



Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP

Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério



Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP

Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
2010

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. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher.

Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

234p. : il. + CD-ROM

Vários autores

Vários colaboradores

1. Saúde da mulher 2. Cuidado pré-natal 3. Gestantes
4. Direitos da mulher

SES/CCD/CD 18/10

NLM WA310

Créditos

Créditos institucionais:

Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Planejamento em Saúde - CPS
Assessoria Técnica em Saúde da Mulher

Organizadoras:

Karina Barros Calife Batista
Tania Di Giacomo do Lago
Carmen Cecília de Campos Lavras

Autores:

Eliana Martorano Amaral
Francisco Lázaro Pereira de Sousa
José Guilherme Cecatti

Colaboradores:

Albertina Duarte Takiuti
Célia Regina Cicolo da Silva
Cláudia Medeiros de Castro
Débora Moraes Coelho
Edilene Silveira
Elisabete Onaga
Geresa Maria Figueiredo
Helena Keico Sato
Herculano Ramos Duarte Alencar
Iara Souza
Karina Barros Calife Batista
Luiza Harunari Matida
Lena Vânia Carneiro Peres
Maria Clara Gianna
Maria Lúcia Araújo Monteleone
Marta Campagnoni Andrade
Tania Di Giacomo do Lago
Umbeliana Barbosa de Oliveira
Wladimir Taborda

Apoio: Área Técnica Saúde da Mulher MS

Projeto gráfico e editoração: Olho de Boi Comunicações

	Apresentação	3.	Planejamento da gravidez
1.	Introdução	4.	Diagnóstico da gravidez
2.	Organização do processo assistencial	5.	Rotinas de atenção pré-natal
		6.	Procedimentos técnicos
		7.	Exames laboratoriais
		8.	Queixas frequentes
		9.	Intercorrências
		10.	Situações especiais
		11.	Orientações gerais
		12.	Aspectos psico-sociais e legais
		13.	Atenção ao puerpério
		14.	Anexos

Sumário

Apresentação	11
1 – Introdução	12
2 – Organização do processo assistencial	14
2.1 – Nas redes regionais de atenção à saúde	16
2.2 – Nas unidades básicas de saúde	16
2.2.1 – Atividades relacionadas ao cuidado em saúde	17
2.2.2 – Recursos humanos	19
2.2.3 – Área física e recursos materiais	21
2.3 – Avaliação permanente	23
3 – Planejamento da gravidez	26
4 – Diagnóstico da gravidez	36
5 – Rotinas da atenção pré-natal	40
5.1 – Plano da primeira consulta	45
5.2 – Plano das consultas de retorno	53
5.3 – Frequência das consultas	55
5.4 – Imunização	57
5.5 – Ações educativas	59
5.6 – Visitas domiciliares	61
5.7 – Encaminhamentos e transferências	61
6 – Procedimentos técnicos	64
6.1 – Métodos para cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP)	66
6.1.1 – Cálculo da idade gestacional	66
6.1.2 – Cálculo da data provável do parto	67
6.2 – Avaliação do estado nutricional (EN) e do ganho de peso gestacional	68
6.3 – Controle da pressão arterial (PA)	77
6.4 – Leitura da fita reagente para proteinúria	81
6.5 – Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)	82
6.5.1 – Palpação obstétrica	82
6.5.2 – Medida da altura uterina	85
6.6 – Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)	89
6.7 – Verificação da presença de edema	91

6.8 – Coleta de material para pesquisa de estreptococo do grupo B	93
6.9 – O preparo das mamas para o aleitamento	93
7 – Exames laboratoriais – rotinas, interpretações e condutas	96
7.1 – Tipagem sanguínea / fator Rh	98
7.2 – Sorologia para sífilis (VDRL)	99
7.3 – Urina tipo I	99
7.4 – Urocultura com antibiograma	100
7.5 – Hematimetria – dosagem de hemoglobina e hematócrito	100
7.6 – Glicemia de jejum e teste oral de tolerância a glicose	101
7.7 – Teste anti-HIV	101
7.8 – Sorologia para hepatite B (HBsAg)	106
7.9 – Sorologia para toxoplasmose	106
7.10 – Proto parasitológico de fezes	106
8 – Queixas frequentes	108
8.1 – Náuseas, vômitos e tonturas	110
8.2 – Pirose (azia)	110
8.3 – Eructação/plenitude gástrica	110
8.4 – Sialorreia (salivação excessiva)	111
8.5 – Fraquezas e desmaios	111
8.6 – Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal	111
8.7 – Doença hemorroidária	112
8.8 – Corrimento vaginal	112
8.9 – Queixas urinárias	113
8.10 – Falta de ar e dificuldade para respirar	113
8.11 – Mastalgia/descarga papilar	113
8.12 – Dor lombar (dores nas costas)	113
8.13 – Cefaleia (dor de cabeça)	114
8.14 – Sangramento nas gengivas	114
8.15 – Varizes	114
8.16 – Câimbras	114
8.17 – Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)	115
8.18 – Estrias	115
8.19 – Palpitação	115
8.20 – Edema	115
8.21 – Epistaxe/obstrução nasal	115
8.22 – Parestesias	116
8.23 – Insônia/hipersônia	116

9 – Intercorrências clínicas mais frequentes	118
9.1 – Hiperêmese	120
9.2 – Síndromes hemorrágicas	121
9.3 – Anemia	125
9.4 – Hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia	126
9.5 – Diabetes mellitus na gestação (DMG)	134
9.6 – Hepatite B	141
9.7 – Toxoplasmose	142
9.8 – Infecção do trato urinário (ITU)	145
9.9 – Sífilis	147
9.10 – Infecção por HIV	150
9.11 – Outras DST	151
9.12 – Trabalho de parto prematuro (TPP)	155
9.13 – Gestação prolongada	156
9.14 – Varizes e tromboembolismo	157
9.15 – Parasitoses intestinais	158
9.16 – Epilepsia	159
9.17 – Amniorrexe prematura	162
10 – Situações especiais	164
10.1 – Gestação múltipla	166
10.2 – Gravidez na adolescência	167
10.3 – Violência contra a mulher durante a gravidez	174
11 – Orientações gerais	184
12 – Aspectos psicossociais e legais	190
12.1 – Aspectos emocionais	192
12.2 – Aspectos éticos e trabalhistas	196
13 – Atenção ao puerpério	200
14 – Anexos	210
Anexo 1 – Ficha de acompanhamento pré-natal	212
Anexo 2 – Uso de drogas na amamentação	213
Anexo 3 – Medicamentos que devem estar disponíveis para a atenção ao pré-natal e puerpério	214
Anexo 4 – Relatório de encaminhamento	218
Referências bibliográficas	220





APRESENTAÇÃO

A publicação deste manual integra um conjunto de ações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para ampliar as possibilidades de efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Com o fornecimento ininterrupto de métodos contraceptivos aos municípios, esperamos ter facilitado o acesso de mulheres e homens aos meios seguros e eficazes para evitar uma gravidez não desejada. Paralelamente, medidas para melhorar a organização da assistência às mulheres durante os períodos de gravidez, parto e puerpério vêm sendo adotadas, particularmente em regiões com piores indicadores maternos e neonatais.

A obtenção de melhores resultados requer mudanças assistenciais muitas vezes complexas, mas possíveis, e dependem de esforços contínuos do Estado, dos municípios e dos profissionais de saúde envolvidos. Para orientar o planejamento dessa reorganização assistencial, propõe-se a construção da “Linha de Cuidado para as gestantes e as puérperas” em cada uma das regiões de saúde do Estado, conforme suas particularidades. **Linha de cuidado** é aqui entendida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas desse período, a serem ofertados de forma articulada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com base em protocolos clínicos/manuais técnicos.

Este manual propõe um conjunto de ações e procedimentos técnicos que compõem a assistência que se quer oferecer a todas as usuárias do SUS no Estado de São Paulo ao longo da gestação e do puerpério. Ele foi elaborado a partir do texto do Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, editado pelo Ministério da Saúde em 2006 e cedido por sua Área Técnica de Saúde da Mulher. Por esse motivo, grande parte do texto reproduz exatamente o original. As mudanças introduzidas visam adequá-lo à realidade específica do Estado de São Paulo, principalmente ao enfrentamento dos fatores que se relacionam às causas mais frequentes de mortalidade materna e neonatal nas várias regiões de saúde do Estado.

Vale, finalmente, ressaltar que as propostas contidas neste documento estão em consonância com as recomendações dos órgãos regulatórios brasileiros e da Organização Mundial de Saúde (OMS).



1– INTRODUÇÃO

Embora, nas últimas décadas, a cobertura de atenção ao pré-natal tenha aumentado, garantir sua qualidade permanece como o maior desafio. Essa melhoria da qualidade, no patamar em que estamos, refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços.

É preciso potencializar os recursos humanos e materiais existentes no Estado de São Paulo para o progressivo enfrentamento da morbimortalidade materna e perinatal. É verdade, também, que resultados nesse campo dependem de outros fatores, relativos ao desenvolvimento econômico, social e humano de cada região, que terminam por conferir maior ou menor suporte às mulheres no momento da reprodução.

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, bem como de possibilitar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliar o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher. A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde.

Feitas essas considerações, e respeitando-se as orientações constantes no Pacto pela Vida¹ e as decisões emanadas do Plano Estadual de Saúde de São Paulo², definem-se as seguintes diretrizes para nortear a atenção ao pré-natal e ao puerpério nas várias regiões de saúde do Estado:

- Respeito à autonomia da mulher na tomada de decisões sobre sua vida, em particular em relação à sua saúde, sua sexualidade e reprodução;
- Garantia de acesso da mulher a uma rede integrada de serviços de saúde que propicie abordagem integral do processo saúde/doença, 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;
- Oferta de cuidado sempre referendada por evidências científicas disponíveis;
- Garantia de adequada infraestrutura física e tecnológica das diversas unidades de saúde para atendimento da gestante e da puérpera;

¹ Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

² São Paulo, Secretaria de Estado Da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011. Renilson Rehem de Souza et al. (orgs.). São Paulo: SES, 2008.



- Aprimoramento permanente dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos na atenção à gestante e à puérpera, buscando a integração dos diversos campos de saberes e práticas e valorizando o trabalho em equipe multiprofissional e a atuação interdisciplinar;
- Desenvolvimento contínuo de processos de educação permanente dos profissionais de saúde;
- Incentivo ao parto seguro e confortável e ao aleitamento materno.





2.1 – Nas redes regionais de atenção à saúde	16
2.2 – Nas unidades básicas de saúde	16
2.2.1 – Atividades relacionadas ao cuidado em saúde	17
2.2.2 – Recursos humanos	19
2.2.3 – Área física e recursos materiais	21
2.3 – Avaliação permanente	23



Organização do processo assistencial

2.1 – NAS REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO A SAÚDE

É necessário planejar a organização da rede regional de atenção à saúde para garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres durante as diversas fases do ciclo gravídico-puerperal, desenvolvendo atividades de promoção à saúde e de prevenção, cura e reabilitação dos agravos e patologias eventualmente apresentados nesse período, incluindo os cuidados com o recém-nascido. Para isso, é preciso haver integração entre as diversas unidades de atenção à saúde, garantindo retaguarda ambulatorial especializada e hospitalar, se for o caso.

Esse atendimento deve ser fundamentado no conhecimento das condições de vida e de saúde de cada comunidade, o que pode ser obtido por meio da análise de dados demográficos e epidemiológicos, bem como da estrutura dos serviços de saúde existentes, incluindo as unidades básicas e os serviços de referência. São relevantes a normatização do fluxo da usuária na rede e o estabelecimento de todas as rotinas internas de cada unidade de saúde que a compõe.

Objetivamente, deverão estar estabelecidas:

- Articulação entre todas as unidades da rede regional de atenção à saúde para garantir atendimento contínuo e de qualidade em situações eletivas ou de emergência durante o pré-natal, o parto, o puerpério e para o recém-nascido, com garantia de atendimento especializado, quando indicado;
- Mecanismos adequados de regulação da assistência;
- Garantia de acesso a exames complementares e de fornecimento de medicações essenciais;
- Segurança no eventual transporte de pacientes.

2.2 – NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A oferta de cuidados qualificados à gestante, à puérpera e ao recém nascido exige a definição de estratégias de atendimento que envolvam todas as pessoas que, direta ou indiretamente, desempenhem atividades nas unidades de saúde que compõem determinada rede regional de atenção à saúde, em particular nas unidades básicas de saúde. Deve-se, nessas unidades, sempre buscar atender às necessidades das mulheres nesse momento de suas vidas, favorecendo uma relação ética entre as usuárias e os profissionais de saúde.

Para a garantia da qualidade, não se pode prescindir, nas unidades de saúde, de infraestrutura adequada, profissionais capacitados e organização dos processos de trabalho ali desenvolvidos. Esses processos devem ser fundamentados em um modelo de gestão participativa que identifique os obstáculos para um clima organizacional eficiente e apure as dificuldades estruturais para possibilitar melhorias, com a garantia de autonomia,

2.



índice

2.

cap.

privacidade e decisões compartilhadas sobre condutas com a mulher e seus familiares. A satisfação das usuárias é uma das metas a serem alcançadas. Há que se respeitar as normas legais e os parâmetros estabelecidos para adequação do espaço físico, recursos humanos e materiais.

2.2.1 – Atividades relacionadas ao cuidado em saúde

As rotinas estabelecidas nas unidades de saúde 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; 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. Também estão incluídos aspectos sobre a atuação em casos de urgência, considerando a assistência preliminar para esses casos e como deverá ser feito o acionamento do serviço de remoção.

A implantação de um roteiro de atividades deve ser flexível e aprimorada continuamente a partir de realidades locais, de indicadores que demonstrem o rendimento do serviço, idealmente aliada a sugestões de todos os envolvidos no processo: trabalhadores, usuários e gestores. É importante investir na valorização e na educação permanente dos envolvidos.

O registro das atividades desenvolvidas permite análise linear e dinâmica dos cuidados ofertados e seus resultados. É imprescindível a informação documentada de dados da gestante e do cuidado ofertado na unidade, no domicílio e nos setores referenciados, buscando diminuir a multiplicidade de intervenções ineficazes por diferentes profissionais.

O encaminhamento 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, a responsabilidade de acompanhamento do caso permanece com a unidade de saúde de origem, que deve manter vínculo com a usuária e sua família. Algumas estratégias podem ajudar a prevenir dificuldades potenciais decorrentes das diferentes propostas de conduta entre profissionais da atenção primária e especializada: o uso de um protocolo unificado de condutas por todos os serviços, a participação ativa e informada da mulher e seus familiares, a utilização de documentação da evolução clínica através de cartão da gestante, relatório de encaminhamento e comunicação verbal entre os profissionais envolvidos.

É imprescindível que as unidades estabeleçam um plano para encaminhamento/transfêrencia, tendo uma rotina por escrito para facilitar a homogeneidade dos procedimentos.





A gestante e os familiares devem conhecer os motivos da remoção, e os profissionais de saúde devem atentar para as informações prioritárias a serem fornecidas. É importante também que se definam os papéis, estabelecendo quem fará o contato com a referência e com o setor de transporte, o local onde a mulher deverá esperar e onde ocorrerá o estacionamento de viaturas, criando-se um fluxo nas situações eletivas e de emergência. As iniciativas de transferência preferencialmente 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.

Quando ocorrer consulta especializada na referência, o retorno à unidade original deve ser agendado e garantido. É relevante identificar se há obstáculos ou dificuldades para transporte para a consulta pré-natal, na informação e compreensão sobre os cuidados, para a guarda dos outros filhos durante o período de ausência, para a licença no trabalho ou financeiros diversos. Assim, deve-se levar em consideração que desafios sociais afetam diretamente o sucesso da atenção pré-natal, seja pela aderência ao programa, seja ao tratamento. Mais frequentemente, a resolução dessa situação envolve uma ação complexa, exigindo esforços multiprofissionais e governamentais.

Outra atividade relacionada ao cuidado em saúde a ser enfatizada diz respeito ao monitoramento do absenteísmo das gestantes no pré-natal. 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, segundo a rotina da unidade, podendo utilizar, por exemplo, a busca ativa pelo agente comunitário para esse fim.

No processo de gestão do cuidado em saúde, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

- **Ficha de acompanhamento pré-natal** – possibilita o registro dos dados relevantes da gestação com uma visão ampliada do curso da gravidez, do parto e do puerpério, incluindo dados do conceito; permite ainda homogeneizar as informações e serve de resumo com a perspectiva da atenção em perinatologia (**Anexo 1**).
- **Mapa de atendimento diário** – resumo da atividade do dia, 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.
- **Cartão da gestante** – deve ser completamente preenchido, com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando-se os riscos, quando existirem. Trata-se de um instrumento dinâmico que deve ser atualizado a cada consulta, servindo de elo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores, particularmente o hospitalar. Para tanto, a gestante deve ser orientada a estar sempre portando seu cartão.
- **Relatório de encaminhamento** – deve conter todos os dados relevantes, como motivo do encaminhamento, um resumo da história clínica, com hipóteses diagnósticas, evo-

lução e tratamentos, especificando os medicamentos prescritos e outras orientações específicas. O texto deve ser legível, sem abreviaturas ou códigos, contendo nome do profissional que encaminha, 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 relatório de encaminhamento padrão encontra-se no **Anexo 4** e pode ser utilizado pelas unidades que ainda não dispõem de um modelo.

2.2.2 - Recursos humanos

É imprescindível que a unidade de saúde conte com a quantidade adequada de recursos humanos, que sejam atuantes e capazes de cuidar da mulher e de seu filho integralmente, valorizando as situações especiais, inclusive a dinâmica social dessa família. O perfil desses profissionais deve agregar competência, dedicação e sensibilidade ao momento peculiar da gestação na vida da mulher, com disposição para fornecer apoio.

Os profissionais envolvidos no atendimento devem estar atentos a grupos suscetíveis de agravos à saúde, particularizando, quando necessário, cuidados assistenciais específicos, como, por exemplo a adolescentes, portadores de dificuldade de comunicação, portadores de necessidades especiais, imigrantes, usuários com dificuldade socioeconômica e/ou da estrutura familiar, entre outros.

O acompanhamento da gestante e da puérpera na atenção básica deve ser multiprofissional, com ênfase na participação do profissional médico e de enfermagem. O pré-natal classificado como baixo risco pode ser realizado pelo(a) enfermeiro(a), de acordo com o Decreto nº 94.406/87, que regulamenta Lei de Exercício da Enfermagem.

A seguir são apresentadas as principais atribuições de cada profissional no processo de atenção à gestante e à puérpera na atenção básica.

Agente comunitário de saúde:

- Realiza visitas domiciliares, leva informações à usuária e registra dados importantes para seu acompanhamento nas unidades básicas de saúde.
- Monitora a participação da gestante nas consultas.
- Realiza atividade de educação, orientando sobre a periodicidade das consultas e cuidados de saúde, com foco nas ações preventivas de agravos, aspectos nutricionais e sanitários.
- Identifica situações de risco, e participa da elaboração de resolução do problema, particularmente nos grupos com maior dificuldade de acesso; tais situações, ou a não aceitação do acompanhamento pré-natal por parte da gestante, devem ser informadas ao(à) enfermeiro(a) ou médico(a) de sua equipe.



- Com o(a) auxiliar de enfermagem, acompanha a puérpera e o processo de aleitamento materno, orienta sobre a importância de consulta nesse período, identifica situações de risco para o recém-nascido e para a mulher, orientando ainda sobre cuidados gerais e planejamento familiar.

Auxiliar de enfermagem:

- Realiza curativos, retirada de pontos de incisão cirúrgica e outros pequenos procedimentos segundo a rotina da unidade.
- Deve realizar a visita à puérpera na 1ª semana após alta hospitalar, avaliar a evolução da incisão cirúrgica, orientar sobre o aleitamento, fissuras nas mamas e triagem neonatal.
- Afere a pressão arterial, o peso e a altura e, se necessário, outros dados vitais, como temperatura e pulso da gestante, registrando essas informações no cartão da gestante.
- 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.

Enfermeiro(a):

- Realiza consulta de pré-natal de baixo risco.
- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço.
- Registra seu atendimento no prontuário e no cartão da gestante a cada consulta.
- Encaminha gestantes classificadas como de risco para consulta com o(a) médico(a).
- Promove atividades educativas na unidade para as mulheres e seus familiares, reuniões de grupos de sala de espera, etc.
- Realiza coleta de exame colpocitológico.
- Realiza visita domiciliar de acordo com a rotina da unidade.

Médico(a):

- Realiza a consulta de pré-natal e puerpério, intercalando com consulta de enfermagem.

2.



índice

2.

cap.

- Orienta as pacientes com relação a fatores de riscos.
- Solicita exames e orienta tratamentos, segundo os protocolos de atendimento.
- Registra seu atendimento no prontuário e no cartão da gestante a cada consulta.
- Encaminha as pacientes para unidades de referência quando necessário.
- Participa das atividades educativas da unidade, como, grupos de gestantes, etc.
- Realiza coleta de exame colpocitológico.
- Realiza visita domiciliar, de acordo com a rotina da unidade.

2.2.3 - Área física e recursos materiais

No que diz respeito à área física, o projeto da unidade deve incluir entradas independente e privativa, 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, prevenindo possíveis expansões futuras.

É importante que a unidade seja construída próxima à via pública, particularmente servida por transportes coletivos.

A estrutura física deve contemplar ventilação adequada e privacidade para as consultas, além de permitir manutenção da higiene, atendimento inicial e transporte seguro nos casos de urgência.

A unidade deve dispor de no mínimo algumas áreas:

- Hall de entrada.
- 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.
- Sala para atividades educativas.
- Sala de vacina.
- Sala para coordenação da unidade.
- Sala para secretaria da unidade.
- Sala para serviço social.





O cálculo da área física e da quantidade de consultórios requeridos pode ser realizado de algumas maneiras, incluindo a quantidade de consultas ideais por habitante. Assim, o número estimado de consultas pode ser considerado de duas a três por habitante por ano. Com o número total de consultas por ano (multiplicando-se a quantidade de habitantes pelo número estimado de consultas), multiplica-se por 0,15, considerando-se que cerca de 15% da demanda será de obstetrícia. Estima-se, então, o número de consultas diárias, dividindo-se o número total de consultas pela quantidade aproximada de dias úteis do ano (264 dias). Para esse cálculo, a estimativa do número de habitantes pode considerar a população compreendida entre 6 e 50 anos de vida.

Considerando que, do total de atendimentos, 20% corresponde às primeiras consultas, cuja duração aproximada é 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, a partir da jornada de trabalho estabelecida, idealmente não excedendo 12 consultas pré-agendadas por profissional, por turno de trabalho de 4 horas.

Dessa forma, é possível garantir o atendimento a gestantes que venham apresentar intercorrências.

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, entre outros, no intuito de melhor instrumentalizar os atendimentos.

Os materiais devem estar disponíveis 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.

É necessário levar em consideração os cuidados com a proteção do profissional e da paciente, a fim de reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos; para isso, a lavagem de mãos antes e após os procedimentos tem papel de destaque. Além disso, é essencial preocupar-se com a prevenção de acidentes biológicos, utilizando-se equipamentos de proteção individual na manipulação de objetos perfurocortantes e exposição a fluidos e secreções. É preciso ainda atenção para o 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 pela RDC 50, uma regulamentação técnica para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

2.3 - AVALIAÇÃO PERMANENTE

A avaliação da qualidade e eficiência do atendimento pré-natal e puerperal é necessária para o planejamento contínuo dessas atividades, devendo seu resultado ser conhecido por todos os profissionais envolvidos.

Para realizar essa avaliação, as informações relativas ao acompanhamento individual de cada gestante devem ser registradas de forma a construir indicadores do desempenho da assistência. A seguir são apresentados os indicadores importantes para o acompanhamento.

Indicadores de processo:

- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até o 4º 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, seis consultas de pré-natal.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos.





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

Outros indicadores podem ser agregados para análise mais ampla do conjunto da atenção obstétrica.

Indicadores de resultado:

- Proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.
- Proporção de recém-nascidos vivos prematuros em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.

Indicadores de impacto:

- Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município, comparado com o do ano anterior (recomenda-se $< 1/1000$ NV).
- Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município, comparado com o do ano anterior.
- Razão de mortalidade materna no município, comparada com a do ano anterior.
- Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município, comparado com o do ano anterior.
- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município, comparado com o do ano anterior.
- Coeficiente de mortalidade neonatal total no município, comparado com o do ano anterior.
- Coeficiente de mortalidade perinatal total no município, comparado com o do ano anterior.

É importante que os profissionais da unidade possam discutir os êxitos e insucessos da assistência obstétrica, como os casos de morte materna, de morbidade materna grave

(near-miss materno), considerando pelo menos aqueles casos com internação em UTI, além dos óbitos fetais. Recomenda-se que a equipe discuta regularmente aspectos da evolução dos cuidados e seus obstáculos. Essa avaliação ampla de todo o processo contribui para a busca de soluções e serve para a sensibilização constante do grupo.

2.



índice

2.

cap.



indice





Planejamento da gravidez



Poder planejar a gravidez e ser preparada adequadamente para essa fase é um direito das mulheres. Infelizmente, essa prática ainda não é adotada pela maioria da população e tampouco tem sido estimulada pelas instituições de saúde. Para que isso ocorra, a unidade de saúde deve estar preparada para essa demanda e estimular a população a buscar esse recurso. Isso é especialmente importante para grupos mais suscetíveis, como as adolescentes.

O planejamento da gravidez contribui para a decisão informada sobre o momento mais oportuno da gravidez para a mulher, considerando suas condições físicas, psíquicas e sociais. Tem o objetivo de identificar fatores de risco, incluindo os comportamentais, além de possibilitar acesso a informações sobre fertilidade e de como a gravidez e a maternidade irão influenciar as áreas afetiva, educacional e social. Sempre que possível, deve incluir o parceiro e ser realizada por uma equipe multiprofissional motivada e motivadora.

A orientação pré-concepcional deve atentar para a compreensão das informações por parte do casal, aproveitando-se para aconselhar sobre intervalo interpartal e planejamento familiar, além de estimular a mulher a sempre registrar as datas das menstruações e buscar informação adicional, caso surjam novos agravos.

A consulta da mulher deve incluir anamnese detalhada, valorizando o interrogatório das queixas, antecedentes e hábitos, idealmente de forma padronizada em toda a unidade, seguida de exame físico geral e ginecológico.

Alguns aspectos da história clínica e do exame físico merecem ser citados como indicadores de especial atenção para o período pré-concepcional, conforme exposto a seguir.

Grupo etário

O sistema de saúde deve estar pronto para atender as mulheres de qualquer faixa etária. As adolescentes, em particular, devem ter a gravidez desencorajada, por potencialmente apresentar riscos à sua formação profissional, assim como por poder desencadear dificuldades psicossociais relevantes a partir da vivência da gestação nesse período da vida. Mas há também aquelas que postergaram a gravidez para depois dos 35 anos, idade a partir da qual aumenta o risco de cromossomopatias fetais, principalmente a trissomia do cromossomo 21. A maior idade também se associa com doenças como hipertensão arterial, diabetes, neoplasias malignas e óbito fetal.

Antecedentes obstétricos e ginecológicos

É necessário identificar a história de infertilidade prévia, abortos e as condições de sua ocorrência (provocado, habitual), gravidez ectópica, doença trofoblástica gestacional, dis-

túrbio do crescimento fetal, prematuridade, pré-eclâmpsia e morbimortalidade perinatal, discutindo os riscos de recorrência e possíveis intervenções.

