

LINHA DE CUIDADO

GESTANTE E PUÉRPERA

MANUAL DE CONSULTA RÁPIDA
PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

3ª EDIÇÃO

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



São Paulo
2018

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria da Saúde

LINHA DE CUIDADO DA GESTANTE E PUÉRPERA
Manual de Consulta Rápida Para os Profissionais da Saúde
3ª edição

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

LINHA DE CUIDADO DA GESTANTE E PUÉRPERA
Manual de consulta rápida para os profissionais da saúde

EXPEDIENTE

Secretário de Estado da Saúde
Marco Antonio Zago

Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Victor Hugo Costa Travassos da Rosa

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

Coordenadoria de Controle de Doenças
Marcos Boulos

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

Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira
Eloiso Vieira Assunção Filho

Coordenadoria de Planejamento de Saúde
Silvany Lemes Cruvinel Portas

Coordenadoria de Recursos Humanos
Haino Burmester

Coordenadoria de Regiões de Saúde
Benedicto Accacio Borges Neto

Coordenadoria de Serviços de Saúde
Antonio Jorge Martins

Coordenadoria Geral de Administração

Jorge Alberto Lopes Fernandes

Assistente Técnica de Coordenação
Renata Pinheiro de Almeida

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

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

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

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

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

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

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP)

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

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

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

UNICAMP
Reitor Prof. Dr. José Tadeu Jorge

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

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

COORDENAÇÃO DO PROJETO
Carmen Cecília de Campos Lavras

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

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

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria da Saúde

FICHA CATALOGRÁFICA

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

©reprodução autorizada pelo autor desde que citada a fonte

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde.

Linha de cuidado gestante e puérpera: manual de consulta rápida para os profissionais de saúde / organizado por Carmen Cecilia de Campos. – 3. ed. -- São Paulo: SES/SP, 2018.

ISBN: 978-85-85472-16-0

1. Gravidez. 2. Período pós-parto. 3. Assistência integral à saúde 4. Gestão em saúde 5. Serviços de saúde.

SES/CCD/CD 61/18

NLM WQ200

SUMÁRIO

1 – Introdução.....	13
2 – Organização do Processo Assistencial	17
3 – Planejamento da gravidez.....	23
4 – Diagnóstico da gravidez	29
5 – Rotinas da atenção pré-natal	33
5.1 – Aspectos gerais.....	35
5.2 – Risco gestacional	35
5.3 – Plano da primeira consulta médica.....	40
5.4 – Exames de rotina	41
5.5 – Condutas 1ª consulta médica:	43
5.6 – Plano de consultas de retorno.....	45
5.7 – Frequência das consultas.....	46
5.8 – Imunização.....	46
5.9 – Ações educativas no pré-natal	49
5.10 – Atividades educativas na gestação e preparo para o parto	50
5.11 – Atenção puerperal	52
5.12 – Visitas domiciliares	54
5.13 – Encaminhamento e transferência	54
6 – Procedimentos técnicos	57
6.1 – Cálculo da idade gestacional (IG)	59
6.2 – Cálculo da data provável do parto	59
6.3 – Avaliação do estado nutricional (EN) e ganho de peso	60
6.4 – Controle da pressão arterial (PA)	64
6.5 – Leitura de fita reagente para proteinúria	66
6.6 – Palpação obstétrica e medida de altura uterina (AU).....	67
6.7 – Medida da altura uterina	69
6.8 – Ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF)	70
6.9 – Verificação da presença de edema	74
6.10 – Coleta de material para pesquisa de	
estreptococo grupo B (EGB).....	75
6.11 – Exame ginecológico e coleta de colpocitologia oncológica	76
6.12 – Exame clínico das mamas:.....	77
6.13 – Preparo para o aleitamento	77
7 – Exames laboratoriais – rotinas, interpretações e condutas	80
7.1 – Rotina laboratorial	83
7.2 – Interpretação dos resultados dos exames e conduta	83
8 – Queixas frequentes.....	89
8.1 – Náuseas, vômitos e tonturas	91
8.2 – Pirose (azia), eructação/plenitude gástrica.....	91
8.3 – Sialorréia (salivação excessiva).....	91
8.4 – Fraquezas e desmaios	91
8.5 – Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal.....	92
8.6 – Doença hemorroidária.....	92
8.7 – Corrimento vaginal	93

