantes como pré-concepção, planejamento familiar e amamentação.

As recomendações para o atendimento podem ser resumidas:

- A individualidade do adolescente deve ser preservada no acolhimento oferecido para essa jovem.
- O adolescente deve ser reconhecido como indivíduo em evolução e necessita de atendimento diferenciado que a identifique como de avaliar seu problema e ter o direito de fazer opções.
- A participação da família deve ser encorajada, com limites claros para esse envolvimento.

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 aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a concordância explícita.

A viabilização desses princípios no atendimento de adolescentes colabora para melhor relação entre paciente e profissional, ampliam a capacidade de encami-

nhamento das ações necessárias e favorecem a possibilidade de retorno de adolescentes e jovens aos serviços. Também asseguram o direito de serem reconhecidos como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável.

O direito à saúde constitui direito humano fundamental; é um direito tutelar que exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado. O Estatuto da Criança e do Adolescente, que consolida os direitos básicos da população infanto-juvenil, em seu art. 3º, claramente dispõe 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 de 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 o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e auxilie no acompanhamento. A resistência do 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 o 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 pelo 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.

Artigo 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, idéias 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 Promotora 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.

SIGILO PROFISSIONAL E ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Considerando que a revelação de determinados fatos aos responsáveis legais podem 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. 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 distúrbios psíquicos do(a) paciente que o(a) façam rejeitar tratamento, ou risco de suicídio ou homicídio.

É vedado ao médico:

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

Código de Ética Médica

Artigo 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

Artigo 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 aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. Entretanto, devem ser informados das situações que requeiram 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, ideação suicida, informação de homicídios e outros.

Recomenda-se, portanto:

- Que a equipe médica busque sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis tem 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 o adolescente e fundamentada no benefício real para a pessoa assistida, e não como uma forma de “livrar-se do problema”.

10.2 – 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. Nos EUA 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 entanto, a maior parte dos casos de violência contra a mulher ainda não é notificada ou registrada. Diversas propostas de intervenção vêm sendo implantadas 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 para a saúde da gestante, com consequências que podem também comprometer a gestação e o recém-nascido e pode ser mais comum do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia. O ciclo gravídico-puerperal não confere proteção para a mulher; a maioria das mulheres que sofre violência antes de engravidar continua a sofrê-la durante a gravidez e boa parte delas, após o parto. 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 re-

presenta uma de muitas medidas a serem adotadas para enfrentar o fenômeno da violência. 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 agressor pode apresentar diversas atitudes, inclusive participar do atendimento à vítima e agir com proteção acentuada.

Grávidas que sofrem violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início e apresentam maior risco relativo de infecções vaginais e cervicais, de ganho de peso insuficiente, de trabalho de parto prematuro, de baixo peso ao nascer e de infecção do trato urinário. Além disso, a grávida 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.

Para a verificação de situações de abuso ou violência, devem ser ativamente observados os seguintes indicadores-sentinelas:

- Discrepância da idade do parceiro sexual com relação à idade da paciente;
- Situações de poder, dependência ou parentesco entre paciente e seu parceiro sexual;
- Sinais de constrangimento e coerção da paciente ou familiares e/ou recusa de diálogo com familiares ou de participação de responsáveis no atendimento.

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, avaliar se seria 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 ao 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 doenças sexualmente transmissíveis, DST e sobre o acompanhamento multiprofissional: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outras especialidades que forem necessárias. Todas as ações devem ser cuidadosamente registradas.

Entre 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 incluem-se o cuidado com as IST. Parte importante das IST decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Gonorréia, sífilis, clamídia, 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 IST não virais, é certo que melhores resultados são obtidos quanto mais precocemente se inicia a medida, principalmente dentro das primeiras **72 horas após a violência sexual**. A profilaxia das infecções de transmissão sexual não virais em grávidas que sofrem violência visa os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição possível a estes agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões e idade da mulher.

Algumas premissas:

- A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a profilaxia para as IST não virais.
- O uso metronidazol e suas alternativas (tinidazol e secnidazol) é facultativo ou pode ser postergado em casos em que houver prescrição de profilaxia antirretroviral (interação medicamentosa) e em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Além disso, deve ser evitado no primeiro trimestre gestacional.
- O tianfenicol e as quinolonas (como a ofloxacina) são contraindicados na gestação.
- O uso concomitante de diversos medicamentos pode colaborar com a redução de efeitos colaterais e da baixa adesão ao esquema profilático.

O esquema recomendado de associação de medicamentos encontra-se no **Quadro 10.1**.

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

Profilaxia da sífilis

Penicilina G	2.400.000 UI	IM	duas doses, uma por semana (dose total 4.800.000 UI)
Benzatina			

Profilaxia da gonorréia

Ceftriaxona	500 mg	IM	dose única
-------------	--------	----	------------

Profilaxia da clamídiase e do cancro mole

Azitromicina	1 g	VO	dose única
--------------	-----	----	------------

Profilaxia da tricomoníase

Metronidazol	2 g	VO	dose única
--------------	-----	----	------------

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 hiperimune para hepatite B (IGHAHB). Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber uma dose da vacina, devendo completar o esquema posteriormente (1 e 6 meses), além da imunoglobulina. 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).

As evidências científicas indicam que o uso de IGHAHB 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 IGHAHB em todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema incompleto. Assim, as grávidas em situação de violência sexual também devem receber, além da vacina, dose única de imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB), 0,06 mL/kg, IM, dose única, em extremidade diferente da vacina e se a dose da vacina ultrapassar 5mL, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas.

Importante:

a) Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B casos de violência sexual em que a grávida apresente exposição crônica e repetida com mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual doméstica. A sorologia deve ser realizada para descartar/confirmar infecção prévia.

b) Não deverão 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.

c) 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 hábil, 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. . 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, sem rompimento, 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 para profilaxia pós-exposição (PeP) com Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r), com uso de um comprimido combinado TDF/3TC e um comprimido adicional de ATV/r por dia, o que aumenta a adesão, com duração de 28 dias. O caso deve ser encaminhado a um infectologista.

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, até 72 horas após a violência sexual. Os medicamentos devem ser mantidos, sem interrupção, por 4 semanas consecutivas. O esquema de primeira escolha deve combinar três drogas, pela reconhecida maior eficácia na redução da carga viral plasmática.

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 IST 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.

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

Quadro 10.2 – Controle Laboratorial Para Gestantes em Situação de Violência Sexual

Bacterioscopia de conteúdo vaginal	Admissão	2 semanas	6 semanas	3 meses	6 meses
Clamídia*					
Gonococo*					
HPV*					
Sífilis (VDRL ou RSS)					
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.

Traumatismos físicos

Poucas mulheres em situação de violência sexual sofrem traumas físicos severos. Gestantes que sofrem abuso sexual são menos atingidas por danos físicos quando comparadas com as demais mulheres. No entanto, os danos físicos influem negativamente nos resultados perinatais, com maior risco de prematuridade e de baixo peso ao nascer. Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer uma 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 antissepsia 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 são condenados 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, 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 abortamento 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 abortamento. Na 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 manter a gestação ou da doação da criança após o nascimento. Para cada opção, os serviços de saúde devem estar capacitados para atender a mulher dentro de 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.

Recomendações finais

A violência contra a mulher é condição intersetorial e interdisciplinar, com importante interface com questões policiais e judiciais. Embora não seja possível neste capítulo abranger 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 (ECA). Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para 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 não se deve confundir seus procedimentos 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 podem acessar o prontuário ou solicitar os achados de valor médico legal coletados no serviço. Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário.

A grávida em situação de violência que recorre aos serviços de saúde encontra-se, geralmente, 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 a veracidade da sua história em questão 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, particularmente os emocionais, pode resultar na revitimização da mulher, lamentavelmente produzida pelos serviços de saúde.

11 . ORIENTAÇÕES GERAIS ÀS GESTANTES

Algumas questões são apresentadas com maior frequência pelas gestantes e algumas delas serão abordadas neste capítulo.

11.1 Orientação nutricional

O Índice de Massa Corporal (IMC) normal nas primeiras oito semanas de gravidez está entre 20-25kg/m² e o valor superior do IMC normal ao final da gestação é de 29kg/m². De maneira geral, o ganho ponderal esperado é de 1,2 a 2,0 kg em um mês. Valores menores ou maiores que esses limites exigem avaliação e possível mudança nos hábitos alimentares.