O conjunto de informações sobre antecedentes obstétricos deve incluir:

- 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 ginecológica que avalie possíveis distúrbios endócrinos e ocorrência de anomalias uterinas.

História familiar

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

Antecedentes mórbidos pessoais

Morbidades ou complicações clínicas maternas prévias devem ser identificadas e controladas o mais adequadamente possível, antes da decisão de engravidar. Consideram-se, a seguir, as situações específicas mais frequentes.

- **Diabetes mellitus (DM):** o risco de abortamento, malformação fetal, macrossomia, morte perinatal e agravos maternos podem ser reduzidos se a mulher diabética engravidar com seus valores de glicemia controlados e promover esse cuidado também durante o curso gravídico. Como regra geral, é necessário substituir o hipoglicemiante oral por insulina e ter acesso a orientação e seguimento nutricional. Uma estratégia proposta para diminuição do risco de malformação fetal nas gestações complicadas por diabetes é que a mulher diabética busque engravidar apenas quando o valor da hemoglobina glicada (hemoglobina glicosilada ou glicohemoglobina) estiver abaixo de 6%.
- **Hipertensão arterial crônica (HAC):** estimular o controle adequado dos valores pressóricos e avaliação nutricional. Adequar a necessidade e o uso de drogas hipotensoras evitando-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. Deve-se classificar o caso, considerando que as pacientes com HAC grave apresentarão mais frequentemente desfechos desfavoráveis. É importante atentar para lesões em órgãos-alvos (rim, coração, cérebro, vasos sanguíneos) e também para a possível etiologia do quadro, alertando-se para causas secundárias.





- **Doenças da tireoide:** os quadros de hipotireoidismo ou hipertireoidismo podem prejudicar o curso da gestação, tornando-se necessária a compensação prévia da função da tireoide e seu controle. É importante que o suporte terapêutico conte com o auxílio de especialista, evitando atitudes inadequadas como suspender medicações e expor a paciente a riscos adicionais, se não for indicado. Essas complicações da tireoide devem ser investigadas para mulheres que relatem dificuldades para engravidar.
- **Cardiopatias:** avaliar adequadamente os casos, buscando o diagnóstico específico da doença, quando possível. Deve-se evitar o uso de termos genéricos, para que os riscos possam ser informados adequadamente e ocorra comunicação objetiva com o cardiologista. 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 resultado obstétrico e perinatal se sua doença estiver inativa e sob controle pelo menos até 6 meses antes da concepção e com funcionamento renal estabilizado. Investigar a possibilidade de doenças autoimunes, incluindo a síndrome do anticorpo antifosfolípide, em mulheres com história de perdas gestacionais (aborto recorrente, óbito fetal, pré-eclâmpsia grave de instalação precoce) ou de fenômenos tromboembólicos.
- **Asma brônquica:** o ideal é que a mulher engravide durante um período estável da doença. Assim, o controle das crises deve ser um objetivo para evitar no futuro quadros de hipoxemia que podem prejudicar o feto. Para alguns casos pode ser necessária a interconsulta com profissional da especialidade, 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 essa situação clínica incrementam o consumo de folato, sendo esse, portanto, um grupo com especial indicação para administração de ácido fólico para a prevenção de defeitos abertos do tubo neural. Até o momento, a droga que melhor cumpre com esses requisitos é a carbamazepina.
- **Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV):** o risco materno e neonatal pode ser reduzido com um elenco de cuidados, iniciando-se pela recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ e redução da carga viral circulante de HIV materno para valores indetectáveis. Na vigência da gravidez, medidas de profilaxia de transmissão vertical devem ser adotadas, como a administração de antirretrovirais na gestação, administração de zidovudina no parto para a mulher e para o recém-nascido e a inibição da lactação. A utilização das drogas antirretrovirais, tanto para a profilaxia como para o tratamento, deve ser acompanhada por infectologista, juntamente com obstetra.
- **Nefropatias:** o resultado favorável da gestação está relacionado ao controle dos valores de creatinina, proteinúria e da hipertensão, à adoção de tratamentos específicos, além do adequado monitoramento de eventual transplante renal. É importante

classificar o risco a partir do diagnóstico etiológico e isso frequentemente requer a participação do nefrologista.

- **Depressão:** o diagnóstico e a prescrição de medicamentos devem contar com o suporte de especialista. A associação de psicoterapia é recomendável, e a observação da evolução do caso deve considerar especialmente o período puerperal.
- **Outras doenças:** hemopatias, distúrbios musculoesqueléticos e câncer podem ser considerados individualmente quanto ao risco que apresentam no caso de uma gestação planejada, devendo-se adotar uma abordagem adequada a cada situação, preferencialmente com a ajuda de um especialista.
- **Alterações genéticas:** tanto em gestações prévias quanto na condição de pais portadores, deveria ser realizado aconselhamento genético, particularmente para casais com translocações balanceadas, antecedente de filho com cromossomopatias e aborto habitual. Especial atenção deveria ainda ser reservada aos casais consanguíneos, considerando-se consanguinidade quando dois indivíduos têm pelo menos um ancestral em comum, o que eleva o risco de doenças autossômicas recessivas ou multifatoriais

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, aumentando as chances de sucesso para aquelas que abandonarem o hábito ou reduzirem o consumo diário.

Ainda não está estabelecida a 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 ou ingestão mínima.

As drogas ilícitas produzem danos diversos sobre a gestação, provocados pela própria substância ou por prejuízo de sociabilidade. A cocaína, por exemplo, produz efeitos já conhecidos, como malformações cardíacas e urológicas, além de restrição de crescimento fetal e descolamento de placenta. A mulher que referir essa adição deverá ser encaminhada para programas específicos de recuperação.

Exame físico

O exame físico deve ser completo, observando-se alterações no estado geral, peso, pressão arterial, palpação da tireoide, ausculta cardíaca e pulmonar, avaliação abdominal, pele e sistema musculoesquelético. Não se deve prescindir do exame das mamas e pélvico. É



índice

3.
cap.

importante ressaltar que, para muitas mulheres, esse pode ser seu primeiro contato com o sistema de saúde. Portanto, a oportunidade deve ser aproveitada para uma investigação de sua condição médica geral.

Avaliação nutricional

O diagnóstico de desvios nutricionais e a ação conjunta de um nutricionista –indicando, se necessário, dieta alimentar especial – são recursos valiosos para adequação do peso de algumas mulheres antes de engravidar. Aquelas com índice de massa corporal (IMC) pré-gravídico inferior a 20 kg/m têm maior prevalência de anemia, parto prematuro e baixo peso do recém-nascido. Ressalte-se que a alimentação vegetariana exclusiva pode não conter elementos importantes para a organogênese fetal.

Tanto nos países com maior desenvolvimento 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 25 kg/m cursam mais frequentemente com malformações fetais, diabetes, pré-eclâmpsia e tromboembolismo. Portanto, o ideal seria a perda de peso prévia à gestação.

Deve-se realizar a profilaxia de defeitos abertos do tubo neural, administrando-se ácido fólico. A dose necessária é de 0,4 mg via oral diariamente, durante 60 a 90 dias antes da concepção e até 3 meses após. Recomenda-se que as pacientes com antecedentes de anencefalia ou meningomielocèle e em uso de antiepiléticos ingiram doses maiores. A apresentação disponível dessa substância na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), do Ministério da Saúde, é de 5 mg; por essa razão, essa dose pode ser prescrita diariamente para todas as mulheres.

Para as mulheres com complicações clínicas que realizam tratamentos medicamentosos, deve-se buscar a substituição das drogas contraindicadas na gestação, para que elas possam engravidar sem fazer uso delas. As substâncias que não devem ser utilizadas por gestantes (categoria X pela Food and Drug Administration) são apresentadas no **Quadro 3.1**.

Exames complementares

A adequada avaliação da mulher no período pré-concepcional requer a realização de exames para identificar condições que, na vigência de uma gestação, possam agravar a saúde dela e/ou do recém-nascido.

Recomenda-se solicitar para todas as mulheres:

- Tipagem sanguínea para prevenção da aloimunização Rh. Se a mulher for Rh negativo, solicitar pesquisa de anticorpos (Coombs indireto) e triagem sanguínea do parceiro.



índice

3.
cap.

Quadro 3.1 – Drogas: categorias que não devem ser utilizadas na gravidez (categoria X – FDA)

Ácido valproico	Flurazepan	Norgestrel
Amniopterina	Fluvastatina	Pravastina
Ciguatoxin	Iodeto glicérol	Quazepam
Clomifeno	Isotretinoína	Quinina
Clortianisena	Isotretinoína	Ribavirin
Comarínicos	Leuprolida	Sinsvastatina
Contraceptivos orais	Lítio	Talidomida
Danazol	Lovastatina	Temazepam
Dietilestilbestrol	Mefipistona	Triazolam
Estrógenos conjugados	Menadiona	Vacina de vírus vivo (mesmo atenuado)
Estrona	Mestranol	Warfarin
Etinilestradiol	Misoprostol	
Etrenitrato	Noretindrona	
Fenciclidina	Noretinodrel	

- Hemograma completo para identificação de anormalidades hematimétricas.
- Sorologia para toxoplasmose com identificação de IgG e IgM. Em caso de mulheres suscetíveis, orientar profilaxia no sentido de evitar contato com fezes e secreções de felinos e a ingestão de carnes cruas.
- Sorologia para HIV e sífilis. Se houver sorologia positiva para sífilis, iniciar prontamente o tratamento dela e do parceiro e acompanhar clínico-laboratorialmente ambos. Em casos de sorologia positiva para o HIV, encaminhar para acompanhamento e tratamento, também incluindo cuidados com o parceiro. Independentemente de resultado, orientar todas as mulheres para a prática do sexo seguro, incentivando-as a utilizar o preservativo.
- Colher colpocitologia oncológica, se tiver sido colhida há menos de 3 anos, para a identificação de neoplasia intraepitelial cervical ou câncer cérvico-uterino. Se forem identificadas alterações, dar prosseguimento ao caso, conforme manual de condutas elaborado pela Fundação Oncocentro.

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, de macrossomia fetal, de óbito fetal de termo 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, com menos de 50 anos; 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 e Anti-HBc) e para hepatite C (Anti-HCV), para mulheres com histórico clínico que indique a possibilidade de contaminação** – esse histórico se refere às mulheres usuárias de drogas, com múltiplos parceiros, com histórico de doença sexualmente transmissível (DST) ou com histórico de transfusão de sangue. Em casos de sorologia positiva, encaminhar para acompanhamento, incluindo a avaliação de comunicantes.

Imunização

Recomenda-se a atualização do calendário vacinal:

- Vacina dupla adulto (tétano e difteria).
- Vacina contra a hepatite B (vacina recombinante) para não vacinadas anteriormente.
- Vacina com vírus vivo atenuado (tríplice viral: sarampo, caxumba e rubéola) deve ser realizada de preferência até 30 dias antes da gestação.



índice



cap.



índice



cap.



indice





Diagnóstico da gravidez

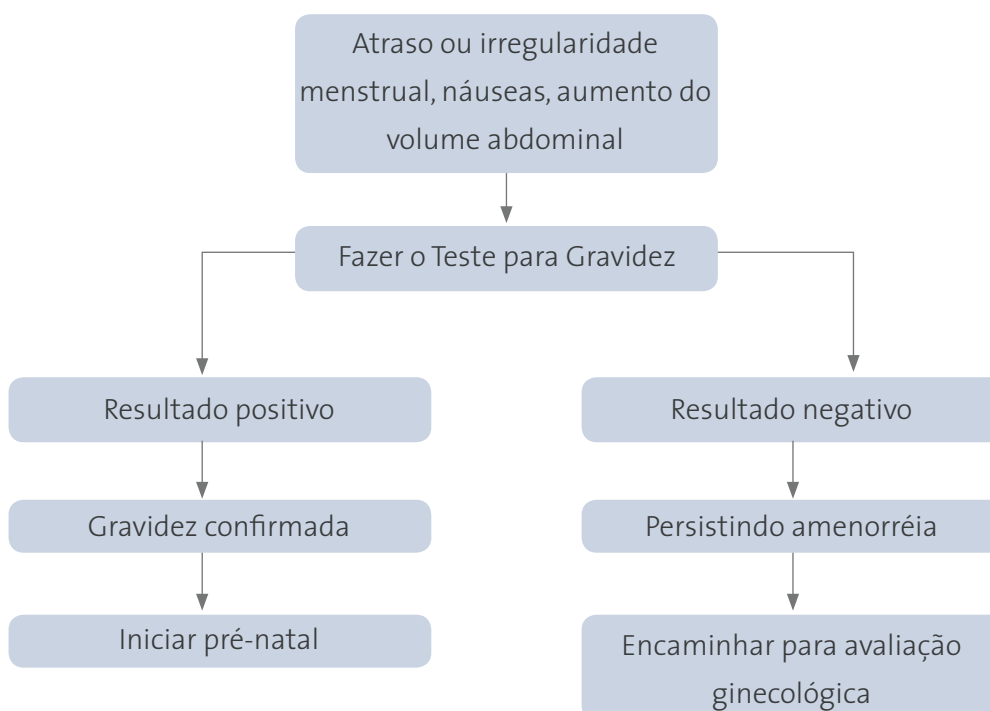


O diagnóstico da gravidez deve ser feito com base na história da mulher, aliada ao exame físico e teste laboratorial, segundo o fluxograma apresentado na **Figura 4.1**. A unidade de saúde deve criar um fluxo de atendimento ágil para a mulher que procura a confirmação da gravidez, buscando não postergar o diagnóstico, garantir o sigilo e possibilitar, quando for desejo da gestante, o acolhimento precoce para atenção pré-natal.

As mulheres no menacme, em atividade sexual, com atraso menstrual que não ultrapasse 15-16 semanas, devem ser imediatamente submetidas a um teste de gravidez. A realização do β HCG sérico é a opção laboratorial mais precisa para confirmar o diagnóstico de gravidez. Porém, é necessário que seu resultado não ultrapasse 1 semana. Nos municípios em que não for possível realizá-lo, ou que o resultado não esteja disponível no prazo desejável, o teste imunológico de gravidez (TIG) é uma excelente opção, pois pode ser feito na hora, na unidade de saúde. É necessário que os profissionais estejam treinados para a correta realização técnica do TIG, com registro adequado de seu resultado no prontuário da mulher, com assinatura e registro profissional de quem o realizou.

Além dessa idade gestacional (15-16 semanas) não há necessidade de exame imunológico e a gravidez deve ser confirmada por avaliação clínica (palpação, ausculta de batimentos cardíacos fetais, etc.). Em algumas situações (suspeita de gestação sem atraso menstrual, possibilidade de gestação ectópica ou molar, situações de ameaça de abortamento, hipótese clínica de gestação com TIG negativo, etc.), a dosagem do β HCG sérico pode ser solicitada.

Figura 4.1 – Fluxograma do diagnóstico da gravidez



Após a confirmação da gravidez, dá-se início ao acompanhamento pré-natal. Esse primeiro contato da mulher grávida com o profissional de saúde na unidade constitui o **Acolhimento**, cuja responsabilidade é do(a) enfermeiro(a). Nesse momento, a gestante – e, a seu critério, também seus familiares – receberá as orientações sobre o acompanhamento pré-natal, tendo a possibilidade de conhecer todo o plano de ação, tirar dúvidas e expressar opiniões. É muito importante que a equipe seja sensível a esse momento especial da vida da mulher, verificando a aceitação da gestação e avaliando a necessidade de apoio adicional à grávida.

Nessa oportunidade devem ser fornecidos ainda:

- O cartão da gestante, devidamente identificado e preenchido, com o nome da unidade hospitalar de referência para ela e o número do telefone; se necessário, essa informação deve ser atualizada;
- As solicitações dos exames complementares, segundo o protocolo;
- Recomendação de vacinas e vitaminas;
- Recomendação sobre atividades profissionais e físicas na gravidez;
- Orientações diversas sobre atividades educativas, visitas domiciliares, visita à maternidade de referência e demais programas.

Feito esse contato inicial, a primeira consulta de pré-natal deve ser agendada para o quanto antes possível, idealmente entre 2 e 3 semanas, período suficiente para receber os resultados das provas laboratoriais solicitadas. A partir desses resultados, será possível estabelecer as condutas recomendadas o mais rápido possível.





indice





5.1 – Plano da primeira consulta	45
5.2 – Plano das consultas de retorno	53
5.3 – Frequência das consultas	55
5.4 – Imunização	57
5.5 – Ações educativas	59
5.6 – Visitas domiciliares	61
5.7 – Encaminhamentos e transferências	61



Rotinas de atenção pré-natal



A atenção pré-natal deve ser iniciada idealmente pelo profissional médico ou de enfermagem. A consulta é um contato que exige a prática de acolhimento para a gestante e seu acompanhante. Assim, deve haver disponibilidade para que sejam acolhidas e esclarecidas queixas, dúvidas e ansiedades, estimulando o “desejo de voltar” ou a adesão ao programa.

A consulta completa é imprescindível, representando uma oportunidade inadiável de classificar riscos e adotar condutas efetivas. Deve ser composta de anamnese abrangente, com valorização do interrogatório complementar, seguida de exame físico geral e dos diversos aparelhos, incluindo exame ginecológico e mamário.

Os retornos pré-natais devem ser adaptados às necessidades de cada caso. O calendário deve seguir o roteiro apresentado a seguir, com a realização de pelo menos seis consultas, distribuídas ao longo da gravidez, a primeira delas sendo iniciada o mais precocemente possível (até a 12ª semana), segundo as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Fatores de risco reprodutivo

A identificação de riscos para a gestante e/ou o feto deve ser feita na primeira consulta, mas tem de ser revista a cada retorno. Trata-se de uma estratégia relevante para estabelecer o plano de ação terapêutica, por exemplo, indicando a regularidade dos retornos e seu nível de complexidade. Deve haver motivação e experiência clínica do profissional para efetuar interrogatório e avaliação clínica detalhados, esta última por vezes apoiada em exames complementares a fim de se identificar potenciais riscos, sem necessidade de se ater a um modelo fixo.

Entretanto, não se deve considerar identificação de fator de risco como indicador de transferência de cuidados. O fator de risco é um marcador de alerta que muitas vezes não se manifesta com as complicações possíveis. A atenção diligente por profissionais competentes pode ser suficiente para prover o cuidado necessário. Pode-se buscar a segunda opinião de equipes especializadas, treinadas na atenção a gestações de alto risco. Não se deve obrigar a gestante a se deslocar desnecessariamente, se não houver um claro benefício com a transferência. 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.

Para que esse procedimento seja efetivo é necessário reavaliar os riscos potenciais e já estabelecidos a cada consulta, valorizando o caráter dinâmico do ciclo gravídico-puerperal. Há necessidade de adequação das condições potenciais de risco à situação epidemiológica local, estabelecendo-se um fluxo de cuidado regional que dependerá da distribuição e localização dos serviços de referência.

Algumas situações que podem representar risco e, portanto, necessidade de consulta com especialista e encaminhamento ao pré-natal de alto risco estão descritas a seguir.

Características pessoais e sociodemográficas:

- Altura menor que 1,45 m.
- Baixa escolaridade (menos de 5 anos de estudo regular).
- Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social.
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.
- Transtorno mental.
- Idade menor que 15 e maior que 35 anos.
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, níveis altos de estresse.
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg.
- Situação afetiva conflituosa.
- Suporte familiar ou social inadequado.
- Não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.
- Violência doméstica.

Antecedentes obstétricos:

- Abortamento habitual.
- Cirurgia uterina anterior.
- Esterilidade/infertilidade.
- Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos.
- Macrossomia fetal.
- Morte perinatal explicada ou inexplicada.
- Nuliparidade e multiparidade.
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia.
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.
- Síndromes hemorrágicas.

**Morbidades:**

- Aneurismas.
- Aterosclerose.
- Alterações osteoarticulares de interesse obstétrico.
- Câncer.
- Cardiopatias.
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses).
- Doenças inflamatórias intestinais crônicas.
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus).
- Epilepsia.
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).
- Hemopatias.
- Hipertensão arterial – classificar em leve, moderada ou grave e/ou fazendo uso de anti-hipertensivo.
- Infecção urinária.
- Nefropatias.
- Pneumopatias.
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST).
- Trauma.
- Tromboembolismo.

Doença obstétrica na gravidez atual:

- Aloimunização.
- Amniorrexe prematura.
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico.
- Ganho ponderal inadequado.
- Hidropsia fetal.
- Malformações fetais.
- Óbito fetal.
- Síndromes hemorrágicas.

- Síndromes hipertensivas.
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada.

Após avaliação na unidade de referência, a gestante pode ser reencaminhada para a unidade de atenção básica original. Nesse caso, esse serviço deverá conduzir o pré-natal com base nas informações especializadas descritas, ou a grávida continuará seus cuidados de pré-natal no setor de maior complexidade.

É necessário anotar os dados no prontuário da mulher 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 a assistência pré-natal. Situações de alerta devem ser destacadas.

5.1 – PLANO DA PRIMEIRA CONSULTA

A primeira consulta de pré-natal deve ser realizada por profissional médico, para a classificação de risco do caso ou da paciente.

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.**

5.



índice



cap.



- **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;
 - tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);
 - parceiro sexual portador de infecção pelo HIV, sífilis e outras DST.

- **Antecedentes pessoais:**
 - alergias;
 - alterações osteoarticulares de interesse obstétrico;
 - aneurismas;
 - aterosclerose;
 - câncer;
 - cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
 - cirurgia (tipo e data);
 - deficiências de nutrientes específicos;
 - desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
 - doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
 - doenças inflamatórias intestinais crônicas;
 - doenças neurológicas e psiquiátricas;
 - endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);
 - hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;

- hemopatias;
- hipertensão arterial crônica (classificar em leve, moderada ou grave e/ou se fazendo uso de anti-hipertensivo);
- infecção do trato urinário;
- nefropatias;
- pneumopatias;
- portadora de infecção pelo HIV (se em uso de retrovirais, anotar quais);
- portadora de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);
- psicose;
- transfusões de sangue;
- trauma;
- tromboembolismo.

- **Antecedentes ginecológicos:**

- ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- doença inflamatória pélvica;
- doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- infertilidade e esterilidade (tratamento);
- malformação genital;
- mamas (alteração e tratamento);
- miomatose e tumores anexiais;
- última colpocitologia oncológica (data e resultado).
- uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por 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? uso 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 (especificar);
- intervalo entre as gestações (em meses);
- mortes neonatais precoces: até 7 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- mortes neonatais tardias: entre 7 e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- natimortos (morte fetal intrauterina e idade gestacional em que ocorreu);
- número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, 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 de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
- número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsanguíneo transfusões.

- **Gestação atual:**

- aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);
- hábitos alimentares;
- hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- identificar gestantes com fraca rede de suporte social e/ou com baixa aderência 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 tireoide e de todo o pescoço, 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. Durante a gestação e a amamentação, podem ser identificadas alterações, que devem seguir conduta específica. Realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contraindicada (portadoras de HIV/HTLV), orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a disponibilização de fórmula infantil;
- palpação obstétrica e, principalmente no 3º trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;
- medida da altura uterina;
- ausculta dos batimentos cardíacos fetais (com Sonar Doppler, é possível após 12 semanas);
- inspeção dos genitais externos;
- exame especular e toque vaginal – essa etapa do exame físico pode ser realizada na consulta de retorno, considerando o contexto clínico e o desejo da mulher;
- o exame físico das adolescentes deve seguir as orientações do manual de Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde; deve ser completo, valorizando os aspectos éticos e a privacidade. No caso de adolescente de sexo oposto ao do examinador, recomenda-se a presença de acompanhante ou outro profissional de saúde na sala.



C) Exames complementares de rotina

Os exames complementares, de maneira geral, dão apoio ao raciocínio clínico, e os motivos de sua solicitação devem ser explicados à gestante. Particularmente, é necessário realizar aconselhamento pré e pós-teste, informando benefícios e riscos, e avaliando o conhecimento e as expectativas da mulher com os resultados, quando se tratar de exames de triagem, como sorologias para HIV, sífilis, hepatites e outras DST.

A confidencialidade dos resultados deve ser garantida. As condutas sugeridas devem ser informadas à gestante e seu parceiro. No caso do HIV, sífilis e outras DST, deve-se orientar sobre a necessidade de diagnóstico e tratamento do seu parceiro sexual. Recomenda-se o oferecimento de pelo menos uma consulta, durante a assistência do pré-natal, para todos os parceiros sexuais de todas as gestantes, independente do seu estado sorológico, o que facilitaria o envolvimento paterno no adequado acolhimento da criança (Nota técnica: CCD – 001/2007 – Nº 185 – DOE 29/09/07).

O profissional que avalia os exames deve estar preparado tecnicamente para orientar sobre limitações nos resultados, possibilitando intervenções eficientes no momento da consulta. Deve também estar habilitado para solicitar pesquisa adicional para conclusão diagnóstica, evitando pânico desnecessário e/ou condutas tardias.

Os exames de rotina para triagem de situações clínicas de maior risco no pré-natal devem ser solicitados no acolhimento da mulher no serviço de saúde, imediatamente após o diagnóstico de gravidez. Os resultados devem ser avaliados na primeira consulta clínica. Muitos desses exames serão repetidos no início do 3º trimestre. As condutas relativas aos resultados estão descritas no **Capítulo 7**.

Devem ser solicitados:

- **Hemograma completo** – repetir entre 28-30 semanas.
- **Grupo sanguíneo e fator Rh.**
- **Sorologia para sífilis (VDRL)**; repetir entre 28-30 semanas.
- **Glicemia em jejum** – repetir entre 28-30 semanas; em gestantes sem fator de risco para diabetes e se o resultado da primeira glicemia for menor que 85 mg/dL, ver rastreamento de diabetes no **Capítulo 9, item 9.5**.
- **Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG – 75g, 2h)** – para os casos triados com fator de risco para diabetes gestacional presente e/ou com glicemia de jejum inicial maior ou igual a 85mg/dL, ver rastreamento de diabetes no **Capítulo 9, item 9.5**.
- **Exame sumário de urina (Tipo I).**
- **Urocultura com antibiograma para o diagnóstico de bacteriúria assintomática** – repetir entre 28-30 semanas.
- **Sorologia anti-HIV** – repetir entre 28-30 semanas.

5.



índice



cap.

- **Sorologia para toxoplasmose, IgG e IgM** – repetir trimestralmente se for IgG não reagente.
- **Sorologia para hepatite B (HBSAg).**
- **Protoparasitológico de fezes.**
- **Colpocitologia oncótica** – muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal. Assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, sem a coleta endocervical.
- **Bacterioscopia da secreção vaginal** – avaliação de perfil bacteriológico do conteúdo vaginal por critério 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 estiver indisponível, pode-se realizar um diagnóstico presumido, através do exame especular, pela positividade de pelo menos três dos quatro critérios de Amsel: 1) corrimento branco-acinzentado; 2) medida do pH > 4.5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do introito vaginal, na parede lateral da vagina; 3) liberação de aminas com odor de peixe no teste com hidróxido de potássio a 10% adicionado a uma amostra do conteúdo vaginal; 4) visualização de clue cells à microscopia.
- **Ultrassonografia obstétrica** – a ultrassonografia (USG) é um recurso útil na assistência pré-natal, mas as decisões terapêuticas devem ser baseadas no raciocínio clínico. Caso a gestante inicie o pré-natal precocemente, o primeiro ultrassom pode ser realizado entre 10-13 semanas para avaliação de translucência nucal, como rastreamento para cromossomopatias. O segundo exame, ou na eventualidade de que apenas um seja factível ou esteja disponível, deve ser realizado entre 20-24 semanas, pois nessa época a biometria fetal indica com relativa precisão a idade gestacional e possibilita avaliação morfológica fetal. Ultrassonografias adicionais devem ser solicitadas, dependendo da suspeita clínica.
- **Cultura específica** com coleta anovaginal do estreptococo do grupo B entre 35-37 semanas, quando possível (**ver Capítulo 6, item 6.8**).