8.8 – Queixas urinárias	93
8.9 – Falta de ar e dificuldade para respirar	94
8.10 – Mastalgia (dor na mamas)/descarga papilar	94
8.11 – Dor lombar (dores nas costas)	94
8.12 – Cefaléia (dor de cabeça).....	94
8.13 – Sangramento gengival	95
8.14 – Varizes	95
8.15 – Câimbras	95
8.16 – Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)	95
8.17 – Estrias	95
8.18 – Palpitação	96
8.19 – Edema	96
8.20 – Epistaxe/obstrução nasal.....	96
8.21 – Parestesias	96
8.22 – Insônia / Hipersônia.....	96
9 – Intercorrências clínicas mais frequentes	99
9.1 – Hiperêmese	101
9.2 – Síndromes hemorrágicas.....	101
9.2.1 – Abortamento	102
9.2.2 – Ameaça de aborto.....	102
9.2.3 – Gravidez ectópica	103
9.2.4 – Mola hidatiforme	103
9.2.5 – Placenta prévia.....	103
9.2.6 – Descolamento prematuro da placenta.....	104
9.3 – Anemia	105
9.4 – Hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia	105
9.4.1 – Definição de hipertensão na gravidez	105
9.4.2 – Classificação da hipertensão na gravidez.....	106
9.4.3 – Acompanhamento Pré-Natal.....	106
9.4.4 – Fatores de risco	107
9.4.5 – Diagnóstico precoce.....	108
9.4.6 – Crise hipertensiva.....	108
9.4.7 – Eclâmpsia.....	109
9.4.8 – Hipertensão arterial crônica (HAC)	112
9.4.9 – Hipertensão arterial durante a lactação e prognóstico.....	114
9.5 – Hiperglicemia na gestação	114
9.5.1 – Classificação etiológica do diabetes	115
9.5.2 – Principais fatores de risco para a hiperglicemia na gestação.....	116
9.5.3 – Diagnóstico de diabetes durante a gestação: DM e DMG	116
9.5.4 – Consequências na gravidez.....	118
9.5.5 – Conduta inicial no diabetes durante a gestação.....	119
9.5.6 – Orientação puerperal	120
9.6 – Hepatite B.....	122
9.7 – Hepatite C.....	123
9.8 – Toxoplasmose	123
9.9 – Sífilis.....	126

9.10 – Infecção do trato urinário	132
9.10.1 – Bacteriúria assintomática	132
9.10.2 – Cistite	133
9.10.3 – Pielonefrite aguda	133
9.11 – Infecção por HIV	134
9.12 – Outras IST	134
9.13 – Parasitoses intestinais	139
9.14 – Varizes e tromboembolismo	141
9.15 – Epilepsia	141
9.16 – Ruptura prematura de membranas (RPM)	144
9.17 – Trabalho de parto prematuro (TPP)	144
9.18 – Gestação prolongada	145
9.19 – Gestação múltipla	146
10 – Situações especiais	149
10.1 – Gravidez na adolescência	151
10.2 – Violência contra a mulher durante a gravidez	154
11 – Orientações gerais às gestantes	163
11.1 – Orientação nutricional	165
11.2 – Exercício físico	165
11.3 – Sexualidade	167
11.4 – Trabalho	167
11.5 – Direção de veículo	167
11.6 – Uso de repelentes de inseto durante a gravidez	168
12 – Aspectos psico-emocionais	171
12.1 – Na gravidez	173
12.2 – No puerpério	179
13 – Aspectos trabalhistas e éticos-legais	180
13.1 – Questões de acesso aos serviços de saúde e cidadania	181
13.2 – Atividade laboral	182
13.3 – Licença-maternidade	182
13.4 – Licença paternidade	182
13.5 – Amamentação	182
Anexos	185
Anexo 1 – Ficha de Acompanhamento Pré Natal	187
Anexo 2 – Formulário de encaminhamento	190
Anexo 3 – Medicamentos essenciais na atenção pré-natal,	191
ao parto e puerpério	191
Anexo 4 – Antibióticos na gestação	195
Anexo 5 – Uso de drogas na amamentação	196