O ganho de peso excessivo pode ser decorrente da retenção hídrica na pré-eclâmpsia e preceder o aumento da pressão arterial, devendo ser identificado como “sinal de alerta”. É importante que a unidade de saúde esteja articulada com um serviço de nutrição e dietética que possa acompanhar gestantes que apresentem anormalidades no seu estado nutricional

É necessário avaliar cada gestante, considerando o peso pré-gestacional, idade e grau de atividade física. Recomenda-se um aumento de 300kcal/dia para suprir as necessidades calóricas diárias de uma gestante. O valor energético total mínimo para uma grávida com peso normal deve ser 35kcal/kg. Para conhecer o histórico alimentar da gestante, pode-se solicitar que a mesma anote os alimentos que ingeriu nos últimos três dias, com os respectivos horários, incluindo líquidos, servindo como base de orientação (recordatório alimentar).

É necessário orientar para uma nutrição sem restrições, bem balanceada em proteínas, carboidratos e gorduras. Deve-se evitar leite e derivados não pasteurizados, carne, frango, ovos e peixe crus ou pouco cozidos e frutas e vegetais não-lavados. Pode-se administrar aspartame (dose máxima de 50mg/kg/dia), respeitando-se a contra-indicação para portadoras de fenilcetonúria), a sacarina, o acesulfane K (dose máxima de 313 mg/dia) e a sucralose (dose máxima de 1,6mg/kg/peso/dia).

11.2 Exercício físico

As mulheres devem ser encorajadas a realizar exercícios de condicionamento aeróbico e de força muscular, pois estas atividades têm um papel essencial na manutenção da saúde e na prevenção e tratamento de doenças em todas as fases da vida, incluindo a gravidez. O exercício aeróbico regular durante uma gravidez não complicada mantém ou melhora a aptidão física e a função cardiorrespiratória, melhora o bem-estar psicológico e reduz os riscos de comorbidades relacionadas com o estilo de vida sedentário. No entanto, as rotinas de exercício podem ter que ser modificadas durante a gravidez para acomodar as alterações anatômicas e fisiológicas normais que ocorrem em mulheres grávidas e para evitar efeitos adversos sobre o feto.

A gravidez é o momento ideal para modificações positivas no estilo de vida, in-

cluindo o aumento da atividade física e o consumo de uma dieta mais saudável. Quando grávidas, as mulheres tendem a ser altamente motivadas para melhorar comportamentos não saudáveis e têm visitas freqüentes com os profissionais de saúde, o que facilita aconselhamento, apoio e supervisão.

Os benefícios potenciais do exercício na gestação incluem:

- Manutenção ou melhoria da resistência cardiorrespiratória, força muscular e resistência, flexibilidade e composição corporal.
- Manutenção ou melhoria na agilidade, coordenação, equilíbrio, potência, tempo de reação e velocidade.
- Evitar ganho excessivo de peso gestacional.
- Prevenção ou redução da gravidade dos sintomas ortopédicos, como dor lombar e dor na cintura pélvica.
- Prevenção da incontinência urinária — Os exercícios musculares do assoalho pélvico realizados durante a gravidez ajudam a diminuir o risco de incontinência urinária a curto prazo em mulheres sem incontinência prévia.
- Redução do risco de RN macrossômico.
- Possível redução do risco de diabetes gestacional.
- Possível redução do risco de desenvolver pré-eclâmpsia.
- Possível redução na duração da primeira fase do trabalho de parto, mas sem redução na segunda fase.
- Possível redução do risco de parto cesárea.

Esses benefícios não são completamente independentes. Por exemplo, as mulheres com sobrepeso e obesidade que perdem peso significativo antes do nascimento através do exercício e da dieta e evitam o ganho excessivo de peso gestacional podem reduzir a probabilidade de desenvolverem diabetes gestacional e comorbidades relacionadas com diabetes e obesidade, como macrosomia, pré-eclâmpsia e cesárea.

O exercício físico na gestação deve ter intensidade moderada por 30 minutos, associado aos cuidados com dieta equilibrada, hidratação, utilização de roupas e calçados adequados além de temperatura ambiente amena, ou seja, evitar as caminhadas nos períodos de maior incidência do sol. O princípio FITT (do inglês — frequency, intensity, time, type) recomenda exercício regular três a cinco vezes por semana, numa intensidade que permita conversar começando com 15 minutos e terminando em 30 minutos, movendo grandes grupos musculares (caminhadas, exercícios na água, bicicleta), além de exercícios de alongamento e perineais. Deve-se evitar que a gestante fique de pé, sem se movimentar durante longos períodos de tempo e/ou em decúbito dorsal e recomenda-se evitar atividades com risco de trauma abdominal, entorse dos membros inferiores e perda de equilíbrio.

É recomendada avaliação médica antes de iniciar a atividade física na gestação, que não é o melhor período para iniciar exercícios aeróbicos em mulheres

sedentárias ou intensificar treinamento.

São consideradas contraindicações ao exercício aeróbio durante a gravidez:

1. Contraindicações absolutas ao exercício aeróbio durante a gravidez

- Doença cardíaca hemodinamicamente significativa
- Doença pulmonar restritiva
- Cerclagem ou insuficiência cervical
- Gestação múltipla em risco de parto prematuro
- Hemorragia persistente no segundo ou no terceiro trimestre
- Placenta previa após 26 semanas de gestação
- Trabalho prematuro durante a gravidez atual
- Rotura prematura de membranas
- Pré-eclampsia ou hipertensão arterial grave
- Anemia grave

2. Contraindicações relativas ao exercício aeróbio durante a gravidez

- Arritmia cardíaca materna não avaliada
- Bronquite crônica
- Diabetes tipo 1 mal controlado
- Obesidade mórbida extrema
- IMC inferior a 12
- História de estilo de vida extremamente sedentário
- Restrição do crescimento fetal na gravidez atual
- Hipertensão arterial mal controlada
- Limitações ortopédicas
- Transtorno convulsivo mal controlado
- Hipertireoidismo mal controlado
- Fumante (>1 maço de cigarros por dia)

11.3 Sexualidade

Não há razão para contra-indicar a atividade sexual na gestação, orientando-se, no entanto, abstinência nos casos de amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro, insuficiência istmo-cervical, colo uterino encurtado e síndromes hemorrágicas. O uso de preservativo deve ser recomendado em função do risco associado com a aquisição de doenças que podem ser transmitidas pela relação sexual, incluindo-se o vírus zika, além de sífilis, HIV e hepatite, por exemplo.

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 pelos casais como experiências marcadas por questionamentos.

É relevante valorizar as queixas, num diálogo empático, sem preconceito, desmistificando crenças infundadas e diminuindo a ansiedade.

11.4 Trabalho

A atividade laboral pode continuar nas gestações de baixo risco até o momento do parto, devendo-se avaliar as condições de trabalho, particularmente possibilidade de acidentes, exposição a calor, trabalho noturno e longos períodos em pé ou realizando atividades físicas extenuantes. Nestas situações, deve-se recomendar mudança de função. Nos casos de complicações da gestação, cada situação deve ser analisada com cuidado. Algumas informações legais serão comentadas em capítulo próprio.

11.5 Direção de veículo

É importante orientar a gestante a utilizar o cinto de segurança de maneira correta e o modelo recomendado é o de três pontos. A parte inferior deve passar acima das cristas ilíacas e a parte superior pela linha inter-mamária, ao lado do útero, ajustado ao terço médio da clavícula, nunca comprimindo o útero gravídico. O banco deve ficar o mais afastado possível do volante. A gestante deve sentar-se no assento dianteiro à direita (passageiro) caso o veículo não estiver equipado com cintos de três pontos nos assentos traseiros. Não deixar qualquer objeto entre o cinto e o corpo, que podem prejudicar o deslizamento pelo corpo em caso de impacto. A Associação Brasileira de Medicina do Tráfego não recomenda que grávidas dirijam veículos se: a idade gestacional for superior a 36 semanas, existir edema acentuado dos pés, queixas de náuseas, câibras, tonturas e vômitos, ameaça de abortamento, hemorragias, hipertensão, no calor demasiado e jejum prolongado.

11.6 Uso de repelentes de insetos durante a gravidez

• Repelentes tópicos

Produtos repelentes de uso tópico devidamente registrados na ANVISA podem ser utilizados por gestantes. Neles se incluem n,n-dietil-meta-toluamida (DEET), além de hydroxyethyl isobutyl piperidine carboxylate (Icaridin ou Picaridin) e ethyl butylacetylaminopropionate (EBAAP ou IR3535), além de óleos essenciais, como Citronela. Entretanto, é necessário levar em consideração as recomendações de uso da rotulagem (tabela 1).

Orienta-se aplicação 2 a 3 vezes ao dia apenas sobre a pele exposta e nas roupas (não aplicar em região coberta pela roupa), não utilizar sobre feridas ou mucosas, evitando-se dormir com o repelente no corpo. Estes repelentes protegem durante 2 a 10 horas. Quando aplicados, devem sempre ser o último produto a

ser passado na pele, depois dos filtros solares, hidratantes ou maquiagem. Evitar contato com olhos, nariz e boca.