NOTAS SOBRE A INVESTIGAÇÃO DE HIV/AIDS

O diagnóstico de infecção pelo HIV, realizado no planejamento da gravidez ou no início da gestação, possibilita melhor controle da infecção materna e reduz significativamente o risco de transmissão vertical, da mãe para o recém-nascido. Por esse motivo, esse teste deve ser oferecido com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes, na primeira consulta do pré-natal, independentemente de sua vulnerabilidade ou situação de risco para o HIV, conforme Portaria Técnica Ministerial nº 874/97, de 3 de julho de 1997, publicada no DOU de 04/07/97.





Aconselhamento pré-teste:

- O profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV/ Aids e outras DST e informá-la sobre o que ela não sabe, especialmente acerca de seu agente etiológico, meios de transmissão, diferença entre ser portador da infecção e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), sobre os conceitos de “vulnerabilidade” e “situações de risco acrescido”, e sua importância na exposição ao risco para a infecção pelo HIV, em ocasião recente ou pregressa.
- 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, e o controle da infecção materna.
- Garantir o caráter confidencial e voluntário do teste anti-HIV. Durante todo esse processo, a gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a essas informações.

Quadro 5.1 – Exames laboratoriais de rotina pré-natal inicial

- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Hemograma completo
- Sorologia para sífilis
- Glicemia de jejum
- Sorologia anti-HIV
- Sorologia para hepatite B
- Sorologia para toxoplasmose
- Urina tipo I
- Urocultura com antibiograma
- Protoparasitológico de fezes
- Colpocitologia oncótica
- Cultura específica anovaginal do estreptococo do grupo B entre 35-37 semanas, quando possível
- Bacterioscopia da secreção vaginal (apenas em pacientes com antecedente de prematuridade)

D) Conduas

- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.
- Orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso gestacional.
- Orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso.
- Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais de rotina e orientação de condutas pertinentes.
- Referência para atendimento odontológico.
- Encaminhamento para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a gestante não estiver imunizada, ou quando o último reforço tiver sido realizado há mais de 5 anos.
- Referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado.
- Prescrição de ácido fólico 5 mg/dia até 14 semanas, para prevenção de defeitos abertos do tubo neural.
- Fornecimento de informações necessárias quanto aos intervalos dos próximos atendimentos e qual a dinâmica: anamnese buscando queixas e dúvidas (a mulher deve ser estimulada a falar), exame físico com aferição do peso, pressão arterial, altura do fundo uterino, ausculta dos batimentos cardíacos, pesquisa de edema, avaliação ginecológica, se necessária, propedêutica complementar e respostas às indagações da mulher ou da família.
- Responsabilidades da gestante, incentivando-a a participar ativamente das atividades educativas.
- Levantar expectativas quanto à gravidez, parto e puerpério.
- Orientar sobre atividade física, sexual, trabalho e ambiente.

5.2 – PLANO DAS 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, calculando o 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 que podem indicar a evolução da gravidez e aplicando-se, se indicado, propeledeutica 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, à medida que prossegue a integração do sistema nervoso central com o sistema muscular do feto, os movimentos tornam-se rítmicos, fortes e contínuos. O ritmo da atividade fetal pode sofrer interferência tanto de fatores endógenos – como a presença de insuficiência placentária, 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. Dada a boa correlação entre a subjetividade da percepção materna e a ultrassonografia em tempo real, resulta lógica a utilização do controle diário de movimentos fetais, realizado pela gestante, como instrumento de avaliação fetal simples, de baixo custo, que não requer instrumentalização e não tem contraindicações. Quando necessário, o registro da movimentação fetal pode ser incluído no monitoramento da vitalidade fetal. Não existe na literatura padronização quanto ao método de registro. O importante é utilizar técnica simples e por período não muito longo, para não se tornar exaustivo e facilitar a sua realização sistemática pela mulher.

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 20ª semana de gravidez até a 6ª semana pós-parto.
- Orientação alimentar, encaminhando para o serviço de nutrição, se necessário.
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica.
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos. Os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos dessa faixa etária, abordando temas de seu interesse. Recomenda-se dividir os grupos em faixas de 10-14 anos e de 15-19 anos, para obtenção de melhores resultados.
- Agendamento de consultas subsequentes.
- Anotação dos dados da consulta e condutas no prontuário e no cartão da gestante.
- Imunização antitetânica.
- Imunização influenza pandêmica.
- Profilaxia da pré-eclâmpsia:
 - orientação sobre dieta rica em cálcio (folhas verdes, leite pouco gorduroso e derivados, no mínimo 1 litro), ou 1 g via oral de carbonato de cálcio, se ingesta deficiente;
 - prescrição de ácido acetilsalicílico (100 mg/dia) até 36 semanas para gestantes com maior risco para pré-eclâmpsia, incluindo o antecedente de pré-eclâmpsia ou hipertensão arterial de qualquer etiologia e síndrome antifosfolípide (efeito discreto a moderado).

5.3 – FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares, em situações especiais.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado precocemente (1º trimestre) e 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.

O número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde para todas as gestantes é de seis consultas, com início o mais precocemente possível, sendo assim distribuídas:

- Uma no 1º trimestre (até a 12ª semana), duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre;
- Considerando o risco perinatal e as intercorrências clínico-obstétricas, mais comuns no 3º trimestre, é imprescindível que sejam realizadas consultas até a 40ª semana de





gestação; gestantes cujo trabalho de parto não se inicie até a 41ª devem ser encaminhadas à maternidade de referência para a interrupção da gravidez;

- A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência, 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;
- Para as gestantes de alto risco, a definição do cronograma de consultas deve ser adequada a cada caso e depende diretamente do agravo em questão;
- 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 dos serviços; para isso, deve ser implantado um sistema de vigilância que permita a busca ativa de gestantes faltosas.

Além dessas seis consultas consideradas como o mínimo adequado, a mulher deve ter ao menos um retorno puerperal.

Mais importante que a quantidade de consultas é a sua qualidade. O profissional deve estar atento para identificar em cada consulta o surgimento de riscos para a mulher e o feto, considerando o caráter dinâmico da gestação. A identificação de problemas é oriunda de uma anamnese adequada, que preserve o tempo de fala da mulher, pelo exame físico completo e por vezes pelo auxílio de propedêutica complementar.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. Se não ocorrer parto até a 41ª semana, a gestante deve ser encaminhada para hospital para interrupção da gravidez. É importante que, mesmo com as consultas agendadas, a unidade de saúde seja maleável para atender a gestante toda vez que houver necessidade, seja para orientação nutricional, seja para atendimento odontológico, ou monitoramento de pressão arterial para aquelas com maior risco de pré-eclâmpsia, ou ainda uma consulta médica não agendada.

A avaliação da mulher no puerpério deve ser iniciada o mais precocemente possível, 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 de 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.

A equipe profissional deve estar atenta para monitorar o absenteísmo das gestantes, em-

penhar-se em caracterizar o problema e apoiar a solução da dificuldade, segundo a rotina da unidade; o(a) agente comunitário pode, por exemplo, realizar a busca ativa com esse fim.

5.4.– IMUNIZAÇÃO

Vacina contra o tétano

O tétano neonatal é uma doença grave, não transmissível e imunoprevenível, causada pelo *Clostridium tetani*, que acomete recém-nascidos geralmente na 1ª semana de vida ou nos primeiros 15 dias. O problema 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 do tétano neonatal se dá por meio da garantia de atenção pré-natal de qualidade, com vacinação das gestantes e atendimento higiênico ao parto, bem como uso de material estéril para o corte e do clampeamento do cordão umbilical e do curativo do coto umbilical, utilizando solução de álcool a 70%.

A vacinação das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes e não gestantes, é medida essencial para a prevenção do tétano neonatal. Deve ser realizada com a vacina dupla tipo adulto (dT contra o tétano e difteria) nas mulheres que não têm vacinação prévia ou esquema incompleto.

De acordo com a Norma Técnica do Programa de Imunização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, recomenda-se para:

- **Gestantes previamente vacinadas** – naquelas que receberam previamente uma ou duas doses de vacina contra o tétano (com DPT, DT, dT ou TT) deve-se aplicar uma ou duas doses de vacina dT, a fim de completar três doses, com intervalo de 2 meses (mínimo de 4 semanas);
 - **Nota 1:** quando a gestante já estiver vacinada com pelo menos três doses, aplicar apenas uma dose de reforço, caso já se tenham passado 5 anos, ou mais, desde a última dose.
- **Gestantes não previamente vacinadas** – o esquema na gestação, para adequada profilaxia do tétano neonatal, compreende duas doses da vacina dupla tipo adulto (dT). A primeira dose pode ser administrada precocemente na gestação. A segunda, com intervalo de 2 meses (mínimo de 4 semanas) e preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto;
 - **Nota 2:** para a adequada proteção da mãe e prevenção do tétano neonatal em gestação futura, caso tenham sido aplicadas apenas duas doses, é importante aplicar uma terceira dose, que deve ocorrer 6 meses após a segunda dose.
 - **Nota 3:** não foram relatados eventos adversos para o feto em decorrência da aplicação dos toxoides diftérico e tetânico em qualquer fase da gestação.





Quadro 5.2 – Esquemas básicos de vacinação para a gestante

História de imunização contra o tétano	Conduta
Sem nenhuma dose registrada	A primeira dose de vacina dT pode ser administrada precocemente na gestação. A segunda dose, com intervalo de 2 meses, no mínimo 4 semanas. Preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto. A terceira dose poderá ser aplicada após o nascimento, 6 meses após a segunda dose.
Menos de três doses	Completar as doses faltantes com vacina dT, com intervalo de 2 meses, no mínimo 4 semanas. Preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto.
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não é necessário vacinar.
Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de 5 anos	Uma dose de reforço.

Caso a gestante não complete seu esquema vacinal durante a gravidez, este deverá ser concluído no puerpério ou em qualquer outra oportunidade (Primeira Semana de Saúde Integral, consulta puerperal, quando levar o recém-nascido para iniciar o esquema básico de vacinação, ou em qualquer outro momento).

É de extrema importância que o profissional investigue a história pregressa de vacinação para proceder à administração de doses subsequentes. Entretanto, a imunização somente deverá ser considerada com a apresentação do comprovante (cartão de vacina). Caso a gestante já tenha tomado alguma dose de vacina, recomenda-se a continuação do esquema, aplicando-se as doses que faltam para a conclusão deste, independentemente do momento em que foi aplicada a última dose. Fora da gravidez, a dose de reforço deve ser administrada a cada 10 anos. Em caso de nova gestação, deverá ser observado o esquema do **Quadro 5.2**. O objetivo a ser atingido é a vacinação de 100% das mulheres em idade fértil (gestantes e não gestantes).

Caso ocorram eventos adversos à vacina, estes podem manifestar-se na forma de dor, calor, vermelhidão, edema local, ou febrícula de duração passageira, eventualmente ocasionando mal-estar geral. A continuidade do esquema de vacinação está contraindicada quando houver reação de hipersensibilidade (reação anafilática) após a administração de qualquer dose.

Vacina contra a influenza pandêmica

Observa-se que as gestantes infectadas pelo vírus influenza, principalmente no 3º trimestre da gestação e no puerpério imediato, têm risco aumentado de doença grave e pneumonia. Considerando a morbimortalidade durante a pandemia, a vacina contra influenza pandêmica está sendo indicada para todas as gestantes, independente da idade gestacional.

Vacina contra a febre amarela

Considerando-se o possível risco de infecção dos fetos pelo vírus vacinal, a vacina contra a febre amarela está contraindicada para gestantes e mulheres amamentando, salvo em situações de alto risco de exposição. A vacinação em gestantes deverá ser analisada caso a caso.

5.5 – AÇÕES EDUCATIVAS

As ações educativas são relevantes para esclarecer as dúvidas das mulheres e contribuir para sua adesão aos procedimentos propostos e possíveis tratamentos.

É importante que as atividades sejam registradas e incluídas como ação assistencial realizada. Tais atividades podem ser desenvolvidas na forma de discussões em grupo, rodas de conversa, dramatizações ou outros mecanismos que, de maneira dinâmica, possam facilitar a troca de experiências entre todos os envolvidos no processo.

Esse tipo de atividade deve seguir os preceitos de educação para adultos, com base na aprendizagem significativa: quando o aprender faz sentido para cada uma dos usuários. Isso geralmente ocorre quando aquilo que se aprende responde a uma pergunta nossa e quando o conhecimento é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Dessa forma, é importante que os temas discutidos tenham significado para as usuárias, ou seja, responda às suas dúvidas e inquietações.

Devem ser trabalhados alguns conceitos e cuidados, com a participação ativa da gestante, no contexto social e suas transformações, englobando a família, particularmente o companheiro, se ela assim o desejar.

Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher deve receber algumas informações fundamentais; outras informações devem ser construídas com cada grupo, a partir de questões importantes e escolhidas pelas próprias mulheres participantes. Alguns temas sugeridos são apresentados a seguir.

- Importância do pré-natal.
- Orientação para que a mulher sempre carregue consigo o cartão da gestante e os





resultados dos exames complementares.

- Realização de atividade física, que pode proporcionar benefícios à gestação e ao parto. Uma boa preparação corporal e emocional ajuda a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente de seu parto.
- Promoção da alimentação saudável com foco na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, como baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro e ácido fólico.
- Desenvolvimento da gestação.
- Modificações corporais e emocionais.
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto.
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids, aconselhamento para o teste anti-HIV e para a pesquisa da sífilis.
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes.
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço).
- Preparo para o parto: planejamento individual considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social.
- Orientações e incentivo para o parto normal e humanizado, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos.
- Orientações quanto ao direito do acompanhante em sala de parto.
- Apoio àquelas que não puderem realizar parto normal, evitando possíveis frustrações.
- Orientação e incentivo ao aleitamento materno e apoio específico para as mulheres que não poderão amamentar.
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção.
- Sinais e sintomas do parto.
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde.
- Saúde mental e violência doméstica e sexual.
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante.
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério.
- Participação do pai durante a gestação e o parto, para incentivar o vínculo entre pai e filho, importante para o desenvolvimento saudável da criança.
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares.
- Importância das consultas puerperais.
- Cuidados com o recém-nascido.

- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na 1ª semana de vida do recém-nascido.
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

É imprescindível que a unidade organize visitas da mulher e familiares ao local do parto, valorizando que estes esclareçam dúvidas e tenham acesso ao seu plano de parto.

5.6 – VISITAS DOMICILIARES

As visitas domiciliares são oportunidades para complementar a investigação integral da mulher. Deve ser avaliado todo o contexto familiar e social, buscando identificar riscos à mulher ou a outros membros da família. Sempre que possível, o acompanhamento domiciliar deve ser realizado por agentes comunitários ou com outro profissional da unidade de saúde. Os agravos evidenciados devem ser discutidos com a equipe na unidade de saúde, incluindo, ao menos, o(a) enfermeiro(a), o(a) médico(a) e o(a) auxiliar de enfermagem. A frequência das visitas deve seguir o proposto normalmente por cada unidade básica de saúde e pode ser individualizada, de acordo com as necessidades de cada caso. Durante a visita deve ser avaliado o cartão da gestante, suas queixas, possíveis dificuldades encontradas para se adequar ao seguimento pré-natal e/ou desafios no seu meio familiar.

As metas prioritárias de visita domiciliar são:

- Identificar grávidas sem assistência pré-natal e empenhar-se para providenciar sua matrícula;
- Identificar gestantes que abandonaram os cuidados da unidade, pesquisando os motivos, que podem servir de base para melhorias na assistência, e estimulando o retorno delas às consultas regulares;
- Seguir especificamente alguma situação particularizada, se indicada pela unidade/equipe de saúde;
- Fornecer orientação sobre cuidados de saúde e demais programas desenvolvidos, particularmente sobre a importância de se completar o calendário vacinal, realizar a consulta de puerpério adotando ações de planejamento familiar, cuidado com as mamas e aleitamento materno, além de valorizar a orientação e o planejamento da gravidez.

5.7 – ENCAMINHAMENTOS E TRANSFERÊNCIAS

Em alguns casos, a necessidade de transferir cuidados pode ocorrer. O encaminhamento da gestante para a rede referenciada não deve ser entendido como uma “resolução do pro-



blema” da unidade, mas sim como uma vantagem para a mulher. A unidade que realizou o encaminhamento deve manter a responsabilidade sobre o acompanhamento dos cuidados, ainda que realizados em outra unidade.

A transferência deve representar um legítimo cuidado para com a mulher, ponderando-se sobre as vantagens desse procedimento e os eventuais transtornos que as usuárias e seus familiares podem enfrentar com os deslocamentos.

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 orientações particulares. O texto deve ser legível, sem abreviações 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 no **Anexo 4** e pode ser utilizado pelas unidades que não dispõem de um modelo.

5.



índice



cap.

5.



índice



cap.



6





6.1 – Métodos para cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP)	66
6.1.1 – Cálculo da idade gestacional	66
6.1.2 – Cálculo da data provável do parto	67
6.2 – Avaliação do estado nutricional (EN) e do ganho de peso gestacional	68
6.3 – Controle da pressão arterial (PA)	77
6.4 – Leitura da fita reagente para proteinúria	81
6.5 – Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)	82
6.5.1 – Palpação obstétrica	82
6.5.2 – Medida da altura uterina	85
6.6 – Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)	89
6.7 – Verificação da presença de edema	91
6.8 – Coleta de material para pesquisa de estreptococo do grupo B	93
6.9 – O preparo das mamas para o aleitamento	93

Os procedimentos devem ser seguidos por todos os profissionais da equipe com uniformidade dos cuidados prestados, facilitando a avaliação contínua e a comparação dos resultados. Para que isso seja possível, é importante haver treinamento rotineiro dos profissionais assistentes, em especial daqueles que estão iniciando suas atividades, ainda não adaptados a essa rotina. Os procedimentos discriminados a seguir são os mais usuais no atendimento às mulheres, devendo, se necessário, ser adaptados às características da unidade.

6.1 – MÉTODOS PARA CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL (IG) E DA DATA PROVÁVEL DO PARTO (DPP)

6.1.1 – Cálculo da idade gestacional

Objetivo: estimar a duração da gravidez / idade do feto.

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

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

É o método para se calcular a idade gestacional em 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 data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu

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

6.



índice

6.

cap.

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 16 e 20 semanas. Pode-se utilizar a altura uterina mais o toque vaginal, considerando os seguintes parâmetros:
 - até a 6ª semana não ocorre alteração do tamanho uterino;
 - na 8ª semana o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
 - na 10ª semana o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
 - na 12ª semana ele ocupa a pelve de modo que é palpável na sínfise púbica;
 - na 16ª semana o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
 - na 20ª semana o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
 - a partir da 20ª semana existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel a partir da 32ª semana de idade gestacional.
- Lembrar que o exame de ultrassonografia obstétrica pode ser um excelente meio de confirmação da idade gestacional, sobretudo quando realizado precocemente durante a gravidez.

6.1.2 – Cálculo da data provável do parto

Objetivo: estimar o período provável para o nascimento.

- 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 disponível.

Exemplos	Data da última menstruação: 13/9/08
	Data provável do parto: 20/6/09 ($13+7=20/9-3=6$)
	Data da última menstruação: 10/2/09
	Data provável do parto: 17/11/09 ($10+7=17/2-9=11$)
	Data da última menstruação: 27/1/09
	Data provável do parto: 3/11/09 ($27+7=34/34-31=3/1+9+1=11$)

6.2 – AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL (EN) E DO GANHO DE PESO GESTACIONAL

6.

Objetivo: avaliar e acompanhar o estado nutricional da gestante e o ganho de peso durante a gestação para:

- Identificar, a partir de diagnóstico oportuno, 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.

Atividades:

- Medida do peso e da altura da gestante;
- Avaliação do estado nutricional durante a gestação.

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 pelo menos 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 apresentando intervalos de 100 g, ou eletrônica, se disponível.

- Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada.



índice



6.
cap.

- 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 menor valor. Por exemplo: se o cursor estiver entre 200 e 300 g, considerar 200 g.
- 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, pressionando suavemente os cabelos da gestante até que a haste encoste-se 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.

Orientações para diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional da gestante

O primeiro passo para a avaliação nutricional da gestante é a aferição do peso e da altura maternos e o cálculo da idade gestacional, conforme técnicas descritas anteriormente.

Na primeira consulta de pré-natal: nessa oportunidade, a avaliação nutricional da gestante, com base em seu peso e sua estatura, permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidia a previsão de ganho de peso até o fim da gestação. Essa avaliação deve ser feita conforme as instruções apresentadas a seguir.



1) Calcule o IMC por meio da fórmula:

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

6.

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

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. Enquanto essa situação permanece, o recomendado é utilizar a curva de Atalah (Atalah et al., 1997), que foi construída para a população de gestantes do Chile. Por essa tabela, uma gestante com IMC < 20 no 1º trimestre tem baixo peso, com IMC > 25 tem sobrepeso e com IMC > 30 é obesa.



índice



cap.

2) Realize o diagnóstico nutricional, utilizando a 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, conforme os exemplos a seguir:

- 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, calculado conforme descrito no **item 1**.

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.

6.



índice



cap.

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

- **Baixo peso (BP)** – quando o valor do 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 à sobrepeso;
- **Obesidade (O)** – quando o valor do IMC for igual ou maior que os valores apresentados na coluna correspondente à obesidade.

6.

3) Conduas segundo a avaliação do estado nutricional encontrado:

- **Baixo peso (BP)** – investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes; dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual.
- **Adequado (A)** – seguir calendário habitual, explicar à gestante que seu 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)** – investigar obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmio, macrossomia, gravidez múltipla e doenças associadas (diabetes, pré-eclâmpsia, etc.); dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual.

Estime o ganho de peso para gestantes utilizando a **Tabela 6.2**.

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

Estado nutricional (IMC)	Ganho de peso semanal peso total (kg)	Ganho de peso semanal médio (kg) no 1º trimestre	Ganho de peso total (kg) no 2º e 3º trimestres
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	–	0,3	7,0

Fonte: Institute of Medicine, 1990, adaptado.



índice



cap.

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 1º trimestre, o ganho foi agrupado para todo o período; já para o 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 1º trimestre, assim como o ganho por semana até o fim da gestação. Essa informação deve ser fornecida à gestante.

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

Gestantes de baixo peso deverão ganhar entre 12,5 e 18,0 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 recomendado deve-se ao entendimento de que gestantes com baixo peso acentuado, ou seja, aquelas muito distantes da faixa de normalidade, 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.

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

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

Esse exame pode ser feito com base em dois instrumentos: 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 realizar o diagnóstico de cada consulta, deve-se 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).

Vale ressaltar que a inclinação recomendada para o traçado ascendente irá variar de acordo com o estado nutricional inicial da gestante, conforme **Figura 6.1**.

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

Essas orientações genéricas são para o profissional de saúde encarregado da atenção pré-natal. Contudo, quando se detectam alterações do estado nutricional, sempre que possível a gestante deverá também ser encaminhada para um especialista de nutrição para avaliação, orientação específica e seguimento conjunto do caso.

6.



índice

6.

cap.

Figura 6.1 – Avaliação do índice de massa corporal de acordo com a semana de gestação

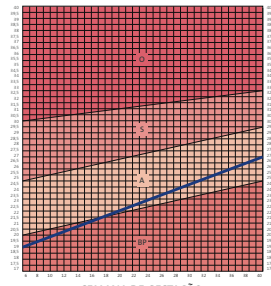
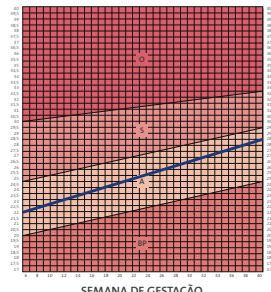
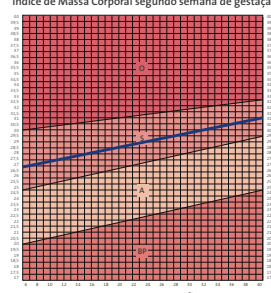
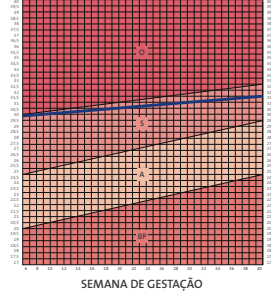
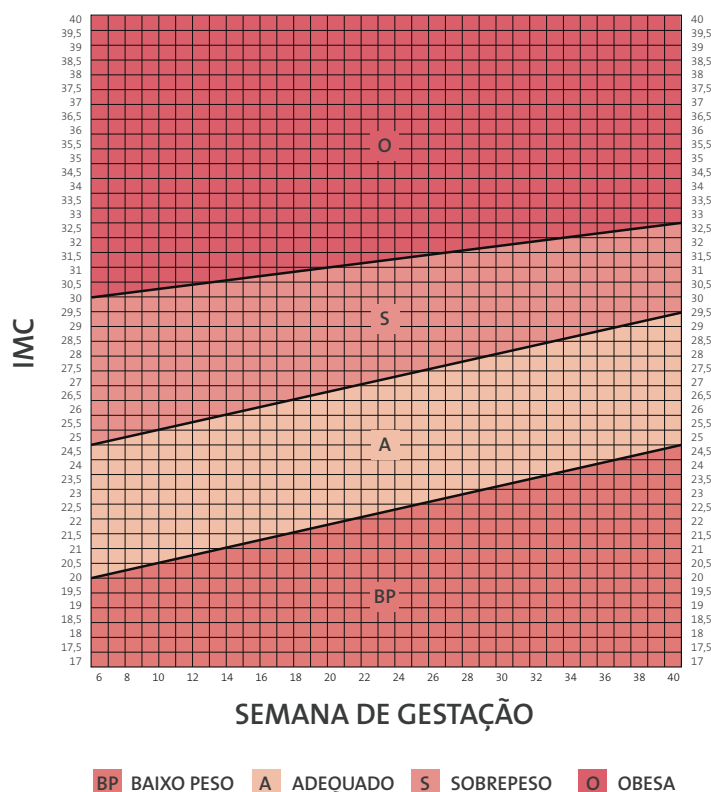
EN da gestante (1ª avaliação)	Inclinação da curva	Exemplo
Baixo peso (BP)	Curva de ganho de peso deve apresentar inclinação maior que a da curva que delimita a parte inferior da faixa de estado nutricional adequado.	<p>Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação</p>  <p>Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação</p> <p>Gráfico de acompanhamento nutricional para gestante com baixo peso (BP). O eixo vertical representa o Índice de Massa Corporal (IMC) e o eixo horizontal representa a semana de gestação. O gráfico é dividido em faixas de estado nutricional: Baixo Peso (BP), Adequado (A), Sobrepeso (S) e Obesa (O). A curva azul, que representa o ganho de peso da gestante, apresenta uma inclinação mais acentuada do que a linha inferior da faixa adequada (A), indicando que o ganho de peso está ocorrendo mais rapidamente do que o recomendado para essa categoria.</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</p>  <p>Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação</p> <p>Gráfico de acompanhamento nutricional para gestante com estado adequado (A). A curva azul segue uma trajetória paralela às linhas que delimitam a faixa adequada (A), indicando que o ganho de peso está dentro dos parâmetros recomendados.</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</p>  <p>Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação</p> <p>Gráfico de acompanhamento nutricional para gestante com sobrepeso (S). A curva azul apresenta uma inclinação ascendente semelhante à linha inferior da faixa de sobrepeso (S), indicando que o ganho de peso está dentro dos parâmetros recomendados para essa categoria.</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</p>  <p>Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação</p> <p>Gráfico de acompanhamento nutricional para gestante com obesidade (O). A curva azul apresenta uma inclinação ascendente semelhante ou inferior à linha inferior da faixa de obesidade (O), indicando que o ganho de peso está dentro dos parâmetros recomendados para essa categoria.</p>

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



6.