APRESENTAÇÃO

A publicação deste manual integra uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SESSP), dentro do projeto apoiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), para qualificar a atenção oferecida pela rede de serviços de saúde às gestantes e puérperas. A obtenção de melhores resultados requer articulações assistenciais complexas, que dependem de esforços integrados do Estado, dos Municípios e dos profissionais de saúde envolvidos. Para orientar o planejamento desta reorganização assistencial, propôs-se a revisão da “Linha de Cuidado para as gestantes e as puérperas” em cada uma das regiões de saúde do estado. Linha de cuidado (LC) é a trajetória de fluxos assistenciais, que devem ser garantidos ao usuário para atender às suas necessidades de saúde, apoiada em protocolos clínicos embasados cientificamente e com orientação para a gestão.

O Manual foi elaborado a partir da revisão do texto publicado em 2010. Esta versão atual foi preparada após revisão dos conteúdos técnicos pela equipe da Unicamp-NEPP e discussões com representantes da Secretaria de Saúde (Atenção Básica, Saúde da Mulher, DST-AIDS), do Projeto BID-SES e consultoras convidadas da Secretaria de Saúde do Município de São Vicente e da Sogesp. Essa é uma versão reduzida, que chamamos de Manual de Consulta Rápida para os profissionais de saúde, de mais fácil transporte e sua versão eletrônica também será disponibilizada. Esperamos que seu conteúdo, apoiado nos manuais para os gestores, possa alavancar a qualificação da atenção à gestante do Estado de São Paulo que utiliza os serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), reduzindo a morbimortalidade associada ao período da gravidez-parto e puerpério.

1. INTRODUÇÃO

São diretrizes para nortear a atenção ao pré-natal, ao parto e puerpério:

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

2. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL

É necessário planejar a organização da rede regional de atenção à saúde para garantir acesso e o acolhimento de todas as mulheres, durante as diversas fases da gestação, parto e puerpério. A LC deve abordar atividades de promoção à saúde e prevenção, cura e reabilitação dos agravos e doenças eventualmente apresentados no período gestacional, fundamentada no conhecimento das condições de vida e de saúde de cada comunidade, incluindo a estrutura dos serviços de saúde existentes. Para garantir qualidade, não se pode prescindir da adequada infraestrutura, de profissionais capacitados (médicos, enfermeiras, enfermeiras obstétricas e obstetrites) e da organização dos processos de trabalho desenvolvidos nas unidades de saúde

A atualização nos aspectos técnicos da atenção pré-natal é essencial e o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos essenciais é obrigatório. É importante que a equipe profissional esteja atenta para monitorar as faltas, empenhar-se em caracterizar o problema e apoiar a superação das dificuldades percebidas, podendo utilizar a busca ativa com visita domiciliar para esse fim.

O acompanhamento da gestante e da puérpera na atenção básica deve ser multiprofissional e compartilhado pela equipe com competência, dedicação e sensibilidade, com disposição para fornecer apoio, valorizando a dinâmica social da família. A equipe deve estar atenta para grupos suscetíveis (adolescentes, usuárias portadoras de dificuldade de comunicação, de necessidades especiais, imigrantes, com dificuldade socioeconômica e/ou da estrutura familiar, entre outros), particularizando cuidados assistenciais específicos se necessário. Os atendimentos clínicos durante o pré-natal de baixo risco podem ser realizados pelo médico, enfermeira, enfermeiras obstétricas ou obstetrites de maneira intercalada, complementar.

Na gestão do cuidado, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

- **Ficha de acompanhamento pré-natal:** para registro dos dados relevantes da gestação, parto e puerpério e dados do concepto - Anexo 1.
- **Cartão da gestante:** para ser preenchido com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando-se os riscos quando existirem, que deve ser utilizado como um instrumento dinâmico, atualizado a cada consulta, servindo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores e em outros serviços. A gestante deve portá-lo continuamente.
- **Relatório de encaminhamento:** com texto legível, sem abreviaturas ou códigos, contendo todos os dados relevantes, incluindo o nome do profissional, seu número de registro profissional e assinatura — Anexo 2.
- **Lista de medicamentos essenciais do RENAME:** Anexo 3.
- **Lista sobre uso de drogas na amamentação:** Anexo 4.

A avaliação da qualidade e eficiência do atendimento pré-natal e puerperal pode ser feita através de indicadores de processo, resultado e impacto, além da vigilância de desfechos graves. É importante que os profissionais da unidade organizem a discussão regular e rotineira de êxitos e dos insucessos da assistên-

cia obstétrica, como os casos de insucessos maternos graves (morte materna, morbidade materna grave relatada -histerectomia, internação na UTI, transfusão de sangue, eclâmpsia, hipertensão grave), além dos óbitos fetais e neonatais, nascimentos prematuros e casos de sífilis congênita.

3 . PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ

É preciso identificar fatores de risco, incluindo os comportamentais e hábitos e criar oportunidade para discussão sobre como a gravidez e a maternidade poderiam influenciar o curso de vida da mulher, nas perspectivas afetiva, educacional e social. Sempre que possível, deve-se incluir o parceiro neste planejamento. Deve-se sugerir um intervalo interpartal mínimo de dois anos, associado à decisão informada sobre métodos de contracepção para planejamento familiar. Recomenda-se planejar o melhor momento, incluindo adequação de medicações que por ventura estejam sendo utilizadas e/ou desencorajando a gravidez em mulheres com doenças crônicas até que estas estejam compensadas (como diabetes, cardiopatias, hipertensão arterial crônica, infecção pelo HIV, hepatite, obesidade, entre outras). Para as mulheres com complicações clínicas que realizam tratamentos medicamentosos, deve-se buscar a substituição das drogas contraindicadas na gestação – Quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Drogas que não devem ser utilizadas na gravidez

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

Deve-se realizar a profilaxia de defeitos abertos do tubo neural, administrando-se ácido fólico para todas as gestantes, na dose de 0,4mg via oral diariamente, de 60 a 90 dias antes da concepção até 3 meses após. Recomenda-se que as pacientes com antecedentes de anencefalia ou meningomielocoele e aquelas em uso de antiepiléticos ingiram doses maiores (5mg/dia). As apresentações disponíveis pelo Ministério da Saúde (RENAME) são solução oral, 0,2mg/mL e 5mg/comprimido.

O diagnóstico de desvios nutricionais e a ação conjunta de um nutricionista - indicando, se necessário, dieta especial - são recursos essenciais para adequação do peso antes de engravidar. A alimentação vegetariana pode se associar a carência de elementos importantes para a organogênese fetal. As gestantes com IMC acima de 30kg/m² mais frequentemente cursam com malformações fetais, diabetes, pré-eclâmpsia e tromboembolismo. O ideal seria a perda de peso prévia à gestação, ou o controle do ganho de peso na gestante.

Exames complementares para todas as mulheres planejando a gravidez:

- Tipagem sanguínea e fator Rh: Se a mulher for Rh negativo, solicitar a tipagem sanguínea do parceiro e, se este for Rh positivo, solicita-se a pesquisa de anticorpos maternos anti-Rh (anti-D) por Coombs indireto;
- Hemograma completo para identificação de anormalidades hematimétricas
- Sorologia para toxoplasmose com identificação de IgG e IgM: Em caso de mulheres suscetíveis, orientar medidas higienodietéticas;
- Sorologia para sífilis: Se sorologia positiva para sífilis, iniciar prontamente o tratamento da gestante e do parceiro e acompanhar clínico-laboratorialmente;
- Sorologia para HIV: se positiva, encaminhar para acompanhamento e tratamento. Independentemente de resultado, incentivar a utilização do preservativo;
- Colpocitologia oncológica: a cada três anos, após duas citologias normais com um ano de intervalo.

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, macrosomia fetal, óbito fetal tardio sem motivo esclarecido;
- Mamografia para mulheres com 35 anos ou mais pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama;
- Sorologia para Hepatite B (HBsAg, Anti-HBs) e para Hepatite C (Anti-HCV), especialmente para aquelas com histórico clínico - usuárias de drogas, com múltiplos parceiros, com histórico de infecções sexualmente transmissível (IST) ou com histórico de transfusão de sangue. Nas gestantes com anti-HBs negativo e HBsAg negativo, indica-se vacinação para Hepatite B. Em casos de sorologia positiva (HBsAg), encaminhar para acompanhamento e avaliação de comunicantes.

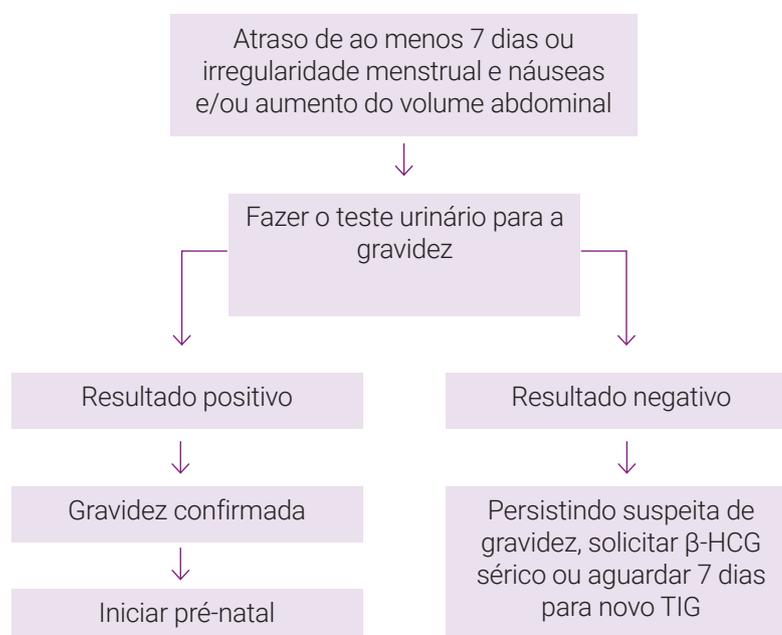
Imunização: Recomenda-se a atualização do calendário com vacina dupla adulto (tétano e difteria) e coqueluche DTPa, além de vacinação contra Hepatite B (vacina recombinante) para as não vacinadas e susceptíveis (anti-HBs e HBsAg negativos).

4 . DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ

A unidade de saúde deve criar um fluxo de atendimento ágil, buscando não postergar o diagnóstico e oferecendo acolhimento precoce. A mulher que procura a unidade de saúde deve ser recebida com privacidade e de maneira acolhedora.

O diagnóstico de gravidez deve ser feito com base na história da mulher, aliada ao exame físico e teste laboratorial, segundo o fluxograma apresentado na Figura 4.1. As mulheres no menacme, em atividade sexual, com atraso menstrual que não ultrapasse 12 semanas devem ser imediatamente submetidas ao teste imunológico de gravidez (TIG) na urina, na unidade de saúde. É necessário, como margem de confiança, atraso menstrual superior a 7 dias. Os profissionais devem estar treinados para a correta realização técnica, com anotação de seu resultado no prontuário, incluindo assinatura e registro profissional de quem o realizou. Não se recomenda confirmar com exame laboratorial (β -HCG sérico). Se a pesquisa de batimentos cardíofetais for positiva ao Sonar Doppler, não há necessidade de TIG. Não se indica também a partir de 20 semanas, quando o diagnóstico clínico é evidente. As reações falso-positivas podem ocorrer devido ao uso de drogas psicotrópicas (antidepressivos, anticonvulsivantes, hipnóticos, fenoatiazidas), à proteinúria, a neoplasias produtoras de HCG, ao lúpus e ao hipertireoidismo quando acompanhado do aumento de LH. Reações falso-negativas ocorrem quando os níveis de HCG estão abaixo da sensibilidade. O β -HCG sérico é detectado no sangue periférico 8-11 dias após a fecundação (na nidacção), antes mesmo do atraso menstrual. Em suspeita de gestação sem atraso menstrual, possibilidade de gestação ectópica ou molar, ameaça de abortamento, a dosagem do β -HCG sérico é recomendada.