Tabela 1 – Repelentes disponíveis comercialmente no Brasil, concentrações e tempo de ação estimado

Princípio ativo	Produto (fabricante) e formas de apresentação	Concentração (%)*	Idade permitida*	Tempo de ação estimado *
DEET	Autan (Johnson Geras) aerossol, loção, <i>spray</i>	6-9	>2 anos	Até 2 horas
	OFF (Johnson Ceras) loção, <i>spray</i>	6-9	>2 anos	Até 2 horas
	OFF kid (Johnson Ceras) loção	6-9	>2 anos	Até 2 horas
	OFF (Johnson Ceras) aerossol	14	>12 anos	Até 6 horas
	Super Repelex (Reckitt Benckis) <i>spray</i> , loção	14,5	>12 anos	Até 6 horas
	aerosol	11,05		
	Super Repelex kids gel (Reckitt Benckis)	7,34	>2 anos	Até 4 horas
Icaridina	Exopis adulto (Osler) gel, <i>spray</i>	50	>12 anos	Até 5 horas
	Exopis Extreme (Osler) <i>spray</i>	25	>10 anos	Até 10 horas
	Exopis Infantil (Osler) <i>spray</i>	25	>2 anos	Até 10 horas
IR 3535	Loção antimosquito (Johnson & Johnson)	**	>6 anos	Até 4 horas
Óleo de citronela	Citromim <i>spray</i> (Weleda)	1,2	>2 anos	Até 2 horas

* informações fornecidas pelo fabricante; ** informação não fornecida pela empresa fabricante.

• Repelentes ambientais e inseticidas

Repelentes ambientais e inseticidas também podem ser utilizados em ambientes frequentados por gestantes, desde que devidamente registrados na AN-VISA. A segurança para a utilização desses produtos em ambientes frequentados por gestantes depende da estrita obediência a todos os cuidados e precauções descritas nos rótulos dos produtos. Os produtos comumente utilizados no combate e/ou no controle da população do mosquito *Aedes aegypti* são: inseticidas, indicados para matar os mosquitos adultos, possuem substâncias ativas que matam os mosquitos e componentes complementares como solubilizantes e conservantes (encontrados principalmente em *spray* e aerossol), e repelentes, que afastam os mosquitos do ambiente (encontrados na forma de espirais, líquidos e pastilhas utilizadas, por exemplo, em aparelhos elétricos). Os repelentes utilizados em aparelhos elétricos ou espirais não devem ser utilizados em locais com pouca ventilação nem na presença de pessoas asmáticas ou com alergias respiratórias. Podem ser utilizados em qualquer ambiente da casa desde que estejam, no mínimo, a dois metros de distância das pessoas. Os inseticidas “na-

turais” à base de citronela, andiroba e óleo de cravo, entre outros, não possuem comprovação de eficácia nem a aprovação pela ANVISA. Além disso, a Tiamina ou Vitamina B não apresenta eficácia comprovada como repelente e esta indicação de uso não é aprovada.

Para evitar focos de mosquito *Aedes aegypti* e, conseqüentemente, combater a dengue, a chikungunya e a zika, é importante o adequado armazenamento de água, o acondicionamento do lixo e a eliminação de todos os recipientes sem uso que possam acumular água e virar criadouros do mosquito, como, por exemplo, os pratinhos dos vasos de plantas, que podem ser enchidos com areia.

12 . ASPECTOS PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS

12.1 Na gravidez

A visão da equipe que atende a mulher no ciclo grávido-puerperal não pode se restringir a aspectos biomédicos. Para que essa atenção seja adequada, é relevante que a mulher seja avaliada considerando o ambiente em que vive, sua história social e as transformações emocionais que experimenta. A adequada relação entre todos os indivíduos envolvidos (cliente, família, cuidadores) é uma dimensão necessária que gera segurança, propicia uma ação individualizada e cria vínculo. É necessário promover um clima de acolhida, baseado em confiança e empatia com respeito à experiência pessoal da gestante. A mulher vive uma fase de transformação psíquica e, neste 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 as suas queixas e dúvidas, evitando direcionamento rígido. Deve-se valorizar a capacidade de escutar, evitando excesso ou insuficiência de informação e linguagem excessivamente técnica, que inibam a comunicação ativa da mulher com a equipe de saúde.

Nas consultas, é importante que o profissional de saúde observe alguns aspectos:

- A primeira consulta geralmente ocorre quando a mulher já elaborou algumas reações quanto ao seu estado grávido. Neste momento, já deve ter tomado decisões, como dar continuidade à gestação. Isso não previne que inseguranças estejam presentes. Não é incomum haver uma demanda emocional importante a ser acolhida. Frequentemente, a mulher busca confirmação de aspectos como diagnóstico de gravidez; saúde fetal; ser assegurada de que tem boas condições de saúde para gestar; amparo para suas dúvidas e ansiedades e apoio para a “jornada” da gravidez que se inicia.
- 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 papel de forma adequada;
- Compreenda a vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;
- 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 as repercussões dela na gestante;
- Perceba que a gestante pode estar buscando figura de apoio e o profissional será constantemente procurado, às vezes por dúvidas que possam ser insignifi-

cantes para ele, mas ameaçadoras para ela;

- De informações claras, esclareça as dúvidas e repita as informações sempre que necessário;
- Estabeleça relação de confiança e respeito mútuos;
- Considere que os exames de imagem podem ser aproveitados para promover um “encontro da mãe com o seu filho”. Lembre-se que os exames podem ter interpretações distintas para os profissionais de saúde e para a mulher;
- Proporcione espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, promovendo o equilíbrio nas mudanças ocorridas com a chegada de um novo membro à família.

As transformações psíquicas são dinâmicas e podem sofrer modificações em intensidade ou em natureza durante o curso da gravidez e no puerpério. 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: 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, às mudanças corporais;
- Alteração de desejo e desempenho sexual.

No terceiro trimestre:

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

12.2 No puerpério

É importante que a equipe de saúde esteja próxima e acessível, na unidade de saúde e/ou em visitas familiares. Os profissionais devem compreender 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. Isso requer cuidadosa atenção dos familiares e cuidadores.

Para dar acolhida a estes aspectos, é indispensável que a equipe multiprofissional:

- Promova o contato precoce após o parto e o alojamento conjunto no pós-parto imediato, pois, ao propiciar o contato próximo entre a mãe e recém-nascido, estará promovendo o vínculo, incentivando o aleitamento materno e auxiliando a mulher a se sentir segura para assumir os cuidados.
- 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 pode representar uma busca legítima de apoio;
- Promova o vínculo familiar;
- Estimule o auto-cuidado, agende e garanta comparecimento à consulta de revisão após o parto, após 45-60 dias. Em caso de óbito fetal ou neonatal nos primeiros 30 dias, o retorno deve ser em 30 dias e o acompanhamento domiciliar para apoio é indispensável aos 7 e 15 dias pós-parto.

Alguns aspectos importantes psíquicos do puerpério devem ser lembrados:

- Há um ajuste entre a imagem do filho ideal, construída durante a gestação e o filho real, apresentado à mulher após o parto;
- Surge o desafio da relação entre a mãe e seu filho, baseada num padrão de comunicação não verbal,
- O ciúme, que pode ser gerado em outros filhos a partir da reorganização do núcleo familiar, representa uma intensa exigência na busca de equilíbrio nas relações e no cotidiano do núcleo familiar;
- A mulher geralmente tem as suas necessidades preteridas em privilégio do recém-nascido, o que pode gerar ansiedades, incluindo a idealização do melhor cuidado;
- A convivência com a criança é uma situação nova, o que é particularmente desafiador quando o puerpério tem um curso anormal, ou quando o recém-nascido é prematuro, malformado ou apresentar alguma doença;
- A amamentação pode exigir muito da puérpera, produzindo sensação de incapacidade, preocupações estéticas ou a idéia de ser uma etapa de dependência infinita na relação com o seu filho;
- As alterações na esfera sexual, incluindo redução do desejo, são frequentemente intensificadas pelas transformações físicas e podem potencializar sentimentos de exclusão do companheiro.

É importante que a equipe de saúde esteja preparada para reconhecer as alterações emocionais do puerpério e que saiba diferenciar as alterações transitórias daquelas potencialmente mais graves, para que possa orientar a mulher e seus familiares para a conduta mais adequada. São elas:

— Tristeza materna, blues puerperal ou baby blues: manifestação mais freqüente, acometendo de 50 a 70% das puérperas. É definido como estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade;

— depressão pós-parto: menos freqüente, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas. Os sintomas incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de 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, mais comum em mulheres com distúrbios psiquiátricos prévios. O início é abrupto, os sintomas surgem até 2 ou 3 semanas pós-parto, 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.