índice

6.

cap.

Notas importantes sobre gestantes adolescentes

Deve-se observar que a classificação do estado nutricional na gestação aqui proposta não é específica para gestantes adolescentes, devido ao crescimento e à imaturidade biológica nessa fase do ciclo de vida. No entanto, essa classificação pode ser usada, desde que a interpretação dos achados seja flexível e considere a especificidade desse grupo.

Para adolescentes que engravidaram dois ou mais anos depois da menarca (em geral maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente à das adultas. Para gestantes que engravidaram menos de dois anos após a menarca, é provável que se observe que muitas serão classificadas como de baixo peso. Nesses casos, o mais importante é acompanhar o traçado, que deverá ser ascendente. Deve-se 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)

Objetivo: detectar precocemente estados hipertensivos.

Conceitua-se estado hipertensivo na gestação:

- A observação de 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 e podendo ser aferidos com intervalo de quatro horas entre as medidas.
- O aumento de 30 mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15 mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação. Deve ser utilizado como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.
- A presença de pressão arterial diastólica \geq 110 mmHg em uma única oportunidade ou aferição.

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

Técnica de aferição da pressão arterial

Objetivo: normatizar a técnica de aferição da PA entre os membros da equipe.

- Higienizar as mãos.
- Certificar-se de que o aparelho de pressão (esfigmomanômetro) esteja calibrado.
- Explicar o procedimento à mulher, orientando-a a não falar durante o exame e 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, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida.
- Com a gestante sentada em um ambiente calmo, após um período de repouso de, no mínimo, cinco minutos, apoiar-lhe o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, desnudar-lhe o braço e fazê-la manter o cotovelo ligeiramente fletido.
- Localizar a artéria braquial por palpação.
- Colocar o manguito ao redor do braço da gestante, ajustando-o acima da dobra do

6.



índice

6.

cap.

cotovelo. **Observação:** O manguito deve ser adequado ao braço da paciente, colocado a cerca de 2 a 3 centímetros acima da fossa anticubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. Sua largura deve corresponder a 40% da circunferência do braço e seu comprimento envolver pelo menos 80%. Quando o braço tiver circunferência que impeça essa proporcionalidade, na ausência de manguito com dimensões especiais para obesos, sugere-se utilizar a tabela de correção (**Tabela 6.3**).

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 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 mais de 30 mmHg acima do nível estimado da PAS.
- Desinflar lentamente o manguito.

6.



índice



cap.

- Proceder à leitura:
 - o ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (PAS, máxima); após essa leitura, aumentar 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.
 - **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 perceba 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 a 70%.
- Esperar um a dois minutos antes de realizar novas medidas.
- Anotar o resultado no prontuário e no cartão da gestante.

A pressão arterial também poderá ser medida com a mulher em decúbito lateral esquerdo, mas nunca em posição supina (deitada de costas).

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

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





Quadro 6.1 – Avaliação da Pressão Arterial

Achado	Conduta
<p>Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção dos mesmos níveis de PA <p>Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:</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>Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da PA em nível menor do que 140/90 mmHg (sinal de alerta). <p>Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores da PA \geq 140/90 mmHg e \leq 160/110 mmHg, sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500 g 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 diariamente • Orientar para presença de sintomas como: cefaleia, epigastralgia, escotomas, edema, redução, volume ou presença de “espuma” na urina, redução de movimentos fetais. • Orientar repouso, principalmente pós- prandial e controle de movimentos fetais. • Verificar presença de proteinúria por meio de fita urinária (positivo: + ou mais) e dosagem em urina de 24 horas (positivo: a partir de 300 mg/24h). Quando positiva, encaminhar para avaliação hospitalar. Quando negativa, solicitar provas laboratoriais e encaminhar para pré-natal de alto risco.
<p>Níveis de PA superiores a 140/90 mmHg, proteinúria positiva e/ou sintomas clínicos (cefaleia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, porém com níveis de PA superiores a 160/110 mmHg.</p>	<p>Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir imediatamente à unidade de referência hospitalar. • Considerar a utilização de medicações/ procedimentos específicos para pré-eclâmpsia grave/ emergência hipertensiva.
<p>Paciente com hipertensão arterial crônica moderada ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva.</p>	<p>Paciente de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir ao pré-natal de alto risco.

6.4 – LEITURA DA FITA REAGENTE PARA PROTEINÚRIA

Objetivo: detecção de proteinúria significativa por fita reagente.

Idealmente, a triagem de proteinúria deve ser feita em toda consulta pré-natal de todas as gestantes. Quando isso não for possível, priorizar as gestantes com maior risco de pré-eclâmpsia.

Procedimento:

- Informar o procedimento à gestante (pode-se optar por que ela própria providencie que a fita reagente possa ser molhada diretamente pelo jato de urina; nesse caso, não há necessidade de recipiente coletor).
- Ler visualmente.
- 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.
- Coletar a urina fresca em um recipiente limpo e seco.
- Misturar a amostra antes de testá-la, efetuar o teste em até duas horas após a coleta.
- 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 com as possibilidades de resultado: negativa, traços, positiva de uma a quatro cruzes.

Observações importantes:

- O resultado de uma cruz deve ser considerado significativo.
- Mudanças de cor que ocorram após dois minutos não têm valor diagnóstico.
- Qualquer valor obtido deve ser informado ao(à) médico(a) assistente.
- Substâncias que podem alterar o resultado: níveis visíveis de sangue, bilirrubina e drogas contendo corantes, nitrofurantoína ou riboflavina.



6.5 – PALPAÇÃO OBSTÉTRICA E MEDIDA DA ALTURA UTERINA (AU)

Objetivos:

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

6.5.1 – Palpação obstétrica

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina, iniciando-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (esse procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando reconhecer os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, o que ocorre facilmente a partir do 3º trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.

6.



6.

cap.

Manobras de palpação:

1º tempo



2º tempo



3º tempo

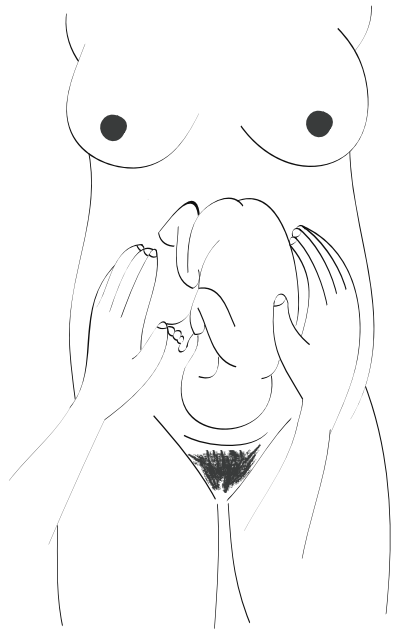


4º tempo



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

Situação:

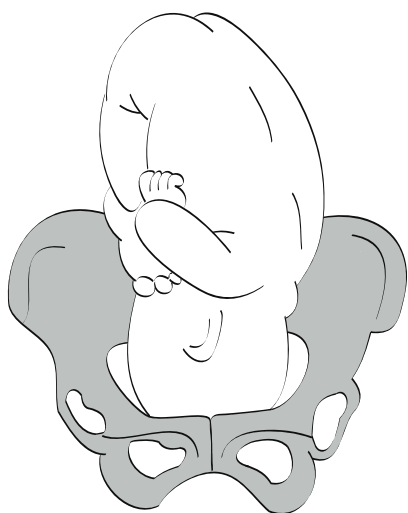


Longitudinal

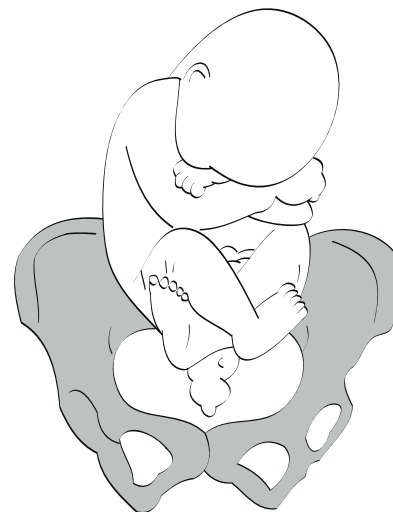


Transversa

Apresentação:



Cefálica



Pélvica

Conduas:

- Registrar a medida da altura uterina encontrada no gráfico de AU/semanas de gestação.
- Realizar interpretação do traçado obtido.
- A situação transversa e a apresentação pélvica em fim de gestação podem significar risco no momento do parto. Nessas condições, a mulher deve ser, sempre, referida para unidade hospitalar.

6.



índice

6.

cap.

6.5.2 – Medida da altura uterina

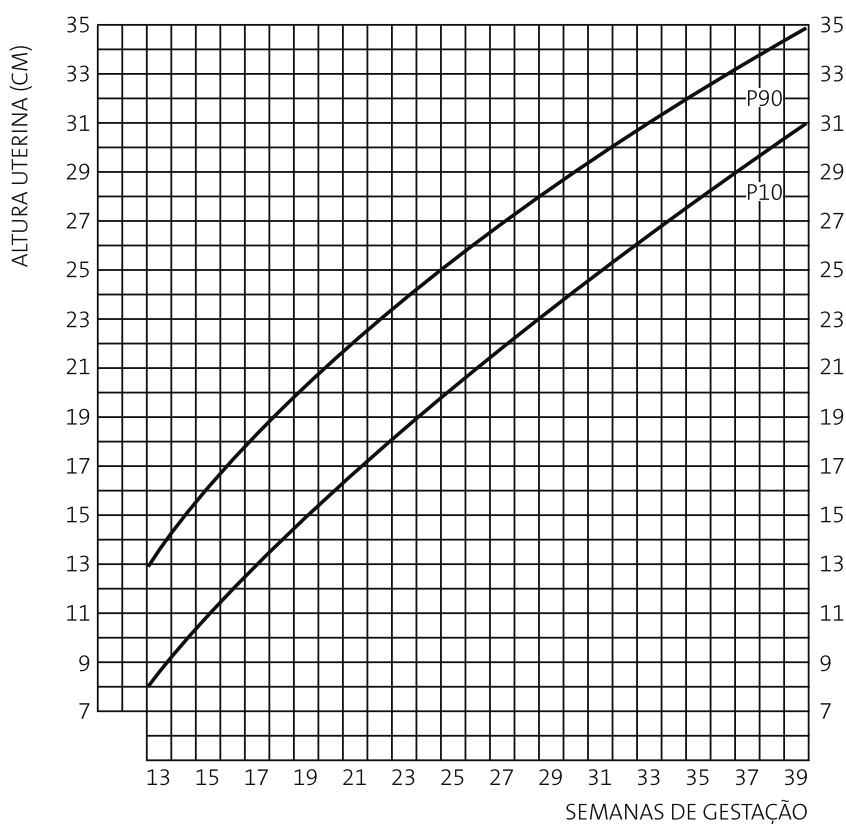
Objetivo: estimar o crescimento fetal, correlacionando-se a medida da altura uterina com o número de semanas de gestação.

Padrão de referência sugerido: enquanto ainda não estejam disponíveis curvas de referência feitas para toda a população brasileira, recomenda-se a utilização das curvas de altura uterina para idade gestacional desenhadas a partir dos dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP), embora já existam indícios de que essa curva não seja representativa da população brasileira.

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 6.2 – Altura uterina/semanas de gestação

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



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.

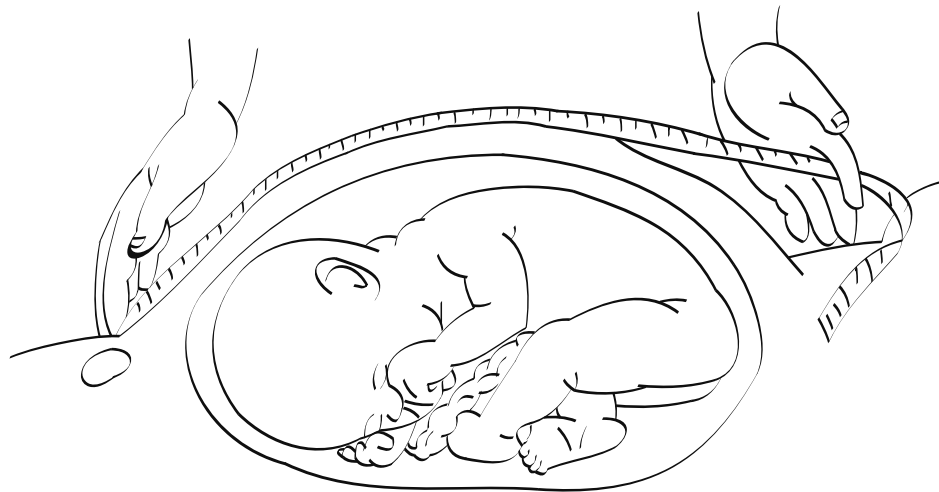
6.



índice



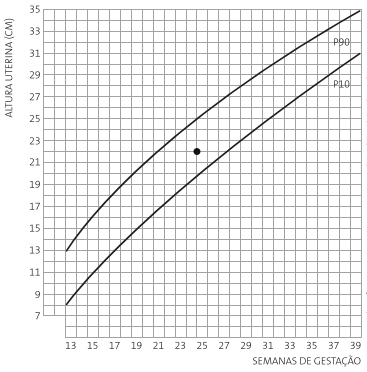
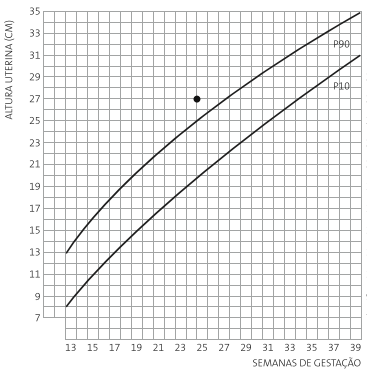
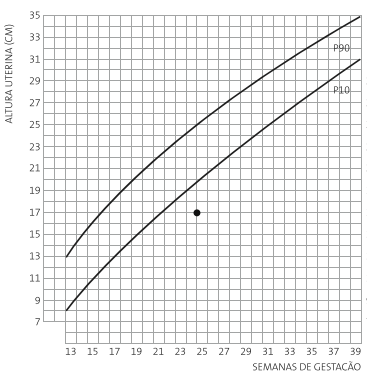
cap.



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 6.3 – Avaliação da altura uterina

Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas		
Gráfico	Ponto	Conduta
 <p>Gráfico de avaliação da altura uterina. O eixo vertical representa a altura uterina em centímetros (7 a 35), e o eixo horizontal representa as semanas de gestação (13 a 39). Duas curvas são mostradas: a superior (p10) e a inferior (p90). Um ponto está plotado entre as duas curvas, aproximadamente na semana 25 e altura de 23 cm.</p>	Entre as curvas inferiores e superiores	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir calendário de atendimento de rotina
 <p>Gráfico de avaliação da altura uterina. O eixo vertical representa a altura uterina em centímetros (7 a 35), e o eixo horizontal representa as semanas de gestação (13 a 39). Duas curvas são mostradas: a superior (p10) e a inferior (p90). Um ponto está plotado acima da curva superior, aproximadamente na semana 25 e altura de 28 cm.</p>	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 médico da unidade e avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gemelar, mola hidatiforme, miomatose e obesidade. • Solicitar ultrassonografia. • Caso se confirme alguma alteração, encaminhar para serviço de alto risco para avaliação.
 <p>Gráfico de avaliação da altura uterina. O eixo vertical representa a altura uterina em centímetros (7 a 35), e o eixo horizontal representa as semanas de gestação (13 a 39). Duas curvas são mostradas: a superior (p10) e a inferior (p90). Um ponto está plotado abaixo da curva inferior, aproximadamente na semana 25 e altura de 17 cm.</p>	Abaixo da curva inferior	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

6.



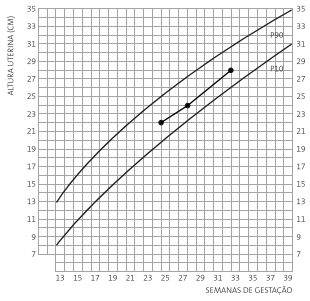
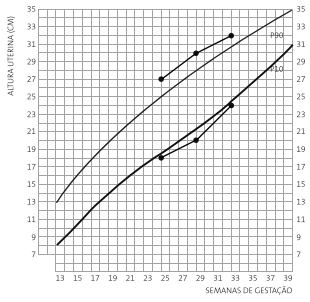
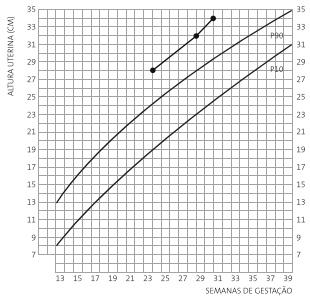
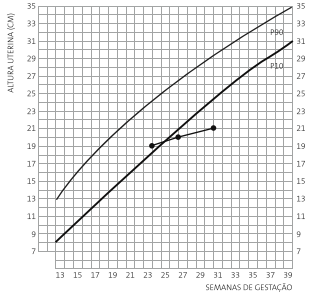
índice



6. cap.

Figura 6.4 – Curva de altura uterina de acordo com a semana de gestação

Consultas subsequentes

Gráfico	Traçado	Interpretação	Conduta
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y varia de 7 a 35 cm, e o eixo X varia de 13 a 39 semanas. Duas curvas representam o percentil 90 (90º) e o percentil 10 (10º). Um traçado com pontos e setas indica uma evolução normal, mantendo-se entre as duas curvas.</p>	<p>Evoluindo entre as curvas superiores e inferiores.</p>	<p>Crescimento normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir calendário básico.
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y varia de 7 a 35 cm, e o eixo X varia de 13 a 39 semanas. Duas curvas representam o percentil 90 (90º) e o percentil 10 (10º). Um traçado com pontos e setas indica uma evolução acima da curva superior (90º) com a mesma inclinação.</p>	<p>Evoluindo acima da curva superior e com a mesma inclinação desta; ou Evoluindo abaixo da curva inferior e com a mesma inclinação desta.</p>	<p>É possível que a IG seja maior que a estimada; É possível que a IG seja menor que a estimada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar gestante à consulta médica para: <ul style="list-style-type: none"> - confirmar a alteração; - confirmar a IG com ultrassonografia; - referir ao pré-natal de alto risco, na suspeita de desvio do crescimento fetal.
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y varia de 7 a 35 cm, e o eixo X varia de 13 a 39 semanas. Duas curvas representam o percentil 90 (90º) e o percentil 10 (10º). Um traçado com pontos e setas indica uma evolução acima da curva superior (90º) com uma inclinação maior que a das curvas.</p>	<p>Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta.</p>	<p>É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia ou outra situação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir ao pré-natal de alto risco. Solicitar ultrassonografia.
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y varia de 7 a 35 cm, e o eixo X varia de 13 a 39 semanas. Duas curvas representam o percentil 90 (90º) e o percentil 10 (10º). Um traçado com pontos e setas indica uma evolução com inclinação persistente menor que a da curva inferior (10º).</p>	<p>Evoluindo com inclinação persistente menor que a curva inferior.</p>	<p>Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, provável restrição do crescimento fetal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir ao pré-natal de alto risco. • Avaliar a vitalidade fetal.

6.



índice



cap.

6.6 – AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS (BCF)

Objetivo: verificar a vitalidade fetal, atentando para a presença, ritmo, frequência e normalidade dos BCF.

- 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, localizando a região de melhor ausculta dos BCF que corresponderá ao nível do coração do concepto (nos casos em que a equipe já conhece essa localização, o procedimento pode ser efetuado sem nova palpação abdominal).
- Colocar gel transdutor do Sonar Doppler e apoiá-lo na região como acima identificada.
- 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 coração fetal.
- 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-se de ausculta de atividade do coração materno.
- Embora o Sonar Doppler já tenha se tornado o padrão ouro de procedimento para a ausculta dos BCF durante a gestação, as unidades de saúde ainda devem estar equipadas com estetoscópio de Pinard e os profissionais também treinados para seu uso, o que pode ser necessário em algumas situações.
- 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 \geq 14 semanas	Alerta: <ul style="list-style-type: none">• Verificar erro de estimativa de idade gestacional.• Afastar condições que prejudiquem boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal.• Solicitar ultrassonografia ou referir para serviço de maior complexidade.
Bradicardia e taquicardia	Sinal de alerta: <ul style="list-style-type: none">• Afastar febre e/ou uso de medicamentos pela mãe.• Deve-se suspeitar de hipoxia fetal. O(a) médico(a) da unidade deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhar a gestante para serviço de referência.

Após contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero, um aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade.

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

Técnica de aplicação do Teste de Estímulo Sonoro Simplificado (TESS)

Objetivo: avaliar a vitalidade fetal, como método adicional, considerando a resposta cárdio-acelerativa do feto ao estímulo sonoro.

A) Material necessário:

- Sonar Doppler.
- Buzina Kobo (buzina de bicicleta).

B) Técnica:

- Colocar a mulher em decúbito dorsal com a cabeceira elevada (posição de Fowler).
- Palpar o polo cefálico.
- Auscultar os BCF por quatro períodos de 15 segundos e calcular a média (não deve estar com contração uterina).
- Realizar o estímulo sonoro, colocando a buzina sobre o polo cefálico fetal com ligeira compressão sobre o abdômen materno (aplicar o estímulo entre 3 e 5 segundos ininterruptos). Durante a realização do estímulo, deve-se observar o abdômen materno, procurando identificar movimentos fetais visíveis.
- Imediatamente após o estímulo, repetir a ausculta dos BCF por novos quatro períodos de 15 segundos e refazer a média dos batimentos.

C) Interpretação do resultado:

- **Teste positivo** – presença de aumento mínimo de 15 batimentos em relação à medida inicial, ou presença de movimentos fetais fortes e bruscos na observação do abdômen materno durante a realização do estímulo.
- **Teste negativo** – ausência de resposta fetal identificada tanto pela falta de aumento dos BCF quanto pela falta de movimentos fetais ativos. O teste deverá ser realizado duas vezes, com intervalo de pelo menos 10 minutos para se considerar negativo.

6.



índice



cap.

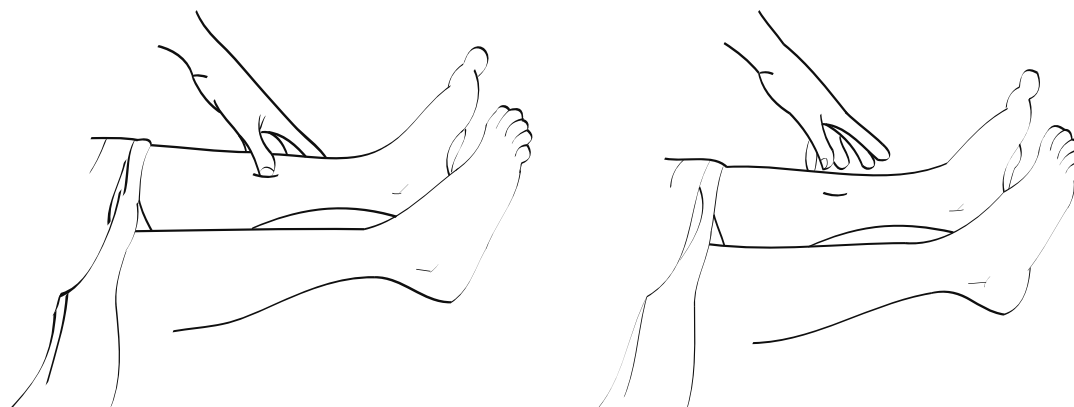
Na presença de teste simplificado negativo e/ou desaceleração da frequência cardíaca fetal, está indicada a utilização de método mais apurado para avaliação da vitalidade fetal. Referir a gestante para um nível de maior complexidade ou pronto atendimento obstétrico.

6.7 – VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA

Objetivo: detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.

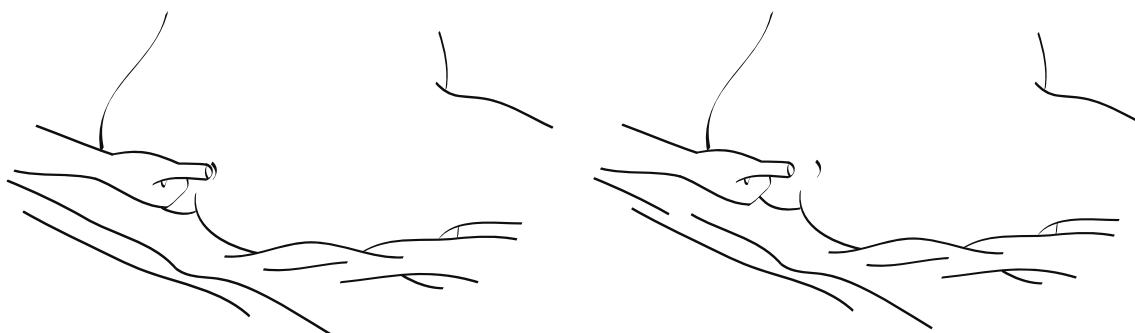
Nos membros inferiores:

- 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.

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.• Verificar a presença de sinais/sintomas de pré-eclâmpsia e interrogar sobre os movimentos fetais.• Marcar retorno em 7 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 de risco em virtude de 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 flogísticos.		<ul style="list-style-type: none">• Suspeita de processos tromboembólicos (tromboflebitis, TVP). Deve ser avaliada pelo(a) médico(a) da unidade e encaminhada para serviço hospitalar.

6.



índice



6.
cap.

6.8 – COLETA DE MATERIAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCO DO GRUPO B

Objetivo: colher material biológico para pesquisa de estreptococos do grupo B, no intuito de orientar antibioticoprofilaxia de infecção neonatal.

- 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, colocado 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.

6.9 – PREPARO DAS MAMAS PARA O ALEITAMENTO

Objetivo: fornecer orientação à mulher e familiares sobre o preparo das mamas e a técnica do aleitamento materno, a fim de criar oportunidade para valorizar o método, favorecer a adesão e prevenir obstáculos para a 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 seu êxito.

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

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

Vantagens da amamentação

Para a mulher:

- Fortalece o vínculo afetivo.

6.



índice



cap.

- 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 6 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 e, assim, facilitar a coordenação da respiração, sucção e deglutição.

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

6.



índice

6.

cap.

Preparo das mamas para o aleitamento:

- Avaliar as mamas na consulta de pré-natal.
- Orientar a gestante a usar sutiã durante a gestação.
- Recomendar 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.
- Esclarecer que o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo deve ser evitado.
- Orientar que a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro está contraindicada.

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

6.



índice



cap.



índice

7





7.1 – Tipagem sanguínea / fator Rh	98
7.2 – Sorologia para sífilis (VDRL)	99
7.3 – Urina tipo I	99
7.4 – Urocultura com antibiograma	100
7.5 – Hematimetria – dosagem de hemoglobina e hematócrito	100
7.6 – Glicemia de jejum e teste oral de tolerância a glicose	101
7.7 – Teste anti-HIV	101
7.8 – Sorologia para hepatite B (HBsAg)	106
7.9 – Sorologia para toxoplasmose	106
7.10 – Protoparasitológico de fezes	106



Exames Laboratoriais rotinas, interpretações e condutas

7.1 – TIPAGEM SANGUÍNEA / 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. Se o Coombs indireto for negativo, repeti-lo mensalmente. Quando o Coombs indireto for positivo, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. Se parceiro Rh negativo, não é necessário acompanhar o Coombs indireto materno.

Profilaxia da aloimunização Rh

A administração de 300 mg da imunoglobulina anti-D por via intramuscular em dose única, deve ser realizada nas gestantes com Rh negativo não sensibilizadas, quando a classificação sanguínea do parceiro for Rh positiva ou desconhecida. Esta administração deve ser realizada na 28ª semana de gestação. Considerar sua utilização mesmo após 28 semanas, até a 34ª semana, se for ultrapassada a época preconizada.

Deve ser administrada nas seguintes situações:

- No puerpério, quando o recém-nascido for Rh positivo.
- Nas síndromes hemorrágicas (abortamento, gestação ectópica, gestação molar, placenta de inserção baixa, descolamento prematuro de placenta, sangramentos inexplicados, etc.).
- Óbito fetal.
- Natimorto.
- Trauma abdominal.
- Após procedimento invasivo – cordocentese, amniocentese, biópsia de vilo corial (repetir até o parto, a cada 12 semanas).
- 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: 15 ml de concentrado de glóbulos vermelhos ou 30 ml de sangue total são neutralizados por 300µg de imunoglobulina.

Após a aplicação da imunoglobulina, o Coombs indireto pode ficar positivo por até 4 semanas.

Após o parto, a imunoglobulina deve ser administrada até 72 horas, sabendo-se que, quanto mais tardia for a aplicação dessa substância, menor será sua efetividade. Se a mulher tiver tido alta hospitalar sem que tenha sido administrada a medicação, esta poderá ser aplicada até 28 dias após o parto.

7.



7.2 – SOROLOGIA PARA SÍFILIS (VDRL)

A Nota Técnica 04/2007 – nº 238, DOE 19/12/07, com retificação nº 5, DOE 09/01/08, 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.

- **VDRL não reagente:** escrever no cartão da gestante 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 o exame em torno da 30ª semana, no momento do parto ou em caso de abortamento, em virtude dos riscos de infecção/reinfecção.
- **VDRL reagente:** conforme a Nota Técnica citada, 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 e considerar a possibilidade de reação cruzada pela gravidez, ou outras doenças, como lúpus, e encaminhar a gestante para investigação clínica.
- **VDRL reagente (qualquer titulação) e FTA-Abs ou TPHA positivo:** investigar história e antecedentes. Se a história for ignorada, gestante e parceiro devem ser imediatamente tratados segundo esquema descrito no **Capítulo 9, item 9.9**. Nos casos em que o VDRL apresentar títulos baixos ($<1/8$), a história for conhecida e o tratamento adequado, considerar como cicatriz sorológica ou memória imunológica; mas, com VDRL apresentando elevação na titulação, considerar a possibilidade de uma reinfeção ou falha terapêutica (o VDRL é o teste indicado para avaliação de cura).

Na impossibilidade de se realizar o teste confirmatório, ou se este for muito demorado, e não havendo história passada de tratamento ou lesões sugestivas, considerar o resultado do VDRL reagente, em qualquer titulação, como sífilis em atividade e iniciar tratamento imediato para a mulher e seu parceiro sexual na dosagem e periodicidade recomendadas para sífilis latente de tempo indeterminado e seguimento sorológico.

7.3 – URINA TIPO I

Valorizar a presença dos seguintes componentes:

- **Proteínas:** em casos de “traços” sem sinais clínicos de pré-eclâmpsia (hipertensão, ganho de peso), repetir em 15 dias; “positivo” (+/4+) na presença de hipertensão, considerar como pré-eclâmpsia leve. Orientar repouso e controle de movimentos fetais, alertar para a presença de sinais clínicos, solicitar proteinúria em urina de 24 horas e exames bioquímicos para triagem de síndrome HELLP (**ver Capítulo 9, item 9.4**). Se existirem sinais clínicos de gravidade, proteinúria em fita urinária +2 a 4+, referenciar imediatamente para avaliação na unidade secundária. Se não configurar proteinúria significativa em 24 horas (> 300 mg) e o caso se tratar de HAC 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:** deve-se solicitar urocultura com antibiograma e agendar retorno mais precoce que o habitual para resultado do exame. Se o resultado for positivo, tratar 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 ao pré-natal de alto risco.

7.4 – UROCULTURA COM ANTIBIOGRAMA

- O achado de mais de 100.000 unidades formadas de colônia na urina por ml, confirma o diagnóstico de infecção do trato urinário. Deve ser prescrita antibioticoterapia, segundo as opções do **Capítulo 9, item 9.8**, baseando-se no antibiograma.
- Coletar nova urocultura, pelo menos 1 semana após o tratamento, para controle de cura.
- Repetir a urocultura com antibiograma por volta da 30ª semana.

7.5 – HEMATIMETRIA – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA E HEMATÓCRITO

- **Hemoglobina ≥ 11 g/dl:** ausência de anemia. Manter a suplementação de 300 mg/dia e 5 mg de ácido fólico, a partir da 20ª semana, devido à maior intolerância digestiva no início da gravidez. Recomenda-se ingestão uma hora antes das refeições. Repetir Hb/Ht aproximadamente à 30ª semana.
- **Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl:** anemia leve a moderada. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva, de 3 a 4 drágeas de sulfato ferroso/dia (900 a 1200 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 (300 mg ao dia);
 - **repetir o exame aproximadamente na 30ª semana** – 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.

7.



Índice



7. cap.

Alterações da série branca e de quantidade de plaquetas devem ser encaminhadas ao hematologista. Considerar eventual infecção vigente e síndrome HELLP, quando existir plaquetopenia (plaquetas < 100.000 unidades).

7.6 – 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, segundo o fluxo descrito neste manual no **Capítulo 9, item 9.5**.

7.7 – TESTE ANTI-HIV

Rotina laboratorial: os testes 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 Elisa (EIA) e os ensaios confirmatórios utilizados são: Imunofluorescência indireta, Immunoblot e Western blot (WB).

Para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, os laboratórios públicos, privados e conveniados ao SUS devem adotar obrigatoriamente os procedimentos sequenciados do fluxograma da **Figura 7.1**, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 151, de 14/10/2009, publicada no DOU em 16/10/2009. 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 uso de teste rápido também está normatizado no Brasil pela Portaria SVS/MS nº 151, de 14/10/2009, publicada no DOU 16/10/2009, conforme **Fluxograma 7.2**, e deve ser realizado nas seguintes situações especiais:

- Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso;
- Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA;
- Segmentos populacionais flutuantes;
- Segmentos populacionais mais vulneráveis;
- Parceiros de pessoas vivendo com HIV/Aids;
- Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente-fonte;
- Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;
- Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
- Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- Outras situações especiais definidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

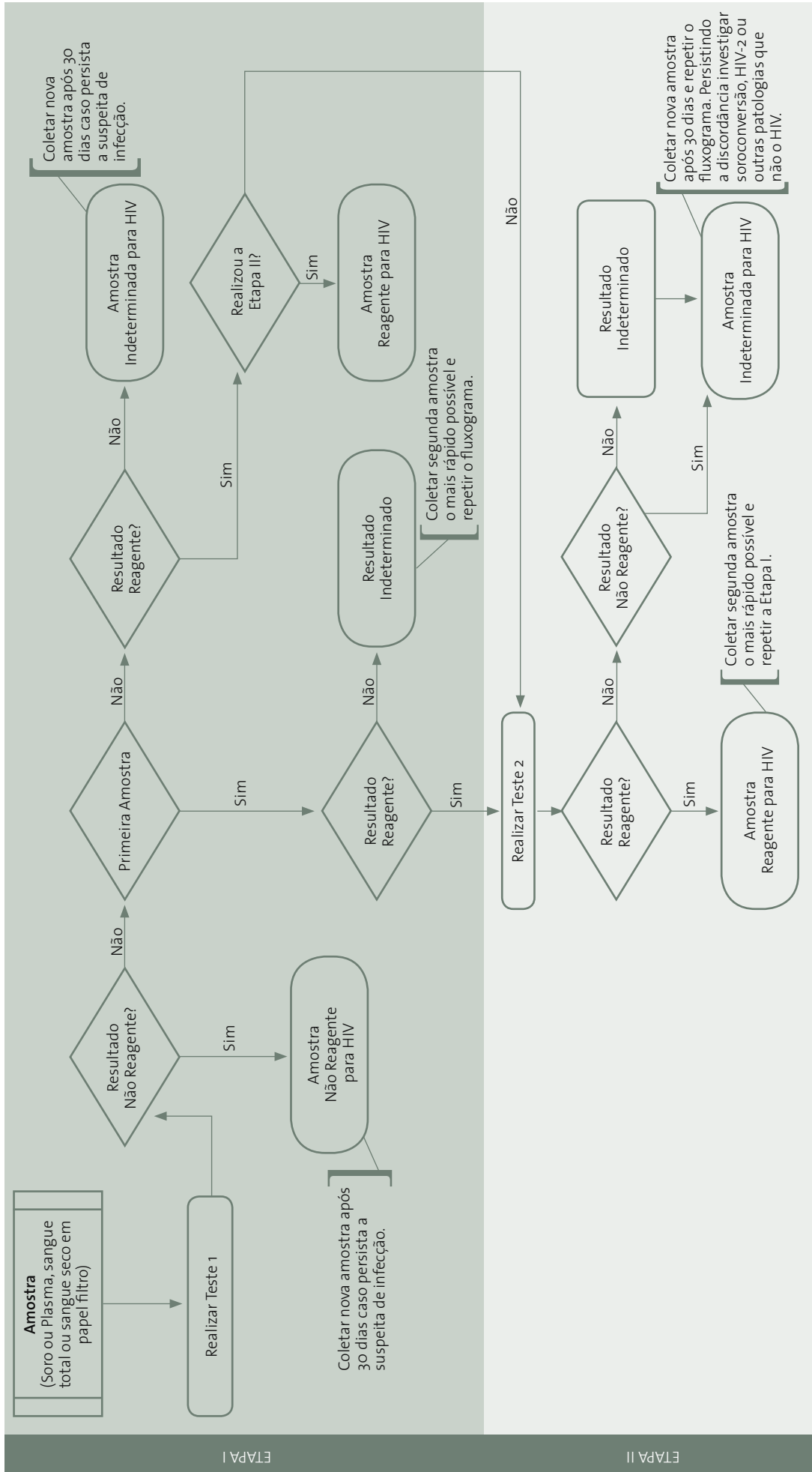


índice



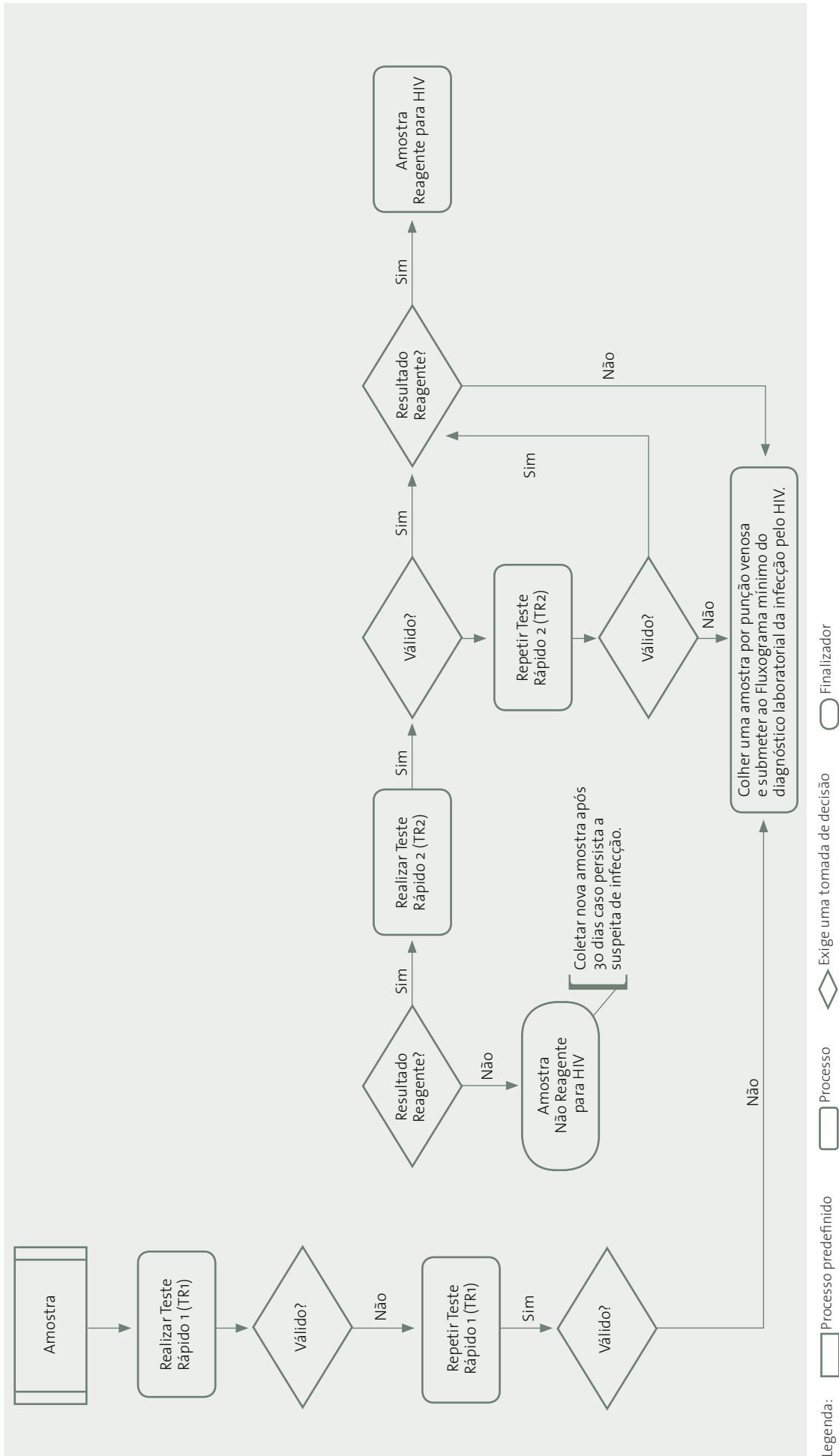
cap.

Figura 7.1 – Fluxograma para detecção de anticorpos HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos (recomendado acima de 18 meses)



Legenda: Processo predefinido Processo Exige uma tomada de decisão Finalizador

Figura 7.2 – 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 descritas 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). Nesses casos, a necessidade de nova sorologia poderá ser considerada pelo profissional, com base nas informações colhidas durante o processo de aconselhamento pré-teste. Diante dessa suspeita, o teste anti-HIV deverá ser repetido entre 30 e 90 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 para 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 Capítulo 9, item 9.10**);

- discutir com a gestante a necessidade de informar o parceiro sexual sobre o resultado e para triagem sorológica.
- realizar a notificação compulsória do resultado em instrumento próprio do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

7.8 – 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 no recém-nascido nas primeiras 14 a 24 horas pós-parto. (A imunoglobulina está disponível nos Centros de Imunobiológicos Especiais – CRIEs). Se HBsAg positivo, avaliar função hepática **(ver Capítulo 9, item 9.6)**.

A gestante com HBsAg reagente deverá continuar seu acompanhamento pré-natal na unidade básica de saúde e deverá também receber avaliação e seguimento médico para a hepatite.

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

7.9 – 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 positiva, deve ser solicitado o teste de avides de IgG, a fim de se estimar em que época, aproximadamente, ocorreu a contaminação.

Se a avides de IgG for 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. Nesses casos, está indicado uso de espiramicina via oral e encaminhamento para pesquisa de infecção fetal por PCR em serviço de referência, para decisão posterior de mudança de terapia **(ver Capítulo 9, item 9.7)**.

7.10 – PROTOPARASITOLÓGICO DE FEZES

Efetuar pesquisa de verminose e administrar medicações de acordo com o resultado.

7.



índice



7.
cap.

7.



índice



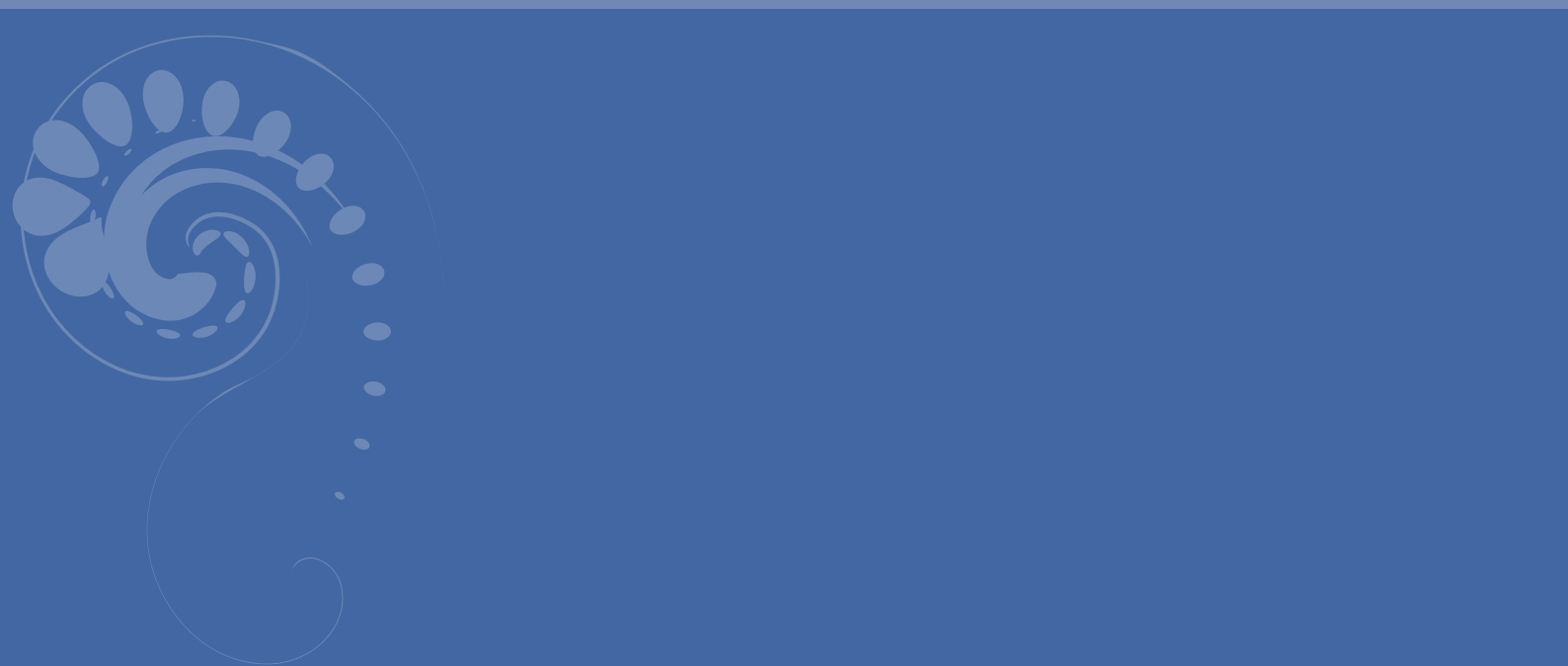
cap.



indice



8





8.1 – Náuseas, vômitos e tonturas	110
8.2 – Pirose (azia)	110
8.3 – Eructação/plenitude gástrica	110
8.4 – Sialorreia (salivação excessiva)	111
8.5 – Fraquezas e desmaios	111
8.6 – Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal	111
8.7 – Doença hemorroidária	112
8.8 – Corrimento vaginal	112
8.9 – Queixas urinárias	113
8.10 – Falta de ar e dificuldade para respirar	113
8.11 – Mastalgia/descarga papilar	113
8.12 – Dor lombar (dores nas costas)	113
8.13 – Cefaleia (dor de cabeça)	114
8.14 – Sangramento nas gengivas	114
8.15 – Varizes	114
8.16 – Câimbras	114
8.17 – Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)	115
8.18 – Estrias	115
8.19 – Palpitação	115
8.20 – Edema	115
8.21 – Epistaxe/obstrução nasal	115
8.22 – Parestesias	116
8.23 – Insônia/hipersônia	116

Queixas frequentes

As alterações fisiológicas da gravidez produzem manifestações sobre o organismo da mulher que, muitas vezes, são percebidas como “doenças”. Cabe ao profissional de saúde a correta interpretação e a devida orientação à mulher, sem a banalização de suas queixas.

As orientações descritas a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, doenças clínicas mais complexas. 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.
- Algumas mulheres podem obter alívio com algumas orientações: alimentação fracionada (seis refeições leves ao dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; 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.
- Agendar consulta médica para avaliar a necessidade de usar medicamentos ou referir ao pré-natal de alto risco, em caso de vômitos frequentes.
- Pode ser necessária a prescrição de antieméticos.
- Adiar o horário de escovação dos dentes, evitando os primeiros instantes após levantar-se pela manhã, pode ser útil.

8.2 – PIROSE (AZIA)

- Ingestão de forma fracionada (pequenas quantidades e com maior frequência).
- Ao dormir, buscar elevar o tronco em relação ao resto do corpo (pode-se elevar a cabeceira da cama).
- Evitar frituras, café, chá preto, mates, alimentos gordurosos e picantes e outros irritantes gástricos, doces, álcool e fumo.
- Após as refeições, deitar-se só após uma ou duas horas.
- Em alguns casos, a critério médico, a gestante pode se beneficiar com a prescrição de antiácidos, particularmente no 3º trimestre.

8.3 – ERUCTAÇÃO / PLENITUDE GÁSTRICA

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

8.



índice



cap.

8.4 – SIALORREIA (SALIVAÇÃO EXCESSIVA)

- Explicar que esse é um sintoma comum no início da gestação.
- Orientar alimentação semelhante à indicada para náuseas e vômitos.
- Orientar a gestante para 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 pouco ventilados.
- Explicar à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

8.6 – DOR ABDOMINAL, CÓLICAS, FLATULÊNCIA E OBSTIPAÇÃO INTESTINAL

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas.
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugerir exercícios apropriados.
- Nos casos de epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito, principalmente no 3º trimestre, estar alerta para sintomas associados à síndrome HELLP.
- 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, e cereais integrais;.
 - recomendar que aumente a ingestão de água e evite alimentos de alta fermentação, por exemplo, feijão, repolho, batata, milho, ovo, frituras, etc.;
 - 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), evitando horários fixos para as exonerações intestinais;
 - com a persistência do quadro, pode ser necessária a prescrição de formadores de bolo fecal, como farelo de trigo; não se devem prescrever óleos minerais porque eles reduzem a absorção de vitaminas lipossolúveis.

8.



índice



cap.

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.
- Pode causar alívio a aplicação de anti-inflamatórios tópicos, como o polisulfato de mucopolissacarídeos.
- Fazer banhos de vapor 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, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal. A presença de fluxo vaginal pode estar relacionada a complicações consideráveis, como rotura prematura de membranas, parto prematuro ou endometrite pós-parto, entre outras.
- 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. Tratar, preferencialmente, com antifúngico tópico por 7 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, VO, de 8 em 8 horas, por 7 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-chave) ou flora vaginal com escassez ou ausência de bacilos de Doderlein** – vaginose bacteriana;
 - **micro-organismos flagelados móveis** – tricomoníase;
 - **hifas ou esporos de leveduras** – candidíase.
- Em outros casos, ver condutas no Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-Aids/MS.

8.



índice



cap.

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).
- Solicitar exame de urocultura e antibiograma, orientando a terapia segundo o resultado.
- Desestimular essas gestantes para que não diminuam a ingestão de líquido tentando diminuir a frequência de micção.
- Explicar que a incontinência urinária, mesmo na ausência de prolapso, pode estar associada, não cabendo terapia específica.

8.10 – FALTA DE AR E DIFICULDADE PARA RESPIRAR

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

- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo.
- Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso.
- Atentar para outros sintomas associados e para achados no exame cardiopulmonar. 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/DESCARGA PAPILAR

- Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas.
- Não perder a oportunidade de orientar para o preparo das mamas para a amamentação.
- O colostro, principalmente nas fases tardias da gravidez, pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades.

8.12 – DOR LOMBAR (DORES NAS COSTAS)

Recomendar à gestante:

- Correção de postura ao sentar-se e ao andar.
- Uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis, de base larga.
- Aplicação de calor local.
- Eventualmente, usar analgésico (se não for contraindicado), por tempo limitado.

8.



índice



cap.

- Pode ser necessário encaminhar para fisioterapia e investigação complementar, segundo a intensidade do processo.

8.13 – CEFALÉIA (DOR DE CABEÇA)

- Afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se idade gestacional maior que 20 semanas).
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.
- Eventualmente, prescrever analgésico (acetaminofen), por tempo limitado.
- Referir à consulta médica, se o sintoma persistir.

8.14 – SANGRAMENTO NAS GENGIVAS

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

8.



índice



cap.

8.15 – VARIZES

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.
- Pode ser útil elevar os pés da cama.
- Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante; podem-se indicar meias de média compressão, com tamanho sugerido a partir da aferição da circunferência da panturrilha.
- As varizes vulvares não requerem tratamento específico e raramente são causas de sangramentos profusos.
- Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.

8.16 – CÂIMBRAS

Recomendar à gestante:

- Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local.
- Aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1.
- Evitar excesso de exercícios.

8.17 – CLOASMA GRAVÍDICO (MANCHAS ESCURAS NO ROSTO)

- Explicar que é comum na gravidez 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, se possível.

8.18 – ESTRIAS

- Explicar que são resultado da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentam cor arroxeada, tendem, com o tempo, a ficar de cor semelhante à da pele.
- Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas, na tentativa de preveni-las.

8.19 – PALPITAÇÃO

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

8.20 – EDEMA

- Atentar para a extensão do processo, principalmente em localizações diferentes dos membros inferiores (nesse caso, pensar em pré-eclâmpsia).
- Valorizar a possibilidade de fenômenos trombóticos.
- Se fisiológico, não recomendar dieta hipossódica e a prescrição de diuréticos.

8.21 – EPISTAXE/OBSTRUÇÃO NASAL

- A frequência, a intensidade e a história prévia devem alertar para a necessidade de avaliação por parte de especialistas, para pesquisas de causas não relacionadas às modificações gravídicas.
- Atentar para a possibilidade de crises hipertensivas nos casos de epistaxe.
- O prejuízo ao sono e o desconforto, por vezes limitante de atividades laboriosas, podem indicar o benefício da administração de descongestionantes nasais e lubrificantes das vias aéreas superiores; devem ser usados com cautela (preferencialmente, apenas à noite).

8.



índice



cap.

8.22 – PARESTESIAS

- É comum acontecimento de parestesias 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.
- A administração de medicamentos, embora possa ser utilizada em casos de difícil resolução, deve ter seu benefício avaliado criteriosamente.

8.



índice



cap.

8.



índice



cap.



indice



9





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

Intercorrências clínicas mais frequentes

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

9.1 – HIPERÊMESE

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

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

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

Antieméticos orais:

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

Antieméticos injetáveis:

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

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

9.



índice



cap.

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

9.2 – SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

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

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

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

As situações hemorrágicas mais importantes durante a gravidez são:

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

Abortamento

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

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

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

tectam-se fragmentos placentários no canal cervical e na vagina. Pelo toque, é possível a avaliação da permeabilidade do colo.

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

Ameaça de aborto ou abortamento evitável

Presença de sangramento vaginal discreto ou moderado, sem que ocorra modificação cervical, geralmente com sintomatologia discreta ou ausente (dor do tipo cólica ou peso na região do hipogástrio).

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

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

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

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

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

9.



índice



cap.

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, entre outros. O exame especular pode mostrar a presença do sangramento. Pelo toque vaginal, verifica-se amolecimento do colo e presença ou não de aumento uterino, e a palpação das regiões 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.

Mola hidatiforme

O diagnóstico clínico pode ser feito pela presença de sangramento vaginal intermitente, geralmente de pequena intensidade, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico). A altura uterina ou o volume uterino, em geral, são incompatíveis com o esperado para a idade gestacional, sendo maiores previamente a um episódio de sangramento e menores após (útero em sanfona). A presença de hiperêmese é mais acentuada, podendo levar a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos. Atentar para a presença de hipertensão arterial precoce, já que essa é uma das poucas condições de pré-eclâmpsia previamente à 20ª semana de gestação.

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

Placenta prévia

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

Na anamnese, é relatada perda sanguínea por via vaginal, súbita, de cor vermelha viva, de quantidade variável, não acompanhada de dor. É episódica, recorrente e progressiva, e com frequência ocorre na 30ª semana (sangramento sentinela). O exame obstétrico revela volume e tono uterinos normais, frequentemente com apresentação fetal anômala. De maneira habitual, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos. O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal.

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

Descolamento prematuro da placenta

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

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

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

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

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

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

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

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

9.



índice

9.

cap.

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

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

9.3 – ANEMIA

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

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

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

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

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

9.4 – HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GESTAÇÃO E ECLÂMPSIA

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

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

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

Classificação da hipertensão arterial em mulheres gestantes

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

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

9.



índice



cap.

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

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

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

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

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

- PAS \geq 160 mmHg e/ou PAD \geq 110 mmHg.
- Proteinúria de 24 horas \geq 2,0 gramas.
- Epigastralgia/dor no hipocôndrio direito.
- Oligúria.
- Creatinina sérica $>$ 1,2 mg/dL.
- Aumento de TGO e TGP.
- Acometimento do sistema nervoso central – cefaleia, tontura, perda da consciência, diplopia, visão turva, escotomas cintilantes.
- Plaquetopenia ($<$ 100.000/mm₃).
- Insuficiência cardíaca, edema pulmonar.
- Hemólise microangiopática – hiperbilirrubinemia (direta), aumento de desidrogenase láctica (DHL), hemácias fragmentadas no sangue periférico.
- Crescimento fetal restrito.
- Oligoidraminia.

Hipertensão arterial crônica

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

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

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

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

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

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

Adoção de cuidados

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

9.



índice



cap.

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

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

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

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

Crise hipertensiva

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Nifedipina:** bloqueador de canal de cálcio, produz relaxamento da musculatura arterial lisa. A administração é por via oral, na dose de 5 a 10 mg a cada 30 minutos até completar um máximo de 30 mg. A administração da nifedipina de ação rápida (10 mg sublingual) apresenta dificuldade no controle do ritmo e grau de redução da pressão arterial. Seu uso tem sido controverso devido à possibilidade de efeitos colaterais sérios, como hipotensão grave, com risco tanto materno quanto fetal. Outros efeitos colaterais são a taquicardia, cefaleia e rubor facial. Portanto, por segurança, sua utilização deveria ser evitada, pelo menos na unidade básica de saúde onde a gestante estiver recebendo seu primeiro atendimento.
- **Furosemida: atenção** – não deve ser utilizado na hipertensão aguda, pois reduz o volume intravascular e a perfusão placentária. Somente tem indicação em casos de insuficiência renal aguda comprovada ou em edema agudo de pulmão.

9.



índice

9.

cap.

- **Alfametildopa e betabloqueadores orais:** não são indicados na crise hipertensiva, pois apresentam tempo para início de ação superior a 4-6 horas.
- **Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) – captopril, enalapril e outros:** estão proscritos na gestação por estarem associados com morte fetal e malformações fetais.

Eclâmpsia

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

Plano de ação:

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

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

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

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

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

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

- **MgSO₄.7H₂O a 50%** – uma ampola = 10 ml = 5 g
- **MgSO₄.7H₂O a 20%** – uma ampola = 10 ml = 2 g
- **MgSO₄.7H₂O a 10%** – uma ampola = 10 ml = 1 g

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

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

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

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

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

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

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

9.



índice



cap.

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

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

Observações importantes:

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

Estratégias para facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo

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

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

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

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

Considerações gerais

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

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



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

Tratamento da hipertensão arterial durante a lactação

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

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

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

9.

Hipertensão recorrente

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

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

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

9.5 – DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO (DMG)

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



índice



cap.

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

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

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

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

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

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

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

Para o embrião/feto, os problemas descritos incluem:

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



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

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

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

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

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

Classificação etiológica

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

9.



índice



cap.

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

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

Estágios de desenvolvimento do diabetes

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

Principais fatores de risco do diabetes mellitus gestacional:

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

Rastreamento e diagnóstico do diabetes gestacional

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Algumas vezes, o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

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

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

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

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

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

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

Quadro 9.1 – Critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes

Duas Glicemias de jejum > 126 mg/dL ou

Dois valores alterados no teste de tolerância oral à glicose

Valores-limites para o teste de tolerância à glicose 75 g

Jejum → 95 mg/dL

1 Hora → 180 mg/dL

2 horas → 155 mg/dL

9.



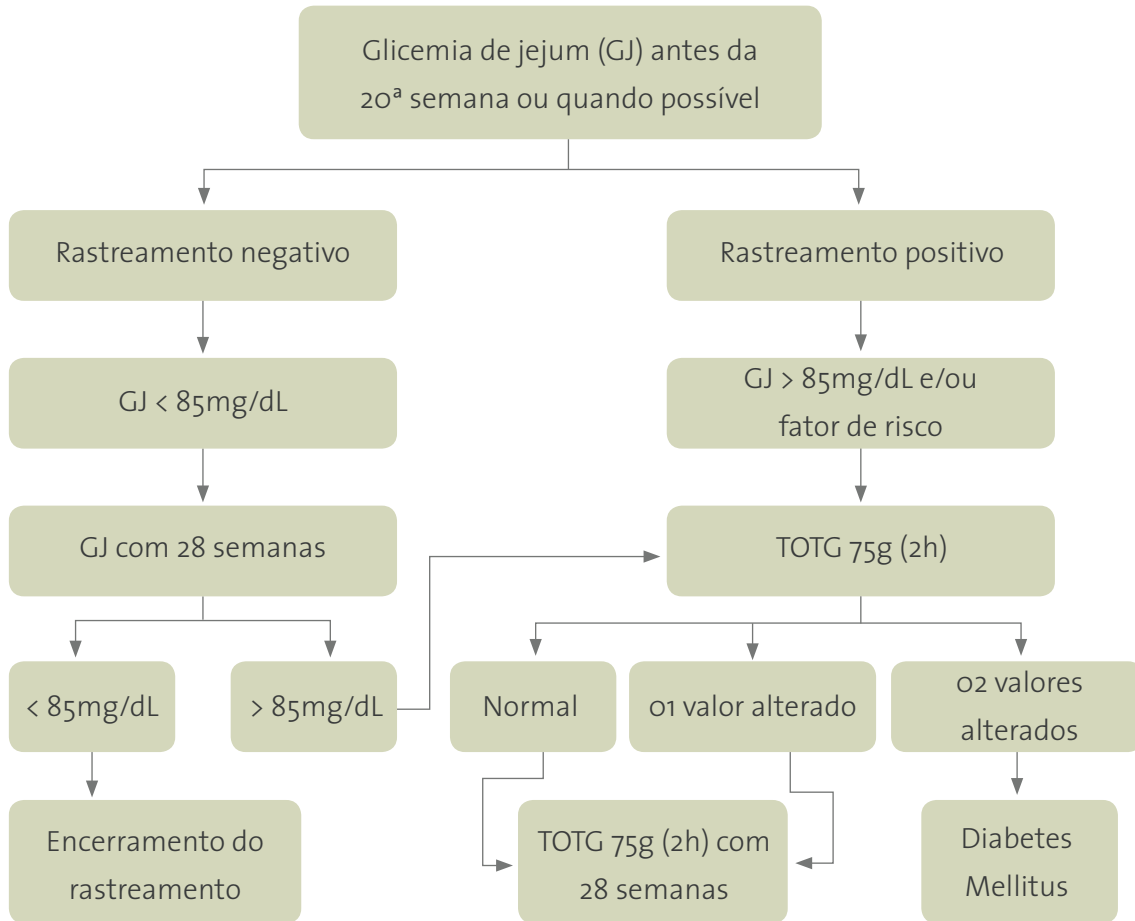
índice

9.

cap.

O fluxograma da **Figura 9.1** demonstra rastreamento sugerido.

Figura 9.1 – Fluxograma para rastreamento do diabetes na gravidez



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

Conduta inicial para o diabetes durante a gestação

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

- Creatinina sérica e clearance de creatinina.
- TSH.

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

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

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

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

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

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

9.



índice

9.

cap.

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. Considerando que pelo menos a metade do grupo de mulheres que tiveram diabetes mellitus gestacional torna-se diabética em um período de 5 anos após o parto, é importante se rastrear no pós-parto as mulheres que terão confirmação de DM, aquelas que exibirão algum grau de intolerância a carboidratos e as que apresentarão resultados normais, no intuito de se proceder à orientação nutricional e à adoção de estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercícios e o controle de peso corporal.

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

9.6 – HEPATITE B

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

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

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



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

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

9.7 – TOXOPLASMOSE

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

Diagnóstico

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

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

9.



índice



cap.

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

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

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

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

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

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

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

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

Diagnóstico de infecção fetal

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

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

- Pirimetamina, 25 mg, de 12 em 12 horas, por via oral.
- Sulfadiazina, 3 g/dia, via oral, divididos em duas tomadas.
- Ácido folínico, 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.

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 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 pzinha.
- 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.



índice



cap.

9.8 – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

A infecção do trato urinário é comum em mulheres jovens e representa a complicação clínica mais frequente na gestação. De 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, com 25 a 35% desenvolvendo pielonefrite aguda. A gestação ocasiona modificações, algumas delas mediadas por hormônios que favorecem as ITU: estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções. Os microorganismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a *Escherichia coli*, que responde por 80 a 90% das infecções. Outros gram-negativos, como *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Proteus*, respondem pela maioria dos outros casos, além do enterococo e do estreptococo do grupo B. A bacteriúria assintomática é a mais frequente, e as infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites), ou ainda o trato superior (pielonefrite).

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

Bacteriúria assintomática

É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml. Se não tratada, 25% das mulheres desenvolverão sintomas e progressão para pielonefrite. Outras complicações são trabalho de parto prematuro (TPP), anemia e restrição do crescimento fetal. O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, na maior parte das vezes, o sedimento urinário é normal.

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

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

9.



índice



cap.

Quadro 9.3 – Tratamento de infecção do trato urinário				
Antibiótico	Dose/dia	Via de administração	Apresentação por drágea/comprimido	Posologia/tempo de tratamento
Cefalosporina de 1ª geração (cefalexina)	2 g/dia	Via oral	500 mg	Uma drágea de 6/6 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.

9.

Cistite

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

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

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

Pielonefrite aguda

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



índice



cap.

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

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

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

9.9 – SÍFILIS

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

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

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

Deve-se realizar triagem rotineira das gestantes (VDRL ou RPR) duas vezes na gestação (início do pré-natal e entre 28-30 semanas) e no momento da internação hospitalar, seja para parto, seja para curetagem uterina pós-abortamento, segundo a Portaria GM/MS nº 766/2004. Se VDRL reagente, o laboratório deve realizar exame treponêmico (TPHA ou FTAbs) na mesma

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

Quadro 9.4 – 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

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

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

Conduta diante dos resultados:

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

9.



índice

9.

cap.

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

Seguimento e controle de cura

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

Cura sorológica – queda dos títulos no VDRL: duas diluições ou diminuição de quatro vezes os títulos; por exemplo, de 1/8 para 1/2; ou 1/128 para 1/32.

Tratamento da gestante:

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

Recomendações:

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



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

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

9.10 – INFECÇÃO POR HIV

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

Condutas diante do diagnóstico de infecção por HIV na gestação:

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

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

9.



índice

9.

cap.

9.11 – OUTRAS DST

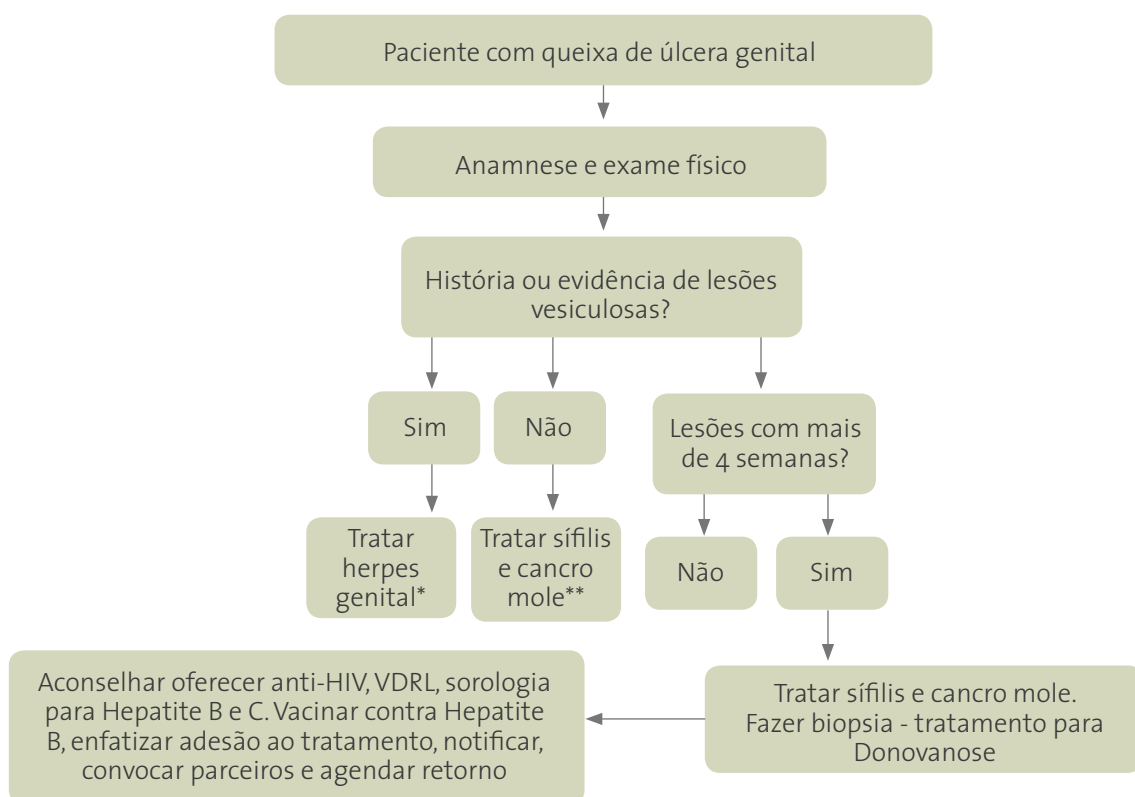
As DST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional. Atenção especial deve ser dirigida ao parceiro sexual, para tratamento imediato ou encaminhamento para serviço especializado, sempre que houver indicação. As DST podem ser agrupadas em síndromes, como apresentadas a seguir.

A) Síndrome de úlcera genital

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

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

Figura 9.2 – Fluxograma de condutas para úlceras genitais



* Em casos 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 multiplicas e soroprevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região, deve se tratar herpes concomitantemente a sífilis e cancro mole.

• **Sífilis:** ver item 9.9.

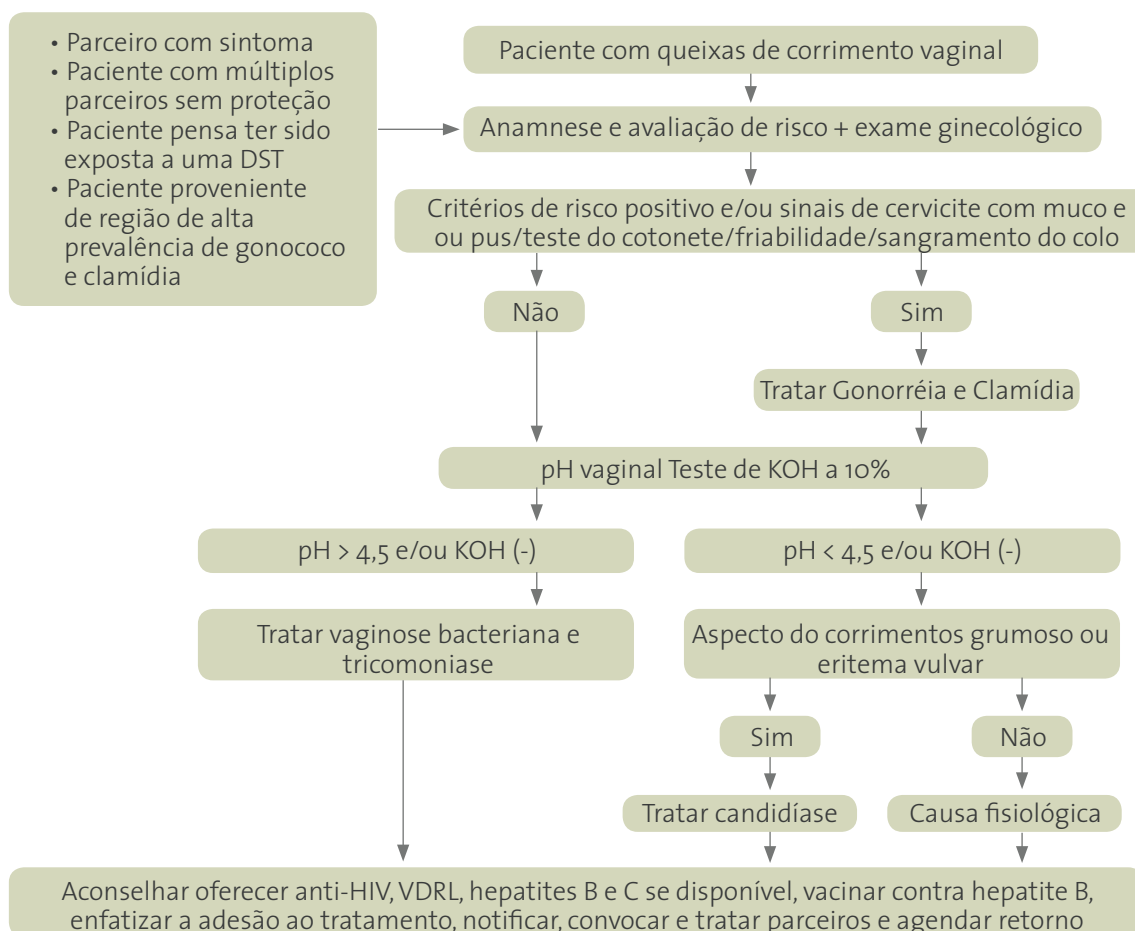
• **Herpes:** o tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, deve ser feito nos casos de primoinfecção ou em recorrências, para reduzir a duração do episódio – aciclovir 400 mg, VO, de 8 em 8 horas, durante 7 a 10 dias. Também se indica supressão viral para reduzir a transmissão do vírus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

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

B) Síndrome de corrimento vaginal

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

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



9.

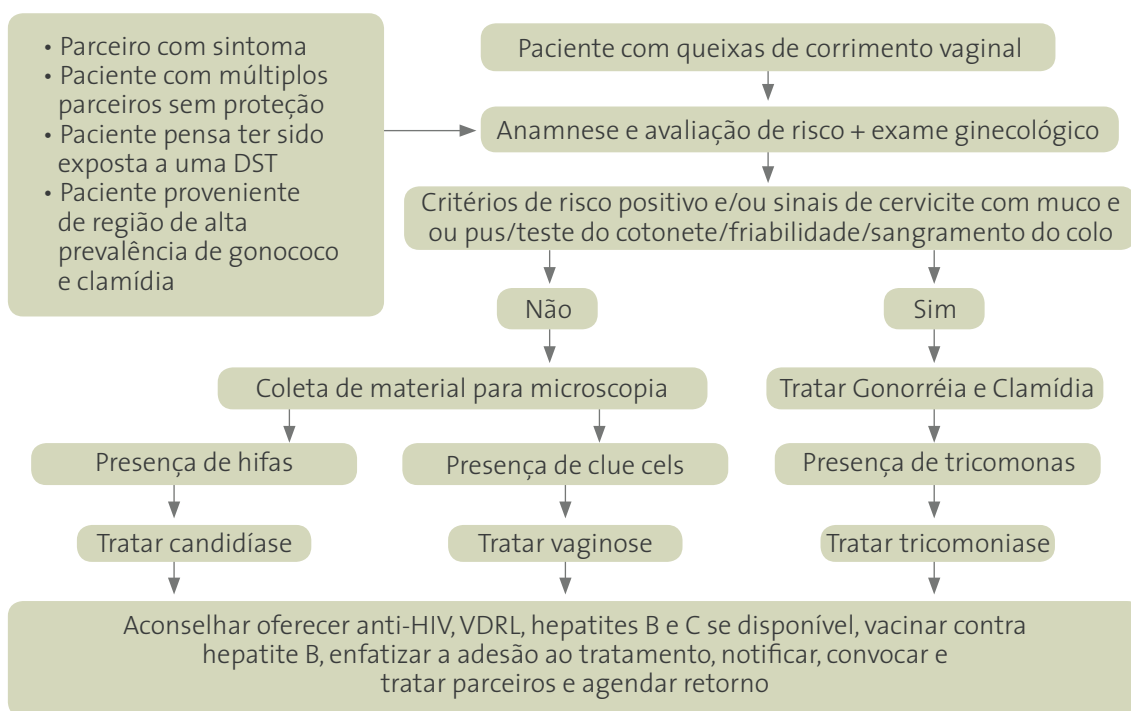


índice

9.

cap.

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



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

C) Síndrome de corrimento cervical

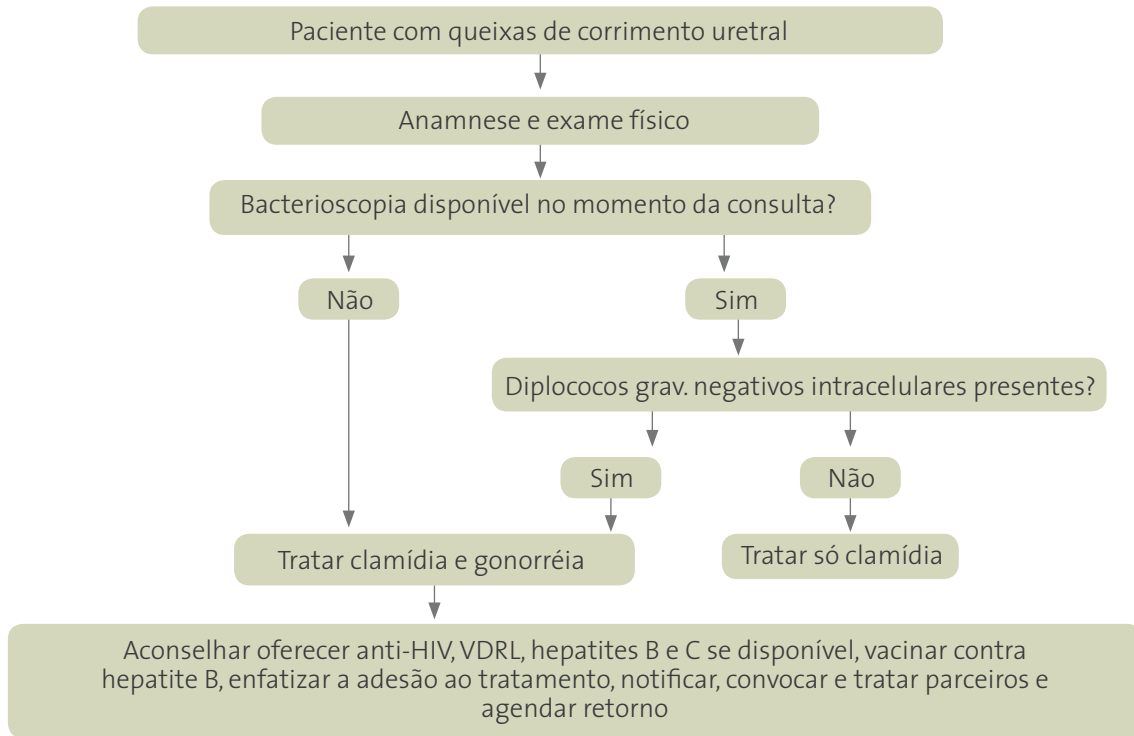
Caracteriza-se pela presença de corrimento mucopurulento proveniente do orifício externo do colo do útero, acompanhado ou não por hiperemia, ectopia ou colpíte. As causas mais comuns são infecção por gonococo e clamídia. A síndrome de corrimento cervical está contemplada no fluxograma do corrimento vaginal.

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

D) Síndrome do corrimento uretral

Presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento.

Figura 9.5 – Fluxograma de condutas para corrimento uretral



Tratamento: para clamídia e gonoco, como proposto para corrimento cervical.

Terapêutica para agentes menos frequentes de corrimentos uretrais

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

E) Condiloma acuminado

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

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

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

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

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

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

9.12 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)

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

O trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas a cada 10 minutos, com ritmo e frequência regulares. Podem ser acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

Condutas:

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

- Na presença de TPP com colo modificado, encaminhar a mulher para hospital de referência.

O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional. Deve, portanto, ser encaminhado para centro de referência. É importante lembrar, para o profissional que faz o acompanhamento pré-natal, que a história de prematuridade anterior é o fator de risco que, isoladamente, tem a maior capacidade de prever a prematuridade na atual gestação. O TPP com frequência é relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente a vaginose bacteriana. Por isso, nessas situações, estaria recomendado o rastreamento diagnóstico. Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sindrômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal, se estiver disponível.

A bacterioscopia da secreção vaginal é uma avaliação de perfil bacteriológico do conteúdo vaginal por critério de Nugent, que possibilita a detecção e o tratamento precoce da vaginose bacteriana. Quando realizada, a pesquisa deve ocorrer idealmente antes da 20ª semana de gestação, o que pode apresentar benefícios para a prevenção da prematuridade (verificar se na região esse exame está sendo executado). Se a bacterioscopia estiver indisponível, pode-se realizar um diagnóstico presumido, através do exame especular, pela positividade de pelo menos três dos quatro critérios de Amsel: 1) corrimento branco-acinzentado; 2) medida do pH > 4.5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do introito vaginal, na parede lateral da vagina; 3) liberação de aminas com odor de peixe no teste com hidróxido de potássio a 10% adicionado a uma amostra do conteúdo vaginal; 4) visualização de clue cells à microscopia.

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

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

9.13 – GESTAÇÃO PROLONGADA

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

9.



índice



cap.

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

A incidência de pós-datismo é em torno de 5%. O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional, que pode estar falseado na presença de irregularidades menstruais, uso de anticoncepcionais hormonais, lactação, entre outros. Nessas situações, o exame ultrassonográfico precoce é recurso eficaz para o correto estabelecimento da idade gestacional.

Conduta

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

Por volta da 40ª semana de idade gestacional, ou antes disso, se houver diminuição da movimentação fetal, encaminhar a gestante para centro de referência para outros testes de vitalidade fetal. Nesses casos, os profissionais do centro de referência devem orientar adequadamente a gestante e a unidade básica de saúde responsável pelo pré-natal, segundo recomendações do manual técnico *Gestação de Alto Risco*. **A paciente deverá ser encaminhada com 41 semanas de gestação para indução do parto 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.

9.14 – VARIZES E TROMBOEMBOLISMO

As varizes manifestam-se ou agravam-se na gestação por fatores hereditários, pela congestão pélvica, pela compressão mecânica do útero grávido e por alterações hormonais. São mais frequentes nos membros inferiores, sobretudo no direito, mas podem aparecer também na vulva. Nessa localização, habitualmente desaparecem após o parto.

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

A oclusão total ou parcial de uma veia por um trombo, com reação inflamatória primária ou secundária de sua parede, caracteriza-se como tromboembolismo, sendo mais comum nos membros inferiores e como consequência de varizes, da imobilização prolongada no leito, da obesidade e/ou de compressão da musculatura da panturrilha. Podem existir antecedentes de trombose.

A suspeita diagnóstica é feita por meio da história clínica de dor na panturrilha ou na coxa, aumento da temperatura local, edema, dificuldade de deambulação e/ou dor à dorsoflexão do pé (sinal de Homans). Na suspeita dessa condição, a mulher deve ser encaminhada ao centro de referência para confirmação do diagnóstico e tratamento.

9.15 – PARASITOSSES INTESTINAIS

A incidência de helmintíases e protozooses intestinais continua alta no Brasil. A maioria das parasitoses tem transmissão a partir de fezes humanas disseminadas no meio ambiente onde predominam condições precárias de higiene, habitação, alimentação e saneamento básico.

Helmintíases: são infecções ou infestações, sintomáticas ou inaparentes, causadas por vermes que passam a habitar o trato intestinal, geralmente limitando-se a essa localização em sua fase adulta. Na fase larvária, os helmintos podem ser encontrados no tubo digestivo e em outros órgãos, de acordo com seu ciclo biológico e com determinadas circunstâncias (imunodepressão).

As helmintíases mais comuns são: ancilostomíase, ascaridíase, enterobíase, estromgiloídiase, himenolepíase, teníase e tricuriase.

Embora nenhuma dessas parasitoses, habitualmente, constitua-se em situação de grande importância clínica durante a gestação, é importante lembrar que a anemia delas decorrente pode agravar a anemia fisiológica ou a ferropriva, tão comuns na gravidez. Assim, recomenda-se a realização de exame protoparasitológico de fezes em todas as mulheres grávidas, para o adequado tratamento ainda na vigência da gestação. O momento oportuno para o tratamento é o mais precoce possível, logo após as 16–20 semanas, para evitar os potenciais riscos teratogênicos das drogas e a somatória de seu efeito emético à êmese da gravidez.

Protozooses: causadas por protozoários que passam a habitar o trato intestinal, permanecendo limitados a ele, ou eventualmente invadindo outros órgãos. Alguns protozoários não são considerados patogênicos para o tubo digestivo: Entamoeba coli, Iodamoeba buetschlii, Chilomastix mesnili, Endolimax nana, Trichomonas hominis. Não necessitam, portanto, de nenhum tipo de tratamento específico.

• **Amebíase:** protozoose causada pela Entamoeba histolytica. Pode apresentar-se nas

9.



índice



cap.

formas intestinal e extraintestinal. A grande maioria dos acometidos apresenta a doença benigna, manifestando-se sob a forma intestinal diarreica.

- **Giardíase:** as manifestações clínicas estão presentes em 50% das vezes ou mais, relacionando-se, possivelmente, com a participação de fatores predisponentes, como alterações da flora intestinal e desnutrição. A manifestação mais comum é a diarreia, às vezes acompanhada de desconforto abdominal ou dor em cólica, flatulência, náuseas e vômitos. Na giardíase não se observam, de modo geral, manifestações sistêmicas e não ocorrem alterações do hemograma, não provocando também a eosinofilia.

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

Helmintíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 3 dias seguidos.
Ascaridíase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 3 dias seguidos.
Enterobíase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 3 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 2 dias seguidos.
Himenolepiase	Praziquantel Niclosamida	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Teníase	Mebendazol	200 mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante 4 dias seguidos.
Tricuríase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 3 dias seguidos.
Protozooses	Medicamento	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250 mg, três vezes ao dia, por VO, durante 10 dias.
Giardíase	Metronidazol	250 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 7 dias seguidos.

9.16 – EPILEPSIA

Por não se tratar de doença ou mesmo de síndrome específica, não há definição satisfatória para epilepsia. No entanto, admite-se como epilepsia um grupo de doenças que têm em comum crises convulsivas que ocorrem na ausência de condições tóxico-metabólicas ou febris.

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

Epilepsia em mulheres

A epilepsia é afetada pelos hormônios sexuais, o que pode gerar complicações para a saúde reprodutiva da mulher, especialmente durante a gestação. Os esteroides ovarianos alteram a excitabilidade neuronal e a conectividade sináptica. Os estrógenos aumentam a excitabilidade e diminuem o limiar para desencadeamento de crises. A progesterona, por sua vez, diminui a excitabilidade e aumenta o limiar de desencadeamento de crises. Assim, existe uma ação pró-convulsivante do estrógeno e anticonvulsivante da progesterona.

Efeito da gravidez nas crises convulsivas

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

Efeito da epilepsia na gravidez

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

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

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

9.



índice



cap.

Malformação fetal em gestantes epiléticas medicadas

De modo geral, pode-se assumir que o risco de malformações fetais dobra quando comparado ao da população em geral. É importante frisar que a monoterapia tem menor associação com alterações fetais. As malformações mais frequentes são o lábio leporino e palato fendido. A fenitoína associa-se com hipertelorismo e hipoplasia digital, e o ácido valproico tem associação de 2% a 3% com defeitos de fechamento do tubo neural.

Conduta

Não existem evidências de que crises parciais simples ou complexas, crises de ausência ou mioclônicas tenham efeito adverso na gestação ou no feto. No entanto, as crises generalizadas tônico-clônicas podem levar a acidentes graves e, potencialmente, também podem levar à hipóxia materna e fetal. Portanto, nessas situações, está recomendado o tratamento medicamentoso com drogas antiepiléticas (DAE), conforme as recomendações descritas a seguir.

Recomendações para o uso de drogas antiepiléticas durante a gestação:

- Discutir com a mulher os possíveis riscos da gestação para ela mesma e para o feto, além dos potenciais efeitos teratogênicos das DAE. Essa orientação deve ser dada antes da gestação para evitar a ansiedade da gestante e possível interrupção da medicação por falta de informação adequada.
- Uso de ácido fólico na dosagem de 5 mg ao dia. O ideal é que a paciente inicie o uso de ácido fólico pelo menos 3 meses antes da gestação.
- Em pacientes sem crises há mais de 2 anos, discutir a suspensão da droga na periconcepção e 1º trimestre.
- Uso preferencial de DAE em monoterapia e em doses fracionadas. Porém, não alterar o regime terapêutico durante a gestação, a não ser sob orientação de especialista.
- Não existe uma droga ideal para ser usada durante a gestação. Além disso, nenhuma DAE apresenta perfil de teratogenicidade específico. A exceção é para o uso de valproato, que tem sido associado com risco de 1% a 2% de espinha bífida, mas seu uso em combinação com a carbamazepina parece diminuir esse risco (única ocasião em que a politerapia com DAE diminui os efeitos teratogênicos).
- A dosagem será sempre individualizada, na dependência da frequência das crises.

De maneira geral, as drogas atualmente mais utilizadas e com efeitos mais bem conhecidos durante a gestação são a carbamazepina, o clonazepam, a oxcarbazepina, o fenobarbital e a fenitoína.

As gestantes com epilepsia podem ter o acompanhamento pré-natal realizado na unidade básica de saúde. É importante enfatizar que a droga anticonvulsivante não deve ser suspensa só porque a mulher engravidou, ou porque tenha apresentado crises convulsivas mesmo com o uso da droga. Nessa condição, é recomendável referir a gestante para a avaliação de especialista para adequar o tratamento, aumentando a dosagem da droga, trocando-a ou associando-a. As gestantes epiléticas que já utilizam carbamazepina e apresentam novas crises podem ter a dosagem da droga aumentada pelo profissional da unidade básica antes do encaminhamento para o centro de referência, desde que a dose habitual não esteja ultrapassando o limite de segurança (1.200 mg).

Seria recomendável também, sempre que possível, solicitar exame de ultrassonografia, especificamente para o rastreamento de possíveis malformações fetais. Uma recomendação adicional refere-se, ainda, ao uso de vitamina K, uma ampola, IM/dia, 2 a 4 semanas prévias ao parto, pelo efeito anticoagulante dos anticonvulsivantes.

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

9.

Amamentação

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



índice



cap.

9.17 – AMNIORREXE PREMATURA

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

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

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

A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica. Essas informações podem ser facilmente obtidas por meio de exame vaginal com espéculo. Os casos suspeitos ou confirmados de amniorrexe prematura não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

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

- **Prova de cristalização** – consiste em colher material do fundo de saco vaginal e próximo do orifício do colo sobre uma lâmina. Após a secagem do material coletado, a observação ao microscópio permite confirmar a presença de líquido amniótico no conteúdo vaginal, se ocorrer cristalização na forma de samambaia. Entretanto, são comuns os resultados falso-negativos, sobretudo quando decorrido maior tempo entre a rotura de membranas e o exame.
- **Verificação de pH do conteúdo vaginal** – a indicação direta ou indireta de valores mais elevados de pH (> 6) sugere o diagnóstico de amniorrexe, embora várias situações estejam relacionadas com resultados falso-positivos e negativos.
- **Exame de ultrassonografia com a medida do índice de líquido amniótico (ILA)** – a estimativa de medida de ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional em uma curva de valores normais é útil na confirmação diagnóstica.

Conduta

O elemento fundamental para a conduta em cada caso diagnosticado como de amniorrexe prematura é a idade gestacional. Nas gestações de termo, o profissional de saúde da unidade básica deverá encaminhar a gestante para o hospital ou maternidade já designado para o atendimento ao parto. Nas gestações pré-termo, com maior risco de complicações maternas e perinatais, as mulheres devem ser imediatamente referidas para o hospital incumbido do atendimento às gestações de risco daquela unidade, onde procedimentos propedêuticos e terapêuticos adicionais serão providenciados, conforme especificado no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco.



indice



10





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



Situações especiais

10.1 – GESTAÇÃO MÚLTIPLA

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

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

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

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

Conduta

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

10.



índice

10.

cap.

Nessa situação específica da gestação gemelar, independente de qualquer risco específico já identificado, justifica-se a realização de outros exames ultrassonográficos no 3º trimestre, a partir das 28 semanas, a fim de monitorar o crescimento dos fetos, pelo maior risco de transfusão feto-fetal. Na dependência da disponibilidade local, isso pode ser feito mensalmente. Se houver algum indício dessa condição, o caso deve também ser imediatamente transferido para uma unidade de atenção ao alto risco.

10.2 – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma etapa importante do desenvolvimento que se caracteriza pela transição da infância para a vida adulta.

Nessa etapa, a sexualidade manifesta-se em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais, em desejos desconhecidos e na busca de relacionamento interpessoal, ocasionados por alterações hormonais, mudanças psicológicas e relações sociais. A maneira como os adolescentes vão lidar com sua sexualidade depende de vários fatores, que incluem características individuais, valores, normas e crenças da família e da sociedade onde estão inseridos.

No Estado de São Paulo, desde o final dos anos 1990 houve uma redução na fecundidade adolescente. Dados da Fundação Seade indicam uma redução de 20% na taxa de fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos, no primeiro quinquênio dos anos 2000.

Diferentes fatores contribuem para a fecundidade de mulheres mais jovens, entre os quais se encontra o início cada vez mais precoce da puberdade a partir da década de 1940, o que acarreta decréscimo da idade da primeira menstruação, instalando-se, cada vez mais cedo, a capacidade reprodutiva. Isso se confirma na pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids (Berquó, 2005), a qual aponta que a vida sexual dos jovens começa cada vez mais cedo. Entre os homens, a iniciação sexual ocorre mais cedo do que entre as mulheres, média de idade que varia de 14,5 a 16,4, e 15,2 a 20,6, respectivamente.

Entre 1993 e 1998, observou-se aumento de 31% no percentual de parto de meninas entre 10 e 14 anos atendidas pela rede do SUS. Em 1998, mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-abortamento, e quase três mil delas tinham apenas de 10 a 14 anos, apontando para a crescente vulnerabilidade desse grupo que, muitas vezes, está exposto à violência sexual.

Para a verificação de situações de abuso e violência devem ser verificados 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;

10.



índice



cap.

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

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

Segundo Heilborn (1998), as mudanças na sociedade brasileira diminuíram o valor moral que era dado à virgindade, e a gravidez se tornou, então, forma de constituir família e mudar de status social, uma vez que a maternidade é valorizada socialmente e vista como elemento formador da identidade, por meio da constituição de nova família.

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

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

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

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

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

10.



índice



10.
cap.

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

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

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

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

O atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, no parto e no puerpério é fundamental para diminuir esses agravos. É importante, ainda, a inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde, em vez da assistência estritamente biológica e curativa. Principalmente, é importante que a adolescente seja informada de seus direitos, como o de ter acompanhante de sua escolha durante toda a gestação e durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto (ECA e Lei nº11.108).

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

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

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

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

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

10.



índice



cap.

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

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

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

Princípios éticos

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

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

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

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

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

10.



índice

10.

cap.

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

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

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

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

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

Art. 3º – A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e 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 a usuária não possui condições de decidir sozinha sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar a adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável a assista e auxilie no acompanhamento.

10.



índice

10.

cap.

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

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

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

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

10.



índice



cap.

Sigilo profissional e atendimento ao adolescente

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

Código Penal

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

É vedado ao médico:

Art. 103 – Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade 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

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

É vedado ao médico:

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

Código de Ética Médica

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

Recomenda-se, portanto:

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

10.



índice



cap.

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

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

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

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

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

As recomendações para o atendimento podem ser assim resumidas:

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

10.3 – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DURANTE A GRAVIDEZ

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

10.



índice

10.

cap.

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

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

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

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

Há indicadores de que grávidas que sofrem violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início. Apresentam maior risco relativo de infecções vaginais e cervicais, de ganho de peso insuficiente, de trabalho de parto prematuro, de infecção do trato urinário, além de recém-nascidos de baixo peso. Além disso, a grávida que sofre violência desenvolve quadro de estresse emocional constante, que se associa com baixa autoestima, isolamento, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool ou drogas e suicídio (Schraiber et al, 2007).

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

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

10.



índice



cap.

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

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

Todas as ações devem ser cuidadosamente registradas.

Atendimento a grávidas em situação de violência sexual

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

10.



índice



cap.

Doenças sexualmente transmissíveis

Parte importante das DST decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Gonorréia, sífilis, clamidíase, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com o uso de medicamentos eficazes. Embora não seja possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais, é certo que melhores resultados são obtidos o quanto antes se iniciar a medida, principalmente nas primeiras 72 horas após a violência sexual.

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

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

Profilaxia da sífilis			
Penicilina G benzatina	2.400.000 UI	IM	dose única
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

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

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

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

Hepatite B

A imunoprofilaxia para a hepatite B está indicada em casos de violência sexual em que ocorrer exposição da gestante ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. Gestantes imunizadas para hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber uma dose da vacina e completar o esquema posteriormente (1 e 6 meses). As evidências científicas indicam que o uso de 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.

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

10.



índice



cap.

IGHAHB, 0,06 ml/kg, IM. A IGHAB pode ser utilizada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual. A vacina para hepatite B deve ser aplicada em deltoide, não na região glútea, onde tem menor imunogenicidade. A dose da vacina em microgramas ou mililitros varia de acordo com o fabricante, devendo-se seguir as orientações da bula e as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Recomendações importantes:

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

Infecção pelo HIV

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

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

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

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

10.



índice



cap.

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

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

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

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

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

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

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

10.



índice

10.

cap.

Quadro 10.2 – Controle laboratorial para gestantes em situação de violência sexual

	Admissão	2 semanas	6 semanas	3 meses	6 meses
Bacterioscopia de conteúdo vaginal					
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.

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

Traumatismos físicos

Poucas mulheres em situação de violência sexual sofrem traumas físicos severos. Contudo, dados do FBI (Federal Bureau of Investigation) mostram que 31% das mulheres americanas assassinadas foram mortas por seus companheiros ou ex-companheiros. Gestantes que sofrem abuso sexual são menos atingidas por danos físicos quando comparadas com as demais mulheres: 43% contra 63% para as lesões extragenitais; e 5% contra 21% para as lesões genitais. No entanto, os danos físicos influem negativamente nos resultados perinatais, com maior risco de prematuridade e de baixo peso ao nascer.

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

10.



índice

10.

cap.

Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer grande diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes. Nas lesões vulvoperineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas com 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 é condenada por falta de provas materiais, muitas vezes exigidas pela Justiça.

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

Interrupção legal da gravidez decorrente da violência sexual

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

De acordo com o artigo 128, inciso II do Código Penal, o 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. Decididas por interromper a gestação, grande parte recorre aos serviços clandestinos, muitas vezes em condições inseguras, com desastrosas consequências, que podem culminar com a morte da mulher.

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

10.



índice

10.

cap.

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

Aspectos éticos e legais

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

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

10.



índice

10.

cap.

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

Recomendações finais

A grávida em situação de violência que recorre aos serviços de saúde geralmente se encontra fragilizada e vulnerável. É comum que manifeste muitos sentimentos, como humilhação, vergonha, culpa, medo ou depressão. É fundamental que o profissional de saúde trate a mulher com respeito e dignidade. Não se deve, em nenhum momento, colocar em questão a veracidade da sua história ou as circunstâncias em que tenha acontecido, por mais incomuns que possam parecer. Deve-se manter postura o mais neutra possível, evitando julgamentos e manifestações de valores pessoais. Além disso, é necessário respeitar as características emocionais e a situação de fragilidade, especialmente no momento do exame clínico. Os profissionais de saúde devem estar preparados para o manejo clínico e psicológico das gestantes em situação de violência. Negligenciar esses aspectos, em particular os emocionais, pode resultar na revitimização da mulher, lamentavelmente produzida pelos serviços de saúde.

10.



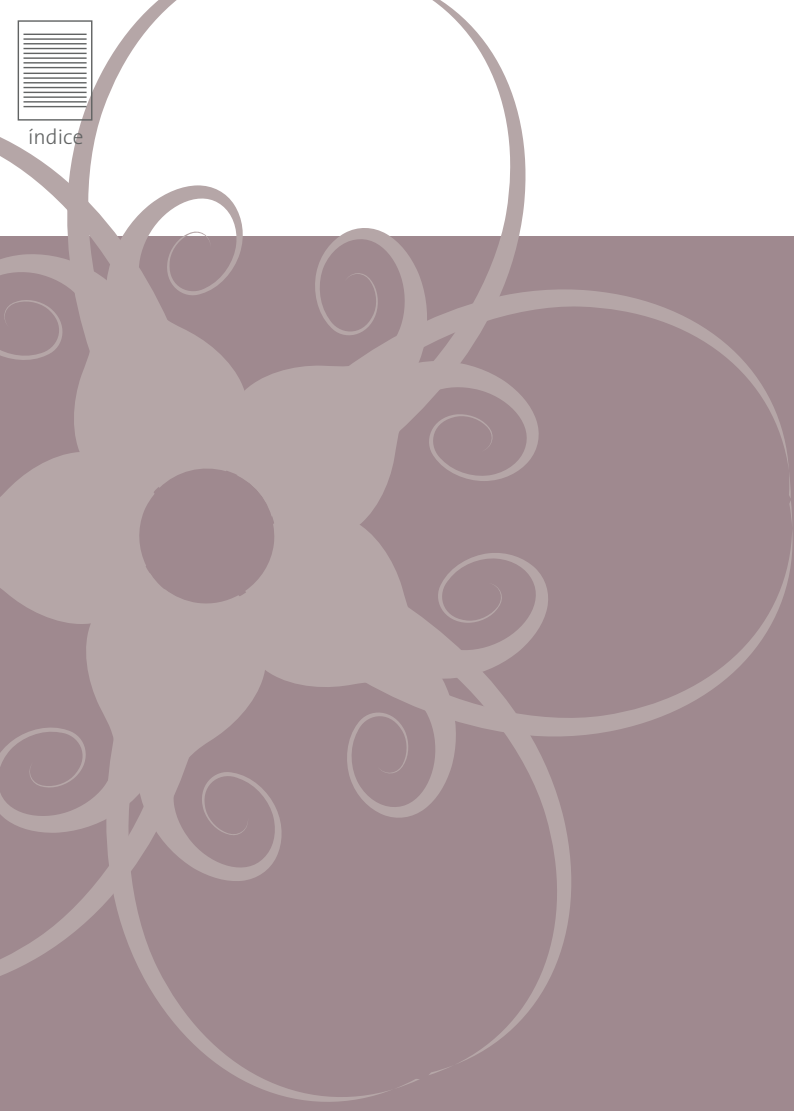
índice



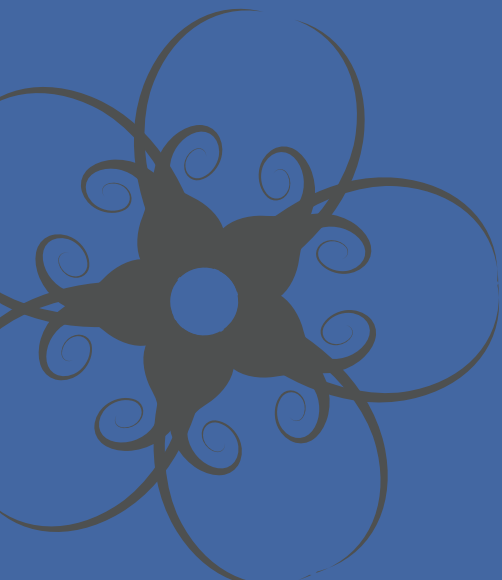
cap.



indice



11





Orientações gerais

Exercícios físicos

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

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

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

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

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

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

Trabalho

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

Orientação nutricional

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

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

11.



índice

11.

cap.

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

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

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

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

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

Exercício da sexualidade

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

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

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

Direção de veículo

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

11.



índice

11.

cap.

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

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

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

11.



índice

11.

cap.

11.



índice

11.

cap.



indice



12





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

Aspectos psico-sociais e legais

12.1 – ASPECTOS EMOCIONAIS

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

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

Nas consultas, é importante que o profissional de saúde:

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

12.



índice

12.

cap.

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

Primeira consulta

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

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

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

No primeiro trimestre

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

12.



índice



12.
cap.

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

No segundo trimestre

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

No terceiro trimestre

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

No puerpério

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

12.



índice

12.

cap.

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

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

Alterações emocionais do puerpério

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

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

12.



índice

12.

cap.

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

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

12.2 – ASPECTOS ÉTICOS E TRABALHISTAS

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

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

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

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

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

Licença-maternidade

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

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

12.



índice

12.

cap.

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

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

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

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

Amamentação

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

Questões de acesso aos serviços de saúde e cidadania

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

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

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

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

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

12.



índice



cap.

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

12.



índice

12.

cap.

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

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

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

As responsabilidades de gestão das unidades incluem:

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

12.



índice



cap.



Indice

13





Atenção ao puerpério

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Esse atendimento deve ser o mais criterioso possível no âmbito hospitalar e na avaliação posterior, na unidade de saúde.

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

Objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido.
- Orientar e apoiar a família para a amamentação.
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido.
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido.
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las.
- Orientar o planejamento familiar.

Uma vez que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontece na 1ª semana após o parto, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer logo nesse período. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na 1ª semana após o parto para instituir todo o cuidado previsto para a Primeira Semana de Saúde Integral.

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

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

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

- Condições da gestação;

13.



índice

13.

cap.

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

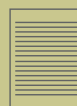
Perguntar como se sente e indagar sobre:

- **Aleitamento** – frequência das mamadas (dia e noite), dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas;
- **Alimentação, sono, atividades;**
- **Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;**
- **Planejamento familiar** – desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência, valorizando a consulta pré-concepcional e desestimulando intervalo intergestacional inferior a 6 meses;
- **Condições psicoemocionais** – estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, entre outros, estando alerta para quadros de depressão ou de blues puerperal (ver **Capítulo 12, item 12.1**);
- **Condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento a necessidades básicas).**

Avaliação clínico-ginecológica:

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

13.



índice

13.

cap.

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

- Observar formação do vínculo entre mãe e filho.
- Observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o 3º e o 5º dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região).
- Identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada.

Condutas:

- Orientar sobre higiene, alimentação, atividades físicas, atividade sexual, prevenção de DST/Aids, cuidado com as mamas e com o recém-nascido, aleitamento, direitos da mulher, planejamento familiar e ativação de método contraceptivo, se for o caso.
- Aplicar vacinas, dupla tipo adulto e tríplice viral, se necessário.
- Oferecer teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto.
- Prescrever suplementação de ferro – com sulfato ferroso 300 mg/dia, até 3 meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada.
- Tratar possíveis intercorrências.
- Registrar informações em prontuário.
- Agendar consulta na qual deverá ser realizada avaliação no período puerperal, idealmente 42 dias após o parto, no máximo 60 dias, para mulheres que estão amamentando, e 30-42 dias para mulheres que não estiverem amamentando.

Assistência ao recém-nascido na primeira consulta:

- Verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providenciar abertura imediata.
- Verificar se a Caderneta de Saúde da Criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, verificar se há alguma informação sobre o peso, comprimento, índice de Apgar, idade gestacional e condições de vitalidade.
- Verificar as condições de alta da mulher e do RN.
- Observar e orientar a mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, com destaque para a necessidade de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida do bebê, não havendo necessidade de oferecer água, chá, ou qualquer outro alimento.

13.



índice

13.

cap.

- Observar e avaliar a mamada para garantir o adequado posicionamento e pega da aréola.
- Observar a criança no geral – peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdômen (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicitar avaliação médica imediatamente.
- Identificar o RN de risco ao nascer, de acordo com os critérios apresentados a seguir.

Critérios principais:

- Baixo peso ao nascer (menor que 2.500 g).
- Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento.
- História de morte de criança < 5 anos na família.
- RN de mãe HIV positivo.

Dois ou mais dos seguintes critérios associados:

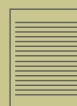
- Família residente em área de risco.
- RN de mãe adolescente (< 16 anos).
- RN de mãe analfabeta.
- RN de mãe portadora de deficiência ou distúrbio psiquiátrico, ou drogadição que impeça o cuidado da criança.
- RN de família sem fonte de renda.
- RN manifestamente indesejado.

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

Ainda no acompanhamento puerperal:

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

13.



índice

13.

cap.

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

Consulta puerperal (entre 42-60 dias)

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

Ações necessárias na consulta puerperal:

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

Uso de método anticoncepcional durante o aleitamento

Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto devem-se considerar o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação e os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente. A escolha do método deve ser sempre personalizada.

13.



índice

13.

cap.

Durante os primeiros 6 meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorreia, está associada com a diminuição da fertilidade. Porém, esse efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, o que ocorrer primeiro. Por este motivo é importante alertar a mulher sobre métodos que não interferem na amamentação e podem acrescentar eficácia contraceptiva: Preservativo e DIU.

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

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

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

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

O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal não devem ser utilizados em lactantes, pois interferem na qualidade e quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê.

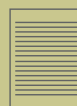
Os métodos comportamentais – tabelinha, muco cervical, entre outros – só poderão ser usados após a regularização do ciclo menstrual.

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

Atividade sexual no puerpério

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

13.



índice

13.

cap.

Contraindicações da amamentação

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contraindicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se as mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV+ ou HTLV+, mulheres com distúrbios graves da consciência ou do comportamento.

As causas neonatais que podem contraindicar a amamentação são, na maioria, transitórias e incluem alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade.

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

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

O risco de transmissão do HIV pelo leite materno é elevado. A transmissão ocorre tanto pelas mães sintomáticas quanto pelas assintomáticas. O risco de transmissão do HTLV1 e 2 (vírus linfotrófico humano de células T) pela amamentação é variável e bastante alto, sendo mais preocupante pelo HTLV1. Há referências que apontam para risco de 13% a 22%. Quanto mais tempo a criança mama, maior será a chance de ela ser infectada.

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

A criança deverá ser alimentada com fórmula infantil durante os 6 primeiros meses de vida, necessitando posteriormente de introdução de outros alimentos, conforme orientação do Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses que não Podem Ser Amamentadas. (Brasil, 2004).

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

13.



índice

13.

cap.

Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

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

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

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

Mamas ingurgitadas – acontecem, habitualmente, na maioria das mulheres, do 3º ao 5º dia após o parto. As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (pele brilhante), às vezes avermelhadas. A mulher pode ter febre. Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente. Sempre que a mama estiver ingurgitada, a expressão manual do leite deve ser realizada para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento mamário é transitório e desaparece entre 24 e 48 horas.

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

Ordenha manual – é no pré-natal que o aprendizado da ordenha manual deve ser iniciado. Para que haja retirada satisfatória de leite do peito, é preciso começar com massagens circulares com as polpas dos dedos, indicador e médio, na região mamilo-areolar, progredindo até as áreas mais afastadas e intensificando nos pontos mais dolorosos. Para a retirada do leite, é importante garantir o posicionamento dos dedos, indicador e polegar, no limite da região areolar, seguido por leve compressão do peito em direção ao tórax, ao mesmo tempo em que a compressão da região areolar deve ser feita com a polpa dos dedos.

13.



índice

13.

cap.



Indice



14



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

Anexo 1 – Ficha de acompanhamento pré-natal

IDENTIFICAÇÃO

RG/Unidade: _____
 Nome: _____ SIS Pré-Natal: _____
 Cartão SUS: _____ Idade: _____
 Cor (por autodeclaração): Branca Preta Parda Amarela Indígena
 Alfabetizada: Sim Não Estado civil: Casada União estável Solteira Outro:

 Endereço: _____
 Nº _____ Complemento: _____ Cidade: _____
 UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
 Nome do acompanhante para o parto: _____
 Maternidade de referência: _____
 Responsável pelo registro: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES (HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, CÂNCER, ECT.)

ANTECEDENTES PESSOAIS (ANTECEDENTES EMOCIONAIS, SOCIOCULTURAIS E OCUPACIONAIS, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, CÂNCER, CARDIOPATIAS, PNEUMOPATIAS, INTERNAÇÕES, TRANSFUSÕES, HÁBITOS, VÍCIOS, ETC.)

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Menarca: _____ DUM: _____ DPP: ____ / ____ / ____ DUM Confirmada por USG < 20 sem.: Sim Não
 Ciclos regulares: Sim Não Método contraceptivo: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestações: _____ Partos: _____ Normais: _____
 Cesarianas: _____
 Fórceps: _____
 Abortos: _____ Espontâneos: _____
 Provocados: _____

RECÉM-NASCIDOS

Malformação(ões): Não Sim:
 Prematuro(s): Não Sim:
 Natimorto(s): Não Sim:
 Neomorto(s): Não Sim:

Peso: < 2500g: _____
 ≥ 4000g: _____

< 01 semana: _____
 > 01 semana: _____

DADOS RELEVANTES DO EXAME FÍSICO (GERAL E TOCGINECOLÓGICO)

Altura: _____ IMC 1ª consulta: _____
 Exame odontológico: Normal Alterado: _____
 Exame de mamas: Normal Alterado: _____
 Inspeção cervical: Normal Alterado: _____

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

14.



índice

14.

cap.

Anexo 2 – Uso de drogas na amamentação

GRUPOS DE DROGAS	USO CONTRAINDICADO DURANTE A LACTAÇÃO	USO CRITERIOSO DURANTE A LACTAÇÃO	USO COMPATÍVEL COM A LACTAÇÃO
ANALGÉSICOS, ANTITÉRMICOS, ANTI-INFLAMATÓRIOS 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 ANTI-INFECCIOSOS		Clindamicina, cloranfenicol, imipenem. Sulfametoxazol, sulfonamidas, nitrofuranto na, ácido nalidixico. 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, carbencilina, oxacilina, cefalosporinas, aminoglicosídeos, aztreonam, teicoplanina, vancomicina, eritromicina, azitromicina, claritromicina, lincomicina, tetraciclina, rifampicina, tuberculostáticos. Antivirais: aciclovir, idoxuridine. Escabicidas: exceto lindano e monossulfiran. Antimicóticos: miconazol, nistatina, fluconazol, clortrimazol, anfotericina B, griseofulvina. Anti-helmínticos. Antiesquistossomóticos. Pentamina, antimoníato 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 (antieméticos). Antiparkinsonianos.	Benzodiazepínicos: oxazepam e lorazepam. Anticonvulsivantes: carbamazepina, ácido valproico. Clomipramina.
HORMÔNIOS E ANTAGONISTAS	Tamoxifen. Andrógenos. Bromocriptina, cabergolina. Misoprostol. Mifepristone. Estrógenos: doses elevadas.	Hipoglicemiantes orais. Propiltiuracil, carbamizol, metimazol. Corticosteróides: doses elevadas/uso prolongado. Ocitocina, ergonovina.	Adrenalina, insulina, tiroxina. Anticoncepcionais: progesterona (microdosagem), espermaticidas, DIU com progestogênio. Corticosteróides: uso de curta duração.
MISCELÂNEA	Amiodarona. Antineoplásicos: citotóxicos/ imunossupressores. Substâncias radiativas. Fenindiona.	Omeprazol, lansoprazol, pantoprazol. Teofilina, aminofilina. Iodetos, lodopovidona. 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.

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

Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENAME	POSOLOGIA	RISCO*
1 Acetato de medroxiprogesterona	Anticoncepcional injetável trimestral	150 mg/mL	1 ampola, 1x/trimestre, IM	D
2 Aciclovir	Herpes simples	Comp. 200 mg	200-400 mg, 5x/dia, VO (10 dias se primoinfecção e 5 dias na recorrência);	C
3 Ácido acetilsalicílico	Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide	Comp. 100 mg Comp. 500 mg	500 mg, 1-4x/dia, antipirético e analgésico; 100 mg, 1x/dia, profilaxia de pré-eclâmpsia	C/D
4 Ácido fólico	Anemia, prevenção defeitos tubo neural e anemia megaloblástica	Comp. 5 mg	5 mg, dose única diária, VO (anemia: até cura e durante o puerpério, prevenção de defeitos do tubo neural do período pré-concepcional até 2 semanas de gravidez)	A
5 Ácido fólico	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 15 mg	1 comprimido, VO, 1x/dia, durante 3 semanas seguidas de pausa de 3 semanas (da época de diagnóstico da infecção fetal até o termo da gestação)	B
6 Alfa-metildopa	Hipertensão arterial	Comp. rev. 250 mg	750 mg-2,0 g/dia, VO (na pré-concepção, na gestação e puerpério)	B
7 Aminofilina	Asma + apneia do RN, embolia pulmonar	Comp. 100 mg Sol. inj. 24 mg/mL	200-400 mg, 3-4x/dia, VO; 240-480mg, 1-2x/dia, EV (duração de uso segundo critério médico)	C
8 Amoxicilina	Antibioticoterapia	Cáp. 500 mg Pó susp. oral 50 mg/mL	500 mg, 8-8h/dia, VO (de 7 a 10 dias)	B
9 Ampicilina	Infecção urinária, infecções RN, abortamento infectado, septicemia, infecção puerperal, endocardite bacteriana	Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 500 mg Comp. 500 mg	500 mg, 6-6h, VO, IM ou EV (de 7 a 10 dias)	A
10 Azitromicina	Antibioticoterapia	Comp. 500 mg	500 mg, dose única diária, com 3 dias, ou 1,5-2,0 g em dose única, VO	C
11 Betametasona	Aceleração da maturidade pulmonar fetal	Sol. inj. 12 mg	1 ampola, IM 24-24h (por 2 dias)	D/B
12 Cabergolina	Inibição da lactação	Comp. 0,5 mg	4,5 mg/semana, VO	D

14.



índice

14.

cap.

Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENAME	POSOLOGIA	RISCO*
13 Carbamazepina	Epilepsia	Comp. 200 mg Xarope 20 mg/mL	200-400 mg, dose única diária, VO	D
14 Cefalosporina 1ª geração (Cefalexina)	Infecção urinária, bacteriúria	Cáp. 500 mg Susp. oral 50 mg/mL	500 mg, 4x/dia, VO (por 7 dias)	B
15 Cefalosporina 3ª geração (ceftriaxona)	Antibioticoterapia, infecção urinária, septicemia	Pó para sol. inj. 500 mg Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 250 mg	Ceftriaxona: 2-4 g/dia, EV (de 7 a 10 dias)	B
16 Clindamicina	Vaginose bacteriana, abortamento infestado septicemia, infecção puerperal, embolia pulmonar, corioamnionite	Cáp. 150 mg Cáp. 75 mg Sol. inj. 150 mg/mL	300-600 mg, 6-8h, VO, IM ou EV (de 7 a 10 dias); creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias)	B
17 Cromoglicatos	Asma	Aerossol 500 mcg/dL	Solução 2%, 2 aplicações, até 6x/dia, uso nasal	B
18 Diazepan	Hemorragia intracraniana, depressão, outros	Comp. 2 mg Comp. 5 mg Sol. inj. 5 mg/mL	2-10 mg, 2-4x/dia, VO	D
19 Dimeticona	Gases	Comp. 40 mg Comp. 120 mg	40-80 mg, 4x/dia, VO	B
20 Dipirona	Analgésico, antitérmico	Sol. oral 500 mg/mL Sol. inj. 500 mg/mL	500 mg, 1-4x/dia, VO	B
21 Eritromicina	Antibioticoterapia	Cáp. 500 mg Comp. rev. 500 mg Susp. oral 25 mg/mL	250-500 mg, 6-6h, VO (de 7 a 10 dias)	D/B
22 Espiramicina	Infecção fetal por toxoplasmose	Comp. rev. 500 mg	3,0 g/dia, VO (até o termo da gravidez)	B
23 Fenitoína	Epilepsia	Comp. 100 mg	100 mg, VO, 3x/dia	D
24 Fenobarbital	Epilepsia	Comp. 100mg Gts. oral 40 mg/mL Sol. inj. 100 mg/mL	100-200 mg, dose única diária, VO	D
25 Furosemida	Diurético + broncodisplasia RN + edema agudo de pulmão	Comp. 40 mg Sol. inj. 10 mg/mL; Comp. 25 mg	20-80 mg, dose única diária, VO, IM ou EV	D
26 Gentamicina	Abortamento infestado, infecções RN, septicemia, corioamnionite, infecção puerperal	Sol. inj. 10 mg/mL e 40 mg/mL; Sol. inj. 50 mg/mL e 250 mg/mL	240 mL/dia, EV ou IM (de 7 a 10 dias)	D
27 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%)	1ampola, dose única, bolus, EV (a critério médico)	B



Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENAME	POSOLOGIA	RISCO*
28 Hidralazina	Hipertensão arterial	Sol. inj. 20 mg/mL	1 ampola diluída em água destilada – 20 mL, administrar 5 mL da solução, EV, repetir a critério médico	C
29 Hidrocortisona	Asma	Pó para sol. inj. 100 e 500 mg	0,5-1 g, dose única diária, IM ou EV, duração a critério médico	D/C
30 Hidróxido de alumínio	Azia	Comp. mastigável 200 mg + 200 mg Susp. oral 35,6 mg + 37 mg/mL	300-600 mg, 4-6x/dia, VO	C
31 Hioscina/ butilescopolamina	Cólicas	Comp. 10 mg	10-20 mg, 3-5x/dia, VO, EV ou IM	B
32 Imunoglobulina humana anti-D	Profilaxia de aloimunização materno-fetal	Sol. inj. 300 mg	1 ampola na 28ª semana, IM e até 72h pós-parto, IM, se grávida Rh negativo e genitor Rh positivo 1ampola/dia, IM, nas demais indicações de profilaxia de aloimunização	B
33 Imunoglobulina humana anti-hepatite B	Hepatite B	Sol. inj. 200 UI/mL	0,06 mL/kg, IM	C
34 Insulina humana NPH e Regular	Diabetes	Sol. inj. 100 UI/mL	NPH: 0,5 UI/kg/dia; Regular: 0,4 UI/kg/dia (adaptar segundo critério do médico)	B
35 Lamivudina	Profilaxia infecção HIV	Comp. 150 mg Sol. oral 10 mg/mL	150 mg, 2x/dia, VO	C
36 Mebendazol	Helminíase	Comp. 150 mg Susp. oral 20 mg/mL	20 mg/dia, VO (por 3 dias)	C
37 Metoclopramida	Hiperêmese	Comp. 10 mg Sol. oral 4 mg/mL Sol. inj. 5 mg/mL	10 mg, 3x/dia, VO, IM, EV ou via retal	B
38 Metronidazol cp	Vaginítes, infecção puerperal, septicemia, abortamento infectado	Comp. 250 mg	2 g, dose única, VO	B
39 Metronidazol creme vag.	Corrimentos, colpíte, abortamento infectado	Crema vag. 5%	Um aplicador/dia, intravaginal (por 7 dias)	B
40 Nelfinavir	Profilaxia infecção HIV	Comp. 250 mg Pó sol. oral 50 mg	750 mg, 8-8h, VO	B
41 Nifedipina	Hipertensão arterial	Comp. 20 mg	10-80 mg/dia, VO, segundo critério médico	C
42 Nistatina creme vag.	Corrimentos, colpíte	Crema vag. 25.000 UI/g	Um aplicador/dia, intravaginal (por 7 dias)	B
43 Nitrofurantoína	Infecção urinária, bacteriúria	Comp. 100 mg Susp. oral 5 mg/mL	100 mg, 6-6h, VO (por 10 dias)	B/D
44 Paracetamol	Analgésico, antitérmico	Comp. 500 mg Sol. oral 100 mg/mL	500 mg, 1-4x/dia, VO	B/D
45 Penicilina benzatina	Sífilis	Pó para sol. inj. 600.000 UI e 1.200.000 UI	Até 2,4 milhões UI, IM, com intervalo de 1 semana	B

14.



índice

14.

cap.

Nº MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO RENAME	POSOLOGIA	RISCO*
46 Pirimetamina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 25 mg	25 mg, 8/8h, VO (por 3 dias), seguidos de 25 mg, 12/12h, VO (durante 3 semanas, com intervalo de 3 semanas, até o termo da gestação)	C
47 Prednisona	Lúpus eritematoso sistêmico, asma	Comp. 5 mg Comp. 20 mg	2,5-15 mg, 2-4x/dia, VO	D/C
48 Propranolol	Hipertensão arterial, crise tireotóxica, hipertireoidismo	Comp. 40 mg Comp. 80 mg	20-80 mg/dia, VO	C/D
49 Rifampicina	Hanseníase, tuberculose	Câp. 300 mg	600 mg, dose única diária, VO	C
50 Salbutamol	Trabalho parto prematuro, asma	Xarope 0,4 mg/mL Aerossol 100 µg por dose Sol. inj. 500 µg/mL Comp. 2 mg Sol. ina. 5 mg/mL	2-4 mg, 3-4x/dia, VO; broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; nebulização: 2,5-5 mg/2mL de soro fisiológico; aerosol: 100-200 mcg, 4-6h	B
51 Sulfadiazina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 500 mg	500-1.000 mg, 6-6h, VO (durante 3 semanas, com intervalo de 3 semanas, até o termo da gestação)	B/D
52 Sulfametoxazol (SMZ) + trimetoprim (TMP)	Quimioprofilaxia para Pneumocistis carinii, antibioticoterapia	Comp. 400 + 80 mg Sol. inj. 80 + 16 mg/mL Susp. oral 40 + 8 mg/mL	800 mg de SMZ + 160 mg de TMP, 12-12h, VO (de 7 a 10 dias) Pneumonia por P. Carinii: 20mg/kg/dia de TMP e 100 mg/kg/dia de SMZ, 6-6h, VO (por 3 semanas)	C/D
53 Sulfato de magnésio a 50%	Eclâmpsia (convulsão e hipertensão arterial), hipomagnesemia RN	Sol. inj. 500 mg/mL	Esquema Endovenoso Ataque: 4 g, EV, em 10 min Manutenção: 2 g/hora, EV (diluir em SG5%) Esquema Intramuscular Ataque: 4 g, EV, em 10 min + 10 g, IM (metade em cada nádega) Manutenção: 5 g, IM, a cada 4h Se nova convulsão: 2 g, EV, em 5 min	B
54 Sulfato ferroso	Anemia	Comp. revest. 40 mg Sol. oral 25 mg/mL	250 mg, dose única, VO, (a partir da 20ª semana de gravidez até a 6ª semana pós-parto)	C/D
55 Tiabendazol	Estrongiloidíase	Comp. 500 mg Susp. oral 50 mg/mL	50 mg/kg/dia, VO (2 dias seguidos)	C
56 Zidovudina	Terapia antirretroviral	Câp. 100 mg	200 mg, 8-8h, VO	

(***)A classificação mais adotada para classificar os fármacos quanto aos seus efeitos sobre o feto é a da Food and Drug Administration (Federal Register, 1980, 44:37434-67), que divide os medicamentos em categorias:

- A – Estudos controlados não mostraram riscos;
- B – Sem evidência de riscos em humanos;
- C – O risco não pode ser afastado, só deve ser prescrito se o benefício terapêutico justificar o potencial terapêutico;
- D – Há evidência de risco, porém os benefícios terapêuticos heróicos da administração em grávidas, justificam a utilização;
- X – Contra-indicados na gestação.



Anexo 4 – Relatório 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/CONDUTA NA REFERÊNCIA:

Responsável pela avaliação:

(nome/carimbo)

Contato:





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABALOS, E. et al. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2005.

ADURA, F. E. A motorista gestante: até que mês de gestação a mulher grávida pode dirigir? Disponível em: <<http://abramet1.locaweb.com.br/artigos.asp?id=2>>

ALLAIRE, A. D.; CEFALO, R. C. Preconceptional health care model. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 78(2):163-8.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Obstet Gynecol 2003; 102(1):203-13.

_____. Preconceptional care. ACOG Technical Bulletin. Int J Gynecol Obstet 1995; 50(2):201-7.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION: STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES – 2008. Diabetes Care 2008; 31 (Suppl. 1):S12-S54.

AMSEL, R. et al. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and epidemiologic associations. Am J Med 1983; 74:14-22.

ASKIE, L. M. et al. Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: a meta-analysis of individual patient data. Lancet 2007; 369:1791-8.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE TRÁFEGO (ABRAMET). Diretrizes: o uso de cinto de segurança durante a gestação. Disponível em: <http://abramet1.locaweb.com.br/informacoes/diretrizes/diretrizesGravidez.asp>.

ATALAH, E. S. et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional em embarazadas. Rev Med Chile 1997; 125(12):1429-36.

ATALLAH, N. A.; HOFMEYER, G. J.; DULEY, L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2005.

BARTON, J. R.; SIBAI, B. M.; Prediction and prevention of recent preeclampsia. Obstetrics and Gynecology, Aug. 2008; vol. 112, n. 2, part 1.

BELIZÁN, J. M. et al. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height. Am J Obstet Gynecol 1978; 131:643-6.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Aumento da fecundidade entre adolescentes e jovens no

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Amamentação e uso de drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. _____. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 2 v.

_____. _____. Gestação de alto risco: manual técnico. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. _____. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Orienta es básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. Plano nacional de reorganização da atenção   hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. Política nacional de atenção integral   saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.



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

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

_____. _____. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

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

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

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

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (supl 2): S389-S398.

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

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

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO. Atenção pré-natal e do parto de baixo risco. *Publicação Científica do CLAP* mar. 1996; [s.l.], n. 1321.

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

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

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



- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Ética em ginecologia e obstetrícia. 3ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2004.
- CUNHA, M. V.; AMARAL, M. J. Diabetes e hipertensão na gravidez: manual de orientação/ FEBRASCO. São Paulo: Ponto, 2004.
- CUNNINGHAM, F. G. et al. Williams Obstetrics, 22 ed. New York: McGraw-Hill, 2005.
- DA FONSECA, E. B. et al. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo-controlled double-blind study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(2): 419-24.
- DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 615-26.
- DREZETT, J. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: ROSAS, C. Cadernos de Ética em Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo, Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2002. p. 71-8.
- DUJARDIN, B. et al. The strategy of risk approach in antenatal care: evaluation of referral compliance. *Soc Sci Med* 1995; n. 40, p. 529-535.
- DULEY, L. et al. Antiplatelet agents for preventing pré-eclampsia and its complications (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005.
- DULEY, L.; HANDERSON-SMART, D. J. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005a.
- _____. Reduced salt intake compared to normal dietary salt, or high intake, in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005b.
- DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- EVERS, I. M.; DE VALK, H. W.; VISSER, G. H. Risk of complications of pregnancy in women with type 1 diabetes: nationwide prospective study in the Netherlands. *BMJ* 2004; 328(7445):915.
- EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS. Report. *Diabetes Care* 1997; 20(7):1183-97.
- FERRAZ, A. E.; FERREIRA Q. I. Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1999.



FERREIRA, L. A. M. A bioética e o estatuto da criança e do adolescente. Disponível em: <http://www.mp.sp.gov.br/pls/portal/docs/page/documentacao_e_divulgacao/publicacao/doutrina_civel/civel%2002.pdf>

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). Federal Register, 1980, 44:37434-67.

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

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

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

HEILBORN, M. L. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema. In: VIEIRA, E. M. et al. (Org.). *Seminário gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p. 23-32.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. Violence against women: the hidden health burden. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1994. 255 p.

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

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

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

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

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

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

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



- KORENBROT, C. C. et al. Preconception care: a systematic review. *Matern Child Health J* 2002; 6 (2):75-88.
- KULAY JÚNIOR, L.; KULAY, M. N. C.; LAPA, A. J. Drogas na gravidez e lactação –medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, imunobiológicos, meios de contraste, oligoelementos, probióticos, vitaminas: guia prático. Barueri, SP: Manole, 2007.
- KULAY JÚNIOR, L.; LAPA, A. J. Drogas na gravidez: manual de orientação/FEBRASGO. São Paulo: Ponto, 2003.
- LINDHEIMER, M. D.; KATZ, A. I. Hypertension in pregnancy. *N Engl J Med* 1985; 313(11):675-80.
- LUMILEY, J. et al. Preconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 3. CD001056, 2001.
- MACGILIVRAY, I.; CAMPBELL, D. M. The relevance of hypertension and oedema in pregnancy. *Clin Exp Hypertens* 1980; 2(5):897-914.
- MAGEE, L. A.; DULEY, L. Oral beta-blockers for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005.
- MARTIN, S. L. et al. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA* 2001; v. 285, n. 12, p. 1581-1584.
- MAXWELL, M. H. et al. Error in blood-pressure measurement due to incorrect cuff size in obese patients. *Lancet* 1982; 2 (8288), 33-6.
- MOOS, M. K.; CEFALO, R. C. Preconceptional health promotion: a focus for obstetric care. *Am J Perinatol* 1987; 4(1): 63-7.
- MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC). Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet* 1991; v.338, p. 131-137.
- MULROW, C. D. et al. Management of chronic hypertension during pregnancy. Evidence Report/Technology Assessment nº 14 (Prepared by the San Antonio Evidence-based Practice Center – University of Texas Health Science Center). AHRQ nº 00-E011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Aug. 2000.
- NASCIMENTO, A. M. Iniciação ao direito do trabalho. 30ª ed. São Paulo: Saraiva, 2004.
- NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(1):S1-S22.



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

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

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

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

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

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

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

RIBEIRO, A. R.; TAVARES, A. Tratamento clínico da hipertensão arterial. In: BORGES, D. R.; ROTHCHILD, H. A. (Ed.). *Atualização terapêutica*. 22ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005, p. 939-50.

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

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

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

SANCHES, S.; GEBRIM, V. L. M. O trabalho da mulher e as negociações coletivas. *Estud Av* 2003; 17(49):99-116.

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

_____. _____. Norma técnica do programa de imunização. São Paulo: CVE, 2008. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/imunio8_ntprog.pdf>



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo, 2002.

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



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

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

THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. Pregnancy outcomes in the diabetes control and complications trial. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:1343D53.

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

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

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

WASSERHEIT, J. N. Epidemiologic synergy: Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases* 1992; 9:61-77.

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

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

LEGISLAÇÃO

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

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicado no Diário Oficial da União de 8 de abril de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>



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

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

_____. _____. Portaria nº 766/SAS, de 21 de dezembro de 2004. Resolve expandir, para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde, a realização do exame de VDRL para todas as parturientes internadas e inclui o teste rápido para o HIV na tabela SIA/SIH. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, nº 245, de 22 de dezembro de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-766.htm>>

_____. _____. Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 9 de outubro de 2006. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=24273&word>>

_____. _____. Portaria nº 156/GM, de 19 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 20 de janeiro de 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-156.htm>>

_____. _____. Portaria nº 675/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 31 de março de 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gabo6/gabmaro6.htm>>

_____. _____. Portaria nº 151/SVS, de 14 de outubro de 2009. Aprova etapas sequenciadas e o fluxograma mínimo para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 16 de outubro de 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prto151_14_10_2009.html>

SÃO PAULO (Estado). Lei Estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo; Poder Executivo, de 18 de março de 1999. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/LE10241-180399.pdf>>



SECRETARIA
DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO
CADA VEZ MELHOR