Figura 4.1-Fluxograma do diagnóstico da gravidez



5 . ROTINAS DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

5.1 – Aspectos gerais

O acompanhamento pré-natal exige acolhimento das necessidades da gestante, do acompanhante e dos familiares. Deve haver disponibilidade para que sejam esclarecidas queixas, dúvidas, angústias, ansiedades, assim como estimular a adesão ao programa de consultas e ações educativas. Sugere-se que a atenção pré-natal de baixo risco possa ser realizada pelo médico e pela enfermeira, de forma compartilhada, intercalando e/ou dividindo as ações, complementado por atuação de agente de saúde e outros profissionais conforme o caso exigir. Deve-se estimular a participação do pai ou alguém de escolha da gestante, que lhe ofereça apoio e se prepare para estar presente também durante o parto e puerpério.

5.2 – Risco gestacional

A identificação de riscos para a gestante e/ou feto durante a evolução da gravidez deve ser avaliada na primeira e a cada consulta. Para algumas gestantes, as situações de risco se associam apenas ao parto (como gestantes com antecedente de atonia uterina pós-parto). Nesses casos, o planejamento do local de parto (maternidade de referência), que possa oferecer as condições adequadas de cuidado em situação de emergência, é responsabilidade da atenção pré-natal e esta conduta orientação deve estar registrada no cartão pré-natal. Também é responsabilidade da UBS organizar uma visita antecipada ao local de parto.

A identificação de risco deve ser um marcador de alerta para um cuidado qualificado e busca de complicações associadas àquela situação específica, mas não deve ser sinônimo de transferência de cuidados. Pode-se buscar a segunda opinião nos serviços de referência para gestações de alto risco. Caso o encaminhamento ocorra, a gestante deve ter seu cuidado pré-natal monitorado pela unidade de origem, através de visitas domiciliares. As situações de risco que podem ser acompanhadas na atenção básica estão listadas abaixo. Às demais, recomenda-se encaminhamento para pré-natal com especialista. A avaliação dos fatores de risco e o nível de complexidade sugerido incluem:

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

Condição	Orientações para seguimento na Atenção Básica
Menos que cinco anos de estudo regular.	Atenção para nível de compreensão das orientações, especialmente recomendações escritas. Buscar formas alternativas de comunicação e solicitar acompanhante quando percebida limitação de entendimento.
Ocupação com esforço físico excessivo, trabalho noturno, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos e níveis altos de estresse.	Avaliação de adequação de atividade, função, carga horária e solicitação médica formal ao empregador de mudança de função ou área de trabalho. Orientar pausas periódicas para descanso, especialmente após as refeições.
Suporte familiar ou social inadequado.	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica e do serviço social.
Situação afetiva conflituosa.	Oferecer/Solicitar acompanhamento psicológico e social, atentar para risco de violência doméstica (investigação periódica).
Transtorno mental.	Encaminhamento para avaliação psicológica/CAPS, monitoramento e vigilância de piora de sintomas, especialmente piora depressiva, ideação suicida. Valorização de queixas subjetivas. Investigar o abuso de substâncias psicoativas e fumo.
Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social.	Oferecer/Solicitar avaliação do serviço social.
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.	Encaminhamento para CAPS AD, oferecer/solicitar acompanhamento psicológico, rever periodicidade de consultas. Pesquisar situação de rua e comportamentos sexuais de risco.
Violência doméstica, abuso, assédio moral.	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica e serviço social. Oferecer apoio e abordar importância e possibilidade de denúncia em caso de violência.
Altura menor que 1,45 m.	Atenção para crescimento uterino e valorização de queixas de contrações ou perdas vaginais.
Idade menor que 15 e maior que 35 anos.	No caso de adolescentes, buscar adequação da atenção obstétrica respeitando as particularidades sociais e psicológicas da faixa etária, maior risco de complicações (como prematuridade). É recomendada a realização de grupos de orientações e consultas dirigidas para essa população.
Índice de massa corpórea (IMC) inicial que evidencie baixo peso (<20Kg/mm ²) ou, sobrepeso (25 -29,99Kg/m ²) ou obesidade (≥30Kg/m ²).	Oferecer/Solicitar avaliação e acompanhamento nutricional, orientações quanto atividade física.

2. Antecedentes obstétricos (acompanhamento na atenção básica):

Condição	Orientações para seguimento na Atenção Básica
Abortamento habitual 1º trimestre (mais do que 2 abortos).	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica, pesquisar história de manipulação/cirurgia uterina prévia, de alterações endocrinológicas (diabetes, tireoidopatias), de miomatose, malformações uterinas, consanguinidade, de alterações genéticas familiares, de exposição a substâncias tóxicas, de trombose.
Cirurgia uterina anterior (que não sejam cesáreas).	Recomendado agendamento de cesárea, fora do início de trabalho de parto, em torno de 39 semanas.
Esterilidade/infertilidade.	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica, pesquisar história de manipulação/cirurgia uterina prévia, malformações uterinas, miomatose, de alterações endocrinológicas (diabetes, tireoidopatias).
Intervalo interpartal menor que dois anos.	Atenção para sinais de trabalho de parto prematuro. Pesquisar rede de apoio para auxílio ao cuidado dos filhos, avaliar afastamento laboral de companheiro/familiar/acompanhante na eventualidade de cuidado especial durante a gestação. Oferecer planejamento familiar.
Macrossomia fetal.	Atenção para o desenvolvimento fetal, pesquisa de diabetes mellitus.
Nuliparidade e grande multiparidade (> 4 gestações).	Pesquisar rede de apoio para auxílio ao cuidado do(s) filho(s), oferecer planejamento familiar.
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia.	Seguir orientações contidas no Capítulo 9.
Recém-nascido com restrição de crescimento ou malformado.	Pesquisar história de infecções prévias (toxoplasmose, sífilis, CMV), complicações clínicas (hipertensão, lúpus), malformação familiar. Solicitar USG morfológico de 1º. E 2º. trimestres, ecocardiografia fetal, se disponíveis. Acompanhamento da curva de crescimento fetal e altura uterina.
Síndromes hemorrágicas em partos anteriores.	Afastar diagnóstico atual de placenta prévia, orientações sobre possibilidade de recorrência no parto atual, parto preferencialmente em hospital com suporte para urgências e emergências obstétricas.
Duas ou mais cesarianas prévias	Afastar diagnóstico atual de acretismo placentário com ultrassonografia no final do 3º trimestre. Recomendação de parto cesárea em torno de 39 semanas.
Acretismo placentário.	Afastar diagnóstico na gestação atual.

Perdas gestacionais de 2º ou 3º trimestre.	Podem ser acompanhadas na Atenção Básica após avaliação com especialista para definição da conduta na atenção pré-natal.
Prematuridade prévia.	Podem ser acompanhadas na Atenção Básica após avaliação com especialista para definição da conduta na atenção pré-natal.
Morte perinatal explicada ou inexplicada;	Podem ser acompanhadas na Atenção Básica após avaliação com especialista para definição da conduta na atenção pré-natal.

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

- Aneurismas;
- Aterosclerose;
- Alterações genéticas maternas;
- Alterações ósteo-articulares de interesse obstétrico;
- Câncer;
- Cardiopatias;
- Cirurgia bariátrica;
- Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);
- Doenças inflamatórias intestinais crônicas;
- Doenças psiquiátricas com acompanhamento (psicoses, depressão grave etc);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);
- Epilepsia;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Hanseníase;
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial crônica, com ou sem medicação;
- Infecção urinária de repetição;
- Nefropatias;
- Pneumopatias;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras IST);
- Cirurgia abdominal prévia com história de complicações;
- Tromboembolismo;
- Tuberculose;
- Asma grave.

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

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

5. Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica:

- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento;
- Anemia grave (Hb < 8g/dl);
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, etc.;
- Crise hipertensiva (PA \geq 160/110mmHg);
- Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria);
- Eclâmpsia/convulsões;
- Hipertermia (Tax \geq 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS (infecção das vias aéreas superiores);
- Suspeita de trombose venosa profunda;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Prurido gestacional/icterícia;
- Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia);
- Idade gestacional de 41 semanas confirmadas ou mais.

5.3 – Plano da primeira consulta médica

Após o atendimento inicial de acolhimento da gestante na unidade de saúde e **primeira consulta de enfermagem**, agenda-se a **primeira consulta médica**. Nesta consulta médica deve ser realizada a classificação de risco baseada na anamnese e a avaliação clínica completa, incluindo história e exame físico geral e específico. O conteúdo dessa primeira consulta inclui:

- anamnese completa;
- exame físico geral de todos os aparelhos;
- exame ginecológico, com inspeção genital, exame especular, toque e avaliação mamária;
- coleta de citologia oncológica de colo uterino (a cada três anos, após duas citologias normais com um ano de intervalo);
- interpretação dos exames solicitados no acolhimento e orientação de conduta;
- valorização das atividades educativas e de preparo para o parto, incluindo hábitos dietéticos saudáveis, atividade física incluindo perineal, abandono ou redução significativa do uso de substâncias psicoativas e fumo.

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

- No exame físico geral, incluir:
 - Determinação do peso e da altura;
 - Medida da pressão arterial (procedimento técnico no **Capítulo 6, item 6.3**);
 - Inspeção da pele e das mucosas;
 - Palpação da tireóide e de toda a região cervical e axilar;
 - Ausculta cardiopulmonar;
 - Exame do abdômen;
 - Exame dos membros inferiores;
 - Pesquisa de edema (face, tronco, membros).
- No exame físico específico (gineco-obstétrico):
 - Exame clínico das mamas.
 - Palpação obstétrica e, principalmente no terceiro trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;
 - Medida da altura uterina;
 - Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (Sonar Doppler após 12 semanas);
 - Inspeção dos genitais externos (1ª consulta, após se necessário);
 - Exame especular e toque vaginal – essa etapa pode ser realizada na consulta de retorno, considerando o contexto clínico e o desejo da mulher.

5.4 – Exames de rotina

O profissional que avalia os exames deve estar preparado tecnicamente para orientar sobre limitações nos resultados e para solicitar pesquisa adicional para conclusão diagnóstica. A confidencialidade dos resultados deve ser garantida. As condutas sugeridas devem ser informadas à gestante. No caso do HIV, sífilis e outras IST, deve-se orientar sobre a necessidade de diagnóstico e tratamento do seu parceiro sexual. Os exames de rotina devem ser solicitados no acolhimento da mulher no serviço de saúde, imediatamente após o diagnóstico de gravidez e os resultados devem ser avaliados na primeira consulta clínica. As condutas relativas aos resultados estão descritas no **Capítulo 7**. Muitos destes serão repetidos no início do 3º trimestre. Devem ser solicitados:

- **Hemograma completo** – na 1ª consulta e repetir HB/HT entre 28-30 semanas;
- **Grupo sanguíneo e fator Rh;**
- **Coombs indireto (se gestante Rh negativo sem tipagem do parceiro ou parceiro