13 . ASPECTOS TRABALHISTAS E ÉTICOS-LEGAIS

13.1 Questões de acesso aos serviços de saúde e cidadania

Para contribuir com o pleno exercício da cidadania, é importante que as gestantes, familiares e profissionais de saúde tenham conhecimento de direitos e deveres da gestante como cidadã. Deve-se atentar para o conforto, a privacidade e a integridade física das usuárias nas consultas e procedimentos, respeitando os valores pessoais, garantindo confidencialidade de toda e qualquer informação. O Código de Ética Médica, artigo 73, 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 a vinculação prévia à maternidade onde receberá assistência (Lei 11.634/2007), com direito a acompanhante de sua escolha. 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 nos seus documentos de unidades, do nome que prefere ser chamado, evitando-se qualquer outra forma de atendimento.
- Os profissionais que se responsabilizam por sua atenção devem ser identificados, por elementos e fácil percepção, como crachás.
- O paciente e os familiares têm o direito de receber informações objetivas, compreensíveis e respeitadas quanto ao seu estado de saúde.
- Possuir um prontuário multiprofissional atualizado, devendo ser arquivado por 20 anos após o último contato, com registros legíveis sobre a 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 N° 1.639/2002, art. 4**).
- O direito ao 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-J**).
- Entrega de laudo médico, quando solicitado.
- Consentir ou recusar-se, depois de adequada informação, a se submeter 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.
- Ter disponibilidade do usuário de informar aos setores responsáveis as suas sugestões e reclamações, com sigilo e privacidade.
- As prescrições devem conter: o nome genérico da substância prescrita, indi-

cação 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 profissional responsável pela prescrição, local e data.

13.2 Atividade laboral

A mulher, ao descobrir a sua gravidez, deve informar a empresa onde trabalha, no menor tempo possível (entregando cópia de exame laboratorial ou relatório médico com esse diagnóstico). A empresa é proibida de demiti-la, sem justa causa. Se a demissão foi imotivada, a gestante tem o direito de reintegração no seu emprego, se 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 garantido 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).

13.3 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, pela CLT. Se o parto for antecipado ou a licença for iniciada pós-parto, o período de gozo é integral (art. 392, CLT).

A Lei que amplia a licença maternidade para 180 dias foi sancionado em 09 de setembro de 2008. A adesão ao programa é facultativa por empresas privadas e, se realizada, confere à empresa o direito de deduzir do imposto de renda o valor correspondente à remuneração dos 60 (sessenta) dias da licença-maternidade. Em caso de óbito fetal, aplica-se o direito a licença-maternidade como no caso de nascimento de feto vivo. Nos casos de aborto, a lei contempla o direito a repouso remunerado de duas semanas e retorno à função que ocupava antes.

13.4 Licença-paternidade

Pelo artigo VII, inciso XIX, e pelo artigo X, parágrafo I, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e pela Constituição Federal, o pai tem direito a uma licença-paternidade de 5 (cinco) dias contínuos logo após o nascimento do seu bebê. A licença-paternidade objetiva garantir à mãe e ao bebê a companhia e os cuidados do pai nos primeiros dias após o parto. Algumas empresas, atualmente, já aderiram à licença-paternidade de 15 dias, apesar de ainda não

haver legislação que regulamente o referido período. O pai tem o direito de participar do pré-natal e o direito de ter acesso ao acompanhamento da gestante no hospital e na maternidade.

13.5 Amamentação

A mulher que esteja amamentando, tem o direito a dois descansos especiais remunerados, de 30 minutos cada, durante a jornada de trabalho, até que o seu filho complete seis meses de vida. Se houver um número elevado de funcionárias, tem direito a creche no período de amamentação no local de trabalho ou pago pelo empregador.

14 . BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Abenheim HA, Azoulay L, Kramer MS, Leduc L. Incidence and risk factors of amniotic fluid embolisms: a population-based study on 3 million births in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:49.e1.
- ACOG Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; 122:1139.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Weight gain during pregnancy. Committee Opinion No. 548. *Obstet Gynecol* 2013;121:210–2
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy 2013
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 485: Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. *Obstet Gynecol* 2011; 117:1019.
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2015 (suppl 1):s8-16.
- Angstetra D, Ferguson J, Giles W. Institution of universal screening for Group B streptococcus (GBS) from a risk management protocol results in reduction of early-onset GBS disease in a tertiary obstetric unit. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2007 10;47(5):378-382.
- Artal R et al. Exercise during pregnancy and the postpartum period. Up to date nov. 2016.
- Associação Brasileira de Medicina de Tráfego. Adura FE, Montal JHC, Sabbag AF (ed). *Uso do Cinto de Segurança Durante a Gravidez*. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2003. http://www.abramet.com.br/files/abramet_diretrizes_uso_do_cinto_de_seguranca_durante_a_gravidez.pdf
- Atalah, E. S. et al. Propuesta De Un Nuevo Estándar De Evaluación Nutricional Em Embarazadas. *Rev. Med. Chile*, V. 125, (12): 1429-1436, 1997.
- Balsells M, García-Patterson A, Solà I, et al. Glibenclamide, metformin, and insulin for the treatment of gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015; 350:h102.
- Barakat R, Pelaez M, Cordero Y, Perales M, Lopez C, Coteron J, Mottola MF. Exercise during pregnancy protects against hypertension and macrosomia: randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 May;214(5):649.e1-8.

- Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2011; 117:663.
- Berghella V, Mackeen AD. Cervical length screening with ultrasound-indicated cerclage compared with history-indicated cerclage for prevention of preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2011; 118:148.
- Bhattacharya S, Raja EA, Mirazo ER, et al. Inherited predisposition to spontaneous preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2010; 115:1125.
- Brasil. Constituição Federal. artigo 7º, inciso XVIII licença-gestante
- _____. Conitec. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Protocolo. Relatório de Recomendação. Brasília:Jan 2016.
- _____. Departamento de DST/AIDS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites. Brasília: 2015.
- _____. Departamento de DST/AIDS. Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV. Brasília: 2014.
- _____. IBGE, 2011: Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil 2008-2009 Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf
- _____. Lei nº 11.108m 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). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.
- _____. Lei que amplia a licença maternidade para 180 dias. 09/09/2008
- _____. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso, 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010
- _____. Ministério da Saúde. INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia de manejo clínica da infecção pelo HTLV. Brasília: Ministério da Saude, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saude, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Normas técnicas de profilaxia da raiva humana / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diagnóstico sorológico para HIV. Portaria SVS/MS nº 151, de 14/10/2009, publicada no DOU em 16/10/2009.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. 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.
- _____. Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005. Regulamentada, em conformidade com o artigo 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://dtr201.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2418.htm>.

- Bruckner TA, Cheng YW, Caughey AB. Increased neonatal mortality among normal-weight births beyond 41 weeks of gestation in California. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:421.e1.
- Buckwalter JG, Simpson SW. Psychological factors in the etiology and treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:S210.
- Buschur E, Brown F, Wyckoff J. Using oral agents to manage gestational diabetes: what have we learned? *Curr Diab Rep.* 2015 Feb;15(2):570.
- Camelo Castillo W, Boggess K, Stürmer T, et al. Trends in glyburide compared with insulin use for gestational diabetes treatment in the United States, 2000-2011. *Obstet Gynecol* 2014; 123:1177.
- Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections, Syphilis Chapter. 2015. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-eng.php>
- Carellos EV, Caiaffa WT, Andrade GM, Abreu MN, Januário JN; UFMG Congenital Toxoplasmosis Brazilian Group (UFMG-CTBG). Congenital toxoplasmosis in the state of Minas Gerais, Brazil: a neglected infectious disease? *Epidemiol Infect.* 2014 Mar;142(3):644-55.
- Carstairs SD. Ondansetron Use in Pregnancy and Birth Defects: A Systematic Review. *Obstet Gynecol* 2016; 127:878.
- CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR* 2015;64(3):44. Accessed at: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/>
- Chitayat D, Matsui D, Amitai Y et al. Folic acid supplementation for pregnant women and those planning pregnancy: 2015 update. *J Clin Pharmacol.* 2016 Feb;56(2):170-5.
- Conselho Federal de Enfermagem: Resolução COFEN 0516/2016).
- Cortina-Borja M, Tan HK, Wallon M, Paul M, Prusa A, Buffolano W, Malm G, Salt A, Freeman K, Petersen E, Gilbert RE; European Multicentre Study on Congenital Toxoplasmosis (EMSCOT). Prenatal treatment for serious neurological sequelae of congenital toxoplasmosis: an observational prospective cohort study. *PLoS Med.* 2010 Oct 12;7(10).
- De-Regil LM, Palacios C, Lombardo LK, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jan 14;(1):CD008873.
- Dhulkotia JS, Ola B, Fraser R, Farrell T. Oral hypoglycemic agents vs insulin in management of gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:457.e1.

- Dingens AS, Fairfortune TS, Reed S, Mitchell C. Bacterial vaginosis and adverse outcomes among full-term infants: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Sep 22;16(1):278.
- Dodd JM, Jones L, Flenady V, et al. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; CD004947.
- Domingues RM, Dias MA, Schilithz AO, Leal MD. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. *Reprod Health*. 2016 Oct 17;13(Suppl 3):115.
- Dubey JP, Lago EG, Gennari SM, Su C, Jones JL. Toxoplasmosis in humans and animals in Brazil: high prevalence, high burden of disease, and epidemiology. *Parasitology*. 2012 Sep;139(11):1375-424.
- Edelhofer R, Prossinger H. Infection with *Toxoplasma gondii* during Pregnancy: seroepidemiological studies in Austria. *Zoonoses Public Health* 2010;57:18-26.
- Esplin MS, O'Brien E, Fraser A, et al. Estimating recurrence of spontaneous preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 112:516.
- Estado de São Paulo. Dispõe sobre a realização do teste para pesquisa do HIV na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre de gestação e no momento do parto, e dá outras providências. Resolução SS nº 74, de 23 de junho de 2014 (Nº 115 – DOE de 24/06/14).
- Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Norma Técnica do Programa de Imunização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2016.
- Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual DST/AIDS. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo, 2016. p.33-36.
- Evenson KR, Barakat R, Brown WJ, Dargent-Molina P, Haruna M, Mikkelsen EM et al. Guidelines for Physical Activity during Pregnancy: Comparisons From Around the World. *Am J Lifestyle Med*. 2014 Mar;8(2):102-121.
- Farr A, Kiss H, Hagmann, Machal S, Holzer I, Kueronya I et al. Role of *Lactobacillus* Species in the Intermediate Vaginal Flora in Early Pregnancy: A Retrospective Cohort Study. *PLoS One*. 2015; 10(12): e0144181.

- Findal G, Stray-Pedersen B, Holter EK, Berge T, Jennum PA. Persistent Low Toxoplasma IgG Avidity Is Common in Pregnancy: Experience from Antenatal Testing in Norway. *PLoS One*. 2015 Dec 29;10(12):e0145519.
- Ghanem KG. Management of Adult Syphilis: Key Questions to Inform the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis*. 2015 Dec 15;61 Suppl 8:S818-36.
- Giordano JC, Parpinelli MA, Cecatti JG, Haddad SM, Costa ML, Surita FG, Pinto E Silva JL, Sousa MH. The burden of eclampsia: results from a multicenter study on surveillance of severe maternal morbidity in Brazil. *PLoS One*. 2014 May 13;9(5):e97401.
- Glaser AP, Schaeffer AJ. Urinary Tract Infection and Bacteriuria in Pregnancy. *Urol Clin N Am*, 42 (2015) 547–560
- Gontijo da Silva M, Clare Vinaud M, de Castro AM. Prevalence of toxoplasmosis in pregnant women and vertical transmission of *Toxoplasma gondii* in patients from basic units of health from Gurupi, Tocantins, Brazil, from 2012 to 2014. *PLoS One*. 2015 Nov 11;10(11):e0141700.
- Grigg ME, Dubey JP, Nussenblatt RB. Ocular toxoplasmosis: lessons from Brazil. *Am J Ophthalmol*. 2015 Jun;159(6):999-1001. doi: 10.1016/j.ajo.2015.04.005.
- Gras L, Wallon M, Pollak A, Cortina-Borja M, Evengard B, Hayde M, Petersen E, Gilbert R; European Multicenter Study on Congenital Toxoplasmosis. Association between prenatal treatment and clinical manifestations of congenital toxoplasmosis in infancy: a cohort study in 13 European centres. *Acta Paediatr*. 2005 Dec;94(12):1721-31.
- Grobman WA, Thom EA, Spong CY, et al. 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate to prevent prematurity in nulliparas with cervical length less than 30 mm. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207:390.e1.
- Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD004945.
- Haddad SM, Cecatti JG, Souza JP, Sousa MH, Parpinelli MA, Costa ML et al. Applying the maternal near miss approach for the evaluation of quality of obstetric care: a worked example from a Multicenter Surveillance Study. *Biomed Res Int*. 2014;2014:989815.
- Hawkes S, Matin N, Broutet N, et al. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2011;11:684–91.

- Hofmeyr GJ,Barrett JF,Crowther CA. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*.2015 Dec 19;(12):CD006553.
- International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 2010; 33:676.
- Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Re-examine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
- Instituto Nacional do Câncer. INCA. Ministerio da saúde. Diretrizes para o rastreamento do câncer de colo do útero. 2011
- Işik G, Demirezen Ş, Dönmez HG, Beksaç MS. Bacterial vaginosis in association with spontaneous abortion and recurrent pregnancy losses. *J Cytol*.2016 Jul-Sep;33(3):135-140.
- Jovanovic L, Pettitt DJ. Treatment with insulin and its analogs in pregnancies complicated by diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30 Suppl 2:S220.
- Kaaja E, Kaaja R, Matila R, Hillesmaa V. Enzyme-inducing antiepileptic drugs in pregnancy and the risk of bleeding in the neonate. *Neurology* 2002; 58:549.
- Kwatra G, Cunningham MC, Merrall E, Adrian PV, Ip M, Klugman KP, Tam WH, Madhi SA. Prevalence of maternal colonisation with group B streptococcus: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2016 Sep;16(9):1076-84.
- Langer O, Conway DL, Berkus MD, et al. A comparison of glyburide and insulin in women with gestational diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2000; 343:1134.
- Laughon SK, Albert PS, Leishear K, Mendola P. The NICHD Consecutive Pregnancies Study: recurrent preterm delivery by subtype. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210:131.e1.
- Martinelli S, Bittar R, Zugaib M. Proposta de Nova Curva de Altura Uterina para Gestantes entre a 20a e a 42a Semana. *RBGO*. 23 (4): 235-241, 2001
- Matteson S, Roscoe J, Hickok J, Morrow GR. The role of behavioral conditioning in the development of nausea. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:S239.

- Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 8;(9):CD007575.
- Mbah AK, Alio AP, Fombo DW, et al. Association between cocaine abuse in pregnancy and placenta-associated syndromes using propensity score matching approach. *Early Hum Dev* 2012; 88:333.
- McParlin, C. et al. Treatments for Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Systematic Review. *JAMA*, v. 316, n. 13, p. 1392-1401, Oct 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27701665> >
- Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, et al. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:1216.
- Metzger BE, Gabbe SG, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 2010; 33:676.
- Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:210.
- Mottola MF. Components of exercise prescriptions. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2016 Sept. 59 (3): 552–8.
- Mussi-Pinhata M.M., Nobre R.A., Martinez F.E., Jorge S.M., Ferlin M.L., Gonçalves A.L. Early-onset bacterial infection in Brazilian neonates with respiratory distress: a hospital-based study. *J Trop Pediatr*, 50 (2004), pp. 6–11
- Nicholson W, Bolen S, Witkop CT, et al. Benefits and risks of oral diabetes agents compared with insulin in women with gestational diabetes: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2009; 113:193.
- Organização Mundial da Saúde. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Geneva: 2011.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016.

- Owen J, Hankins G, Iams JD, et al. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201:375.e1.
- Petersen EE, Meaney-Delman D, Neblett-Fanfair R et al. Update: Interim Guidance for Preconception Counseling and Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus for Persons with Possible Zika Virus Exposure - United States, September 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016 Oct 7;65(39):1077-1081.
- Räisänen S, Kancherla V, Kramer MR, et al. Placenta previa and the risk of delivering a small-for-gestational-age newborn. *Obstet Gynecol* 2014; 124:285.
- Redman CW. Hypertension in pregnancy: the NICE guidelines. *Heart*. 2011;97(23):1967-9
- Romero R, Nicolaides KH, Conde-Agudelo A, O'Brien JM, Cetingoz E, Da Fonseca E et al. Vaginal progesterone decreases preterm birth \leq 34 weeks of gestation in women with a singleton pregnancy and a short cervix: an updated meta-analysis including data from the OPPTIMUM study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016 Sep;48(3):308-17.
- Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, et al. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284:47.
- Santos JP, Pileggi-Castro C, Camelo JS Jr et al. Neonatal near miss: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Dec 1;15:320.
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual DST/AIDS. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo, 2016. p.33-36.
- Shekhar S, Gupta N, Kirubakaran R, Pareek P. Oral nifedipine versus intravenous labetalol for severe hypertension during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2016 Jan;123(1):40-7.
- Sinha A, Russell LB, Tomczyk S, Verani JR, Schrag SJ, Berkley JA, Mohammed M, Sigauque B, Kim SY; GBS Vaccine Cost-Effectiveness Analysis in Sub-Saharan Africa Working Group. Disease Burden of Group B Streptococcus Among Infants in Sub-Saharan Africa: A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J*. 2016 Sep;35(9):933-42.

- Smith JM1, Lowe RF, Fullerton J, Currie SM, Harris L, Felker-Kantor E. An integrative review of the side effects related to the use of magnesium sulfate for pre-eclampsia and eclampsia management. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Feb 5;13:34.
- Souza JP et al. Maternal morbidity and near miss in the community: findings from the 2006 Brazilian demographic health survey. *BJOG*. 2010 Dec;117(13):1586-92.
- Spong CY. Defining “term” pregnancy: recommendations from the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. *JAMA* 2013; 309:2445.
- Trujillo J, Vigo A, Reichelt A, Duncan BB, Schmidt MI. Fasting plasma glucose to avoid a full OGTT in the diagnosis of gestational diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2016 Sep;105(3):322-6.
- Vahanian SA, Lavery JA, Ananth CV, Vintzileos A. Placental implantation abnormalities and risk of preterm delivery: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213:S78.
- Verani JR, McGee L, Schrag SJ, Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR Recomm Rep*. 2010;59(RR-10):1.
- Verani JR, Spina NL, Lynfield R, Schaffner W, Harrison LH, Holst A, Thomas S, Garcia JM, Scherzinger K, Aragon D, Petit S, Thompson J, Pasutti L, Carey R, McGee L, Weston E, Schrag SJ. Early-onset group B streptococcal disease in the United States: potential for further reduction. *Obstet Gynecol*. 2014 Apr;123(4):828-37.
- Wendel GD, Jr., Sheffield JS, Hollier LM, et al. Treatment of syphilis in pregnancy and prevention of congenital syphilis. *Clin Infect Dis* 2002;35(Suppl 2):S200–9.
- Winer N, Bretelle F, Senat MV, et al. 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate does not prolong pregnancy or reduce the rate of preterm birth in women at high risk for preterm delivery and a short cervix: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212:485.e1.
- World Health Organization. WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia. World Health Organization; Geneve, 2011.
- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use - 5th ed. Geneve, 2015.

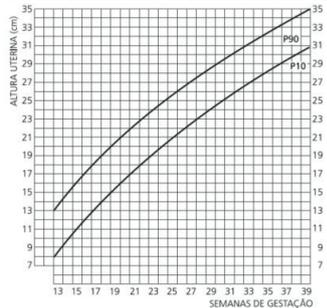
World Health Organization. WHO recommendations for an antenatal care with a positive experience. Geneve, 2016.

Yamashita M, Hayashi S, Endo M, et al. Incidence and risk factors for recurrent spontaneous preterm birth: A retrospective cohort study in Japan. *J Obstet Gynaecol Res* 2015; 41:1708.

Zhu L, Qin M, Du L, et al. Maternal and congenital syphilis in Shanghai, China, 2002 to 2006. *Int J Infect Dis* 2010;14(Suppl 3):e45–8.

15 . ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de Acompanhamento Pré Natal

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE FICHA DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	
IDENTIFICAÇÃO	
RG/Unidade: _____	
Nome: _____	SIS Pré-Natal: _____
Cartão SUS: _____	
Idade: _____	Cor (por auto declaração): <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena
Alfabetizada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Outro: _____
Endereço: _____	Nº _____ Complemento: _____
Cidade: _____	UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
Nome do acompanhante para o parto: _____	Maternidade de referência: _____
Responsável pelo registro: _____	Data de registro no pré-natal: _____
ANTECEDENTES DESSA GRAVIDEZ: (CONDIÇÕES EM QUE ENGRAVIDOU, SINTOMAS, INTERNAÇÕES, USO DE MEDICAMENTOS, HÁBITOS, VÍCIOS, PESO, DIETA, EXERCÍCIOS, VACINAS, CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO, ATIVIDADE PROFISSIONAL... _____ _____ _____ _____	
ANTECEDENTES PESSOAIS PRÉ-GESTACIONAIS (INTERNAÇÕES, TRANSFUÇÕES, HÁBITOS, VÍCIOS, PESO HABITUAL, DIETA, EXERCÍCIOS, DOENÇAS PRÉVIAS, VACINAS PRÉVIAS...) _____ _____ _____	
ANTECEDENTES FAMILIARES _____ _____	
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Menarca: _____ DUM: _____ DPP: ____/____/____ DUM Confirmada por USG < 20 sem.: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ciclos regulares: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Método contraceptivo: _____	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Gestações: _____ Partos normais: _____ Fórceps: _____ Cesarianas: _____ Abortos: _____ Espontâneos: _____ Provocados: _____	RECÉM-NASCIDOS Mal-formação(ões): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ Prematuro(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ Natimorto(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ Neomorto(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: < 01 semana: _____ > 01 semana: _____ Peso: < 2500g: _____ ≥ 4000g: _____
IMUNIZAÇÕES Vacina anti-tetânica: <input type="checkbox"/> Imune < 5a <input type="checkbox"/> Imune > 5a <input type="checkbox"/> Ignorado ou não imune 1ª Dose: ____/____/____ 2ª Dose: ____/____/____ 3ª Dose: ____/____/____ Reforço: ____/____/____ Vacina influenza: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Imunoglobulina anti-D (28 semanas): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Atividades educativas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Visita a maternidade: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____	CURVA DE ALTURA UTERINA / IDADE GESTACIONAL 

Preparando amamentação e puerpério: ___/___/___

OUTROS DADOS (VISITAS DOMICILIARES...)

ENCAMINHAMENTOS

Referência	Motivo

DADOS DO PARTO
 Início Trabalho de Parto: Espontâneo Induzido Via: Vaginal Fórcipe Cesariana, indicação: _____
 Idade gestacional: _____
 Morte fetal: Não Sim Complicações no trabalho de parto ou parto: Não Sim _____
 Acompanhante: Sim Não: _____ Técnicas para aliviar a dor? Massagem Chuveiro ou banheira Analgésia peridural (nas costas)

RECÉM-NASCIDO
 Sexo: Feminino Masculino APGAR: 1' ___ 5' ___ Reanimação: Sim Não Peso: _____ gr. Adequação do peso: Adequado Pequeno Grande
 Mal-formação: Não Sim Evolução neonatal: Normal Anormal: _____
 Puerpério fisiológico: Sim Não: _____

PUERPÉRIO
 Dificuldades no aleitamento: Não Sim: _____
 Visitas pós-parto
 1. Data: ___/___/___ Queixa: _____ Conduta: _____ Retorno: ___/___/___
 Mucosas: Coradas Descoradas Mamas: Normais Alteradas Abdome: _____ mm II: _____ Puerpério normal: Sim Não
 2. Data: ___/___/___ Queixa: _____ Conduta: _____ Retorno: ___/___/___
 Mucosas: Coradas Descoradas Mamas: Normais Alteradas Abdome: _____ mm II: _____ Puerpério normal: Sim Não

Método anticoncepcional iniciado: Condom Oral com progestágeno Oral combinado Anel vaginal Injetável mensal (E+P)
Injetável trimestral (P) DIU cobre SIU-P Implante sub-dérmico Ligadura tubárea Outros. _____ Data de início: ___/___/___

Anexo 2 – Formulário de encaminhamento



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Encaminhamento

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
Endereço: _____ Telefone: _____
Contato feito com: _____

Nome da paciente: _____ Idade: _____

Diagnósticos: _____

Resumo de história clínica: _____

Principais exames complementares: _____

Tratamentos realizados: _____

Responsável pelo encaminhamento: _____
(nome/carimbo)

AVALIAÇÃO NA REFERÊNCIA: _____

Responsável pela avaliação: _____
(nome/carimbo)

Contato: _____

Anexo 3 – Medicamentos essenciais na atenção pré-natal, ao parto e puerpério

Nº Medicamento	Uso	Apresentação RENAME
1 Acetato de medroxiprogesterona	Anticoncepcional injetável trimestral	150 mg/ml
2 Aciclovir	Herpes simples	Comp. 200 mg Pó para sol. inj. 250 mg
3 Ácido acetilsalicílico	Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, infarto do miocárdio	Comp. 100 mg Comp. 500 mg
4 Ácido fólico	Anemia, prevenção defeitos tubo neural e anemia megaloblástica	Solução oral – 0,2mg/mL
5 Ácido folínico	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 15 mg
6 Alfa-metildopa	Hipertensão arterial	Comp. rev. 250 e 500mg
7 Aminofilina	Asma + apnéia do RN, embolia pulmonar	Comp. 100 mg Sol. inj. 24 mg/ml
8 Amoxicilina	Antibioticoterapia	Cáp. 500 mg
9 Ampicilina	Infecção urinária, infecções RN, abortamento infectado septicemia, infecção puerperal, endocardite bacteriana	Pó susp. oral 50 mg/mL Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 500 mg Comp. 500 mg
10 Azitromicina	Antibioticoterapia	Comp. 500 mg
11 Betametasona	Trabalho parto prematuro	Sol. inj. 12 mg
12 Bromocriptina	Hiperprolactinemia	Comp. 2,5 mg Comp. 5 mg
13 Cabergolina	Inibição da lactação	Comp. 0,5 mg
14 Carbamazepina	Epilepsia	Comp. 200 mg Xarope 20 mg/ml
15 Carbonato de cálcio	Deficiência de cálcio/prevenção PE	Comp. 500mg
16 Cefalosporina 1ª geração	Infecção urinária, bacteriúria	Cáp. 500 mg Susp. oral 50 mg/ml
17 Cefalosporina de 3ª geração (cefotaxima, ceftazidima, ceftriaxona)	Antibioticoterapia, infecção urinária, septicemia	Pó para sol. inj. 500 mg Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 250 mg

18 Clindamicina	Malária falciparum, infecção RN, vaginose bacteriana, abortamento infectado septicemia, infecção puerperal, embolia pulmonar, corioamnionite	Cáp. 150 mg Cáp. 75 mg Sol. inj. 150 mg/ml
19 Clonazepam	Epilepsia	Comp. 0,5 mg Comp. 2 mg Sol. oral gotas 2,5 mg/ml
20 Cromoglicatos	Asma	Aerossol 500 µg/d
21 Dexametasona	Trabalho parto prematuro broncodisplasia RN	Sol. inj. 2 mg/ml Sol. inj. 4 mg/ml
22 Diazepan	Hemorragia intracraniana, depressão, outros	Comp. 2 mg Comp. 5 mg Sol. inj. 5 mg/ml
23 Dimeticona/simeticona	Gases	Comp. 40 mg Comp. 120 mg
24 Dipirona	Analgésico, antitérmico	Sol. oral 500 mg/ml Sol. inj. 500 mg/ml
25 Eritromicina	Antibioticoterapia	Cáp. 500 mg Comp. rev. 500 mg Susp. oral 25 mg/ml
26 Espiramicina	Toxoplasmose	Comp. rev. 500 mg
27 Fenitoína 250 mg	Eclâmpsia, convulsões RN	Comp. 100 mg Susp. oral 25 mg/ml Sol. inj. 100 mg/ml
28 Fenobarbital	Epilepsia	Comp. 100mg Gts. oral 40 mg/ml Sol. inj. 100 mg/ml
29 Fenoterol	Asma	Xarope 0,05 mg/ml Xarope 0,5 mg/ml Gotas 5 mg/ml Comp. 2,5 mg Inalante 0,5 mg/2 ml Inalante 1,25 mg/ml Aerossol 4 mg/ml Aerossol 2 mg/ml
30 Furosemida ou espironolactona	Diurético + broncodisplasia RN + edema agudo de pulmão	Comp. 40 mg Sol. inj. 10 mg/ml; Comp. 25 mg
31 Gentamicina ou amicacina	Abortamento infectado, infecções RN, septicemia, corioamnionite, infecção puerperal	Sol. inj. 10 mg/ml e 40 mg/ml; Sol. inj. 50 mg/ml e 250 mg/ml

32	Gluconato de cálcio a 10%	Antídoto do sulfato de magnésio, em casos de parada respiratória, hipocalcemia RN	Sol. inj. 0,45 mEq por ml (10%)
33	Hexahidrobenzoato de estradiol	Inibição da lactação	Sol. inj. 5 mg
34	Hidralazina 20 mg	Hipertensão arterial	Sol. inj. 20 mg/ml
35	Hidrocortisona	Asma	Pó para sol. inj. 100 e 500 mg
36	Hidróxido de alumínio e magnésio	Azia	Comp. mastigável 200 mg + 200 mg Susp. oral 35,6 mg + 37 mg/ml
37	Hioscina/ butilescopolamina	Cólicas	Comp. 10 mg
38	Imunoglobulina humana anti-D	Isoimunização materno-fetal	Sol. inj. 300 mg
39	Imunoglobulina humana anti-hepatite B	Hepatite B	Sol. inj. 200 UI/ml
40	Insulina	Diabetes	Sol. inj. 100 UI/ml
41	Iodeto de potássio	Crise tireotóxica	Sol. oral iodo 50 mg + iodeto 100 mg/ml
42	Lamiduvina	Profilaxia infecção HIV	Comp. 150 mg Sol. oral 10 mg/ml
43	Mebendazol	Helmintíase	Comp. 150 mg Susp. oral 20 mg/ml
44	Metilprednisolona	Asma	Pó para sol. inj. 500 mg
45	Metoclopramida	Hiperêmese	Comp. 10 mg Sol. oral 4 mg/ml Sol. inj. 5 mg/ml
46	Metotrexate	Gravidez ectópica	Sol. inj. 50 mg
47	Metronidazol	Vaginites, infecção puerperal, septicemia, abortamento infectado	Comp. 250 mg
48	Metronidazol creme vag.	Corrimentos, colpíte, abortamento infectado	Creme vag. 5%
49	Miconazol	Antifúngico	Creme 2% Creme vaginal 2% Gel oral 2% Loção 2% Pó 2%
50	Misoprostol	Indução trabalho de parto precoce, óbito fetal, hemorragia puerperal	Comp. 25 µg Comp. 200 µg

51 Nelfinavir	Profilaxia infecção HIV	Comp. 250 mg Pó sol. oral 50 mg
52 Nifedipina	Crise hipertensiva/Hipertensão arterial	Comp. 10mg (ação rápida) Comp 20 mg (uso manutenção)
53 Nistatina creme vag.	Corrimentos, colpíte	Creme vag. 25.000 UI/g
54 Nitrofurantoína	Infecção urinária, bacteriúria	Comp. 100 mg Susp. oral 5 mg/ml
55 Oxacilina	Antibioticoterapia sífilis RN	Pó para sol. inj. 500 mg
56 Paracetamol/acetaminofen	Analgésico, antitérmico	Comp. 500 mg Sol. oral 100 mg/ml
57 Penicilina benzatina	Sífilis	Pó para sol. inj. 600.000 UI e 1.200.000 UI
58 Penicilina cristalina	Antibioticoterapia, endocardite bacteriana	Sol. inj. 1; 1,5; 5 e 10 milhões de UI
59 Pirimetamina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 25 mg
60 Prednisona	Lúpus eritematoso sistêmico, asma	Comp. 5 mg Comp. 20 mg
61 Propanolol	Hipertensão arterial crise tireotóxica, hipertireoidismo	Comp. 40 mg Comp. 80 mg
62 Rifampicina	Hanseníase, tuberculose	Cáp. 300 mg
63 Salbutamol	Trabalho parto prematuro, asma	Xarope 0,4 mg/ml Aerossol 100 µg por dose Sol. inj. 500 µg/ml Comp. 2mg Sol. ina. 5mg/ml
64 Sulfadiazina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 500 mg
65 Sulfametoxazol + trimetoprim	Quimioprofilaxia para Pneumocystis carinii, antibioticoterapia	Comp. 400 + 80 mg Sol. inj. 80 + 16 mg/ml Susp. oral 40 + 8 mg/ml
66 Sulfato de magnésio a 10% e 50%	Eclâmpsia (convulsão e emergência hipertensiva), hipomagnesemia RN	Ampola 10ml (1g a 10% e 5g a 50%)
67 Sulfato ferroso	Anemia	Comp. revest. 40 mg Sol. oral 25 mg/ml
68 Teofilina	Asma	Comp. lib. len. 100 mg e 200 mg
69 Tiabendazol	Estrongiloidíase	Comp. 500 mg Susp. oral 50 mg/ml
70 Verapamil	Hipertensão arterial	Comp. 40 mg Comp. 80 mg

71 Vitamina A

Puerpério

Cáp. 200.000 UI
Sol. oral 150.000 UI/ml

72 Zidovudina

Terapia anti-retroviral

Cáp. 100 mg

Anexo 4 – Antibióticos na gestação

Drug	Fetal Toxicity	Comments	Prior FDA Category
Penicillins			
Penicillin G	Low risk	Commonly used	B
Amoxicillin	Low risk	Commonly used	B
Ampicillin	Low risk	Commonly used	B
Cephalosporins			
Cephalexin	Low risk	1st generation; commonly used	B
Cefuroxime	Low risk	2nd generation; commonly used	B
Ceftriaxone	Low risk	3rd generation; commonly used	B
Ceftazidime	Low risk (limited data)	3rd generation with antipseudomonal coverage	B
Cefepime	Low risk (limited data)	4th generation with antipseudomonal coverage	B
Monobactams			
Aztreonam	Low risk (limited data)	Limited data; consider ID consultation	B
Carbapenems			
Imipenem	Very limited data	Limited data; must be administered with cilastatin; consider ID consultation	C
Meropenem	Very limited data	Limited data; consider ID consultation	B
Lincosamides			
Clindamycin	Low risk	Commonly used; useful in penicillin-allergic patients	B
Macrolides			
Azithromycin	Low risk	Commonly used	B
Erythromycin	Low risk	More gastrointestinal side effects than azithromycin	
Nitrofurans			
Nitrofurantoin	Controversial teratogenic risk; risk of hemolytic anemia in G6PD deficiency during third trimester	Commonly used; use for only for lower UTIs	B
Phosphonics			
Fosfomycin	Low risk (limited data)	Use for only for lower UTIs	B
Sulfonamides			
Sulfadiazine	Risk of antifolate teratogenesis; risk of hyperbilirubinemia in third trimester	Avoid if alternatives available	C
Trimethoprim-sulfamethoxazole	Risk of antifolate teratogenesis	Avoid in pregnancy	C
Glycopeptides			
Vancomycin	Very limited data	Limited data; consider ID consultation	B
Oxazolidinones			
Linezolid	Only case reports available	Limited data; consider ID consultation	C
Lipopeptides			
Daptomycin	Only case reports available	Limited data; consider ID consultation	B
Aminoglycosides			
Gentamycin	Potential risks of ototoxicity and nephrotoxicity	Commonly used; useful for pyelonephritis	C
Fluoroquinolones			
Ciprofloxacin	Theoretic risk of arthropathy	Avoid in pregnancy	C
Tetracyclines			
Tetracycline	Risk of teratogenicity and discoloration of teeth/bones	Avoid in pregnancy	D
Doxycycline	—	Avoid in pregnancy	D

Abbreviations: G6PD, glucose-6-phosphate dehydrogenase; ID, infectious disease.
Data from Refs. 18,27,28,44

Anexo 5 – Uso de drogas na amamentação

GRUPOS DE DROGAS	USO CONTRA-INDICADO DURANTE A LACTAÇÃO	USO CRITERIOSO DURANTE A LACTAÇÃO	USO COMPATÍVEL COM A LACTAÇÃO
ANALGÉSICOS, ANTITÉRMICOS, ANTIINFLAMATÓRIOS E OPIÁCEOS	Sais de ouro.	Fenilbutazona, indometacina, dextropropoxifeno. Doses elevadas/uso prolongado: morfina, codeína, petidina, salicilatos.	Ácidos mefenâmico e flufenâmico. Diclofenaco. Piroxicam. Naproxeno, cetoprofeno, ibuprofeno, colchicina. Paracetamol, dipirona. Uso de curta duração: morfina, codeína, petidina, salicilatos.
ANTIBIÓTICOS E ANTIINFECCIOSOS	Doxaciclina.	Clindamicina, cloranfenicol, imipenem. Sulfametoxazol, sulfonamidas, nitrofurantoína, ácido nalidíxico. Quinolonas: evitar ciprofloxacina, preferir norfloxacina. Antivirais. Escabicidas: lindano e monossulfiran. Antimicóticos: cetoconazol, itraconazol, terconazol, isoconazol. Metronidazol, tinidazol, furazolidona. Antimaláricos. Pirimetamina. Clofazimina, dapsona.	Penicilinas, ampicilina, amoxicilina, carbenicilina, oxacilina, cefalosporinas, aminoglicosídeos, aztreonam, teicoplanina, vancomicina, eritromicina, azitromicina, claritromicina, lincomicina, tetraciclina, rifampicina, tuberculostáticos. Antivirais: aciclovir, idoxuridina. Escabicidas: exceto lindano e monossulfiran. Antimicóticos: miconazol, nistatina, fluconazol, clortrimazol, anfotericina B, griseofulvina. Anti-helmínticos. Antiesquistossomóticos. Pentamina, antimoniato de meglumina.
MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Anfetaminas, cocaína, heroína, LSD, maconha.	Antidepressivos: amitriptilina, imipramina, lítio, moclobemida, fluoxetina, maprotilina, paroxetina. Anticonvulsivantes: fenobarbital, butabarbital, primidona, difenilhidantoína, etosuximida, clonazepam. Antipsicóticos: haloperidol, droperidol, pimozida, sulpirida, clorpromazina, levopromazina, flufenazina, periciazina, tioridazina, pipotiazina. Derivados da ergotamina (antienxaqueca). Antiparkinsonianos.	Benzodiazepínicos: oxazepam e lorazepam. Anticonvulsivantes: carbamazepina, ácido valproílico. Clomipramina.
HORMÔNIOS E ANTAGONISTAS	Tamoxifen. Andrógenos. Bromocriptina, cabergolina. Misoprostol. Mifepristone. Estrógenos: doses elevadas.	Hipoglicemiantes orais. Propiltiuracil, carbamazol, metimazol. Corticosteróides: doses elevadas/uso prolongado. Ocitocina, ergonovina.	Adrenalina, insulina, tiroxina. Anticoncepcionais: progesterona (microdosagem), espermaticidas, DIU com progestogênio. Corticosteróides: uso de curta duração.

MISCALÊNIA	Amiodarona. Antineoplásicos: citotóxicos/imunossuppressores. Substâncias radioativas. Fenindiona.	Omeprazol, lansoprazol, pantoprazol. Teofilina, aminofilina. Iodetos, Iodopovidona. Antitussígenos. Nafazolina, oximetazolina, fenilefrina. Carisoprodol. Clonidina. Pizotifeno. Reserpina. Bebidas alcoólicas. Nicotina.	Antiácidos. Cimetidina, ranitidina, famotidina, cisaprida, metoclopramida, bromoprida, alisaprida, domperidona. Anti-histamínicos: preferir loratadina. Descongestionantes. Mucolíticos: exceto iodetos. Broncodilatadores orais e inalados. Heparina, warfarin, dicumarol. Betabloqueadores: preferir propanolol, labetalol. Digitálicos. Bloqueadores de canais de cálcio: nifedipina, verapamil. Anti-hipertensivos: metildopa, captopril, hidralazina. Diuréticos. Lidocaína. Laxativos. Vitaminas. Imunoglobulinas. Vacinas.
------------	---	--	--

- Suspende a amamentação temporária ou definitivamente.
- Podem ser usados em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais.
- Uso potencialmente seguro em doses habituais.

Anexo 6 – Características da área física

A unidade deve dispor de no mínimo algumas áreas:

- Hall de entrada
- Sala para coordenação da unidade.
- Sala para secretaria da unidade.
- Sala para serviço social.
- Sala de recepção para registro e espera.
- Sanitários para o público, separados para ambos os sexos.
- Sanitários para funcionários, separados para ambos os sexos.
- Consultórios médicos com lavatório e sanitário privativo.
- Sala de curativos.
- Sala de medicação.
- Local para depósito de material de limpeza.
- Sala para consulta de enfermagem.
- Setor para arquivo de prontuários.
- Farmácia.
- Sala para atividades educativas.

O cálculo da área física e da quantidade de consultórios requeridos pode ser realizado de diferentes maneiras, incluindo a quantidade de consultas ideais por habitante, que seria de duas a três por habitante por ano. Para esse cálculo, a estimativa do número de habitantes pode considerar a população compreendida entre seis e cinquenta anos de vida. Do total de consultas, cerca de 15% da demanda será de Obstetrícia. Multiplicando-se a quantidade de habitantes pelo número estimado de consulta por 0,15, divide-se pela quantidade aproximada de dias úteis do ano (264 dias). Como cerca de 20% os atendimentos corresponde às primeiras consultas, com duração aproximada de 30 minutos e que 80% são consultas de retorno, que duram cerca de 15 minutos, consegue-se planejar a quantidade de consultórios necessários para atender a demanda, considerando a jornada de trabalho, idealmente não excedendo 12 consultas / profissional por turno de trabalho de quatro horas.

Os recursos materiais mínimos necessários nos consultórios incluem:

- Mesa
- Cadeiras (também para o acompanhante)
- Mesa de exame ginecológico
- Escada de dois degraus
- Foco de luz
- Mesa de apoio para materiais
- Forro para mesa ginecológica
- Balança para adultos (peso / altura)
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio clínico
- Sonar Doppler
- Fita métrica flexível e inelástica
- Luvas
- Espéculos
- Pinças de Cheron
- Gazes
- Material para coleta de exame citológico e realização do teste de Schiller
- Material de apoio, como lubrificantes

A unidade pode dispor de disco gestacional, gráficos de índice de massa corpórea, gráficos de adequação do peso fetal, tabela de correção para aferição da pressão arterial, além dos impressos necessários, no intuito de melhor instrumentar os atendimentos.

Os materiais devem estar dispostos e em quantidade suficiente para evitar compartilhamento de instrumentos que possam prejudicar a higiene e as normas de prevenção de riscos biológicos, como por exemplo, o manuseio com líquidos de lubrificação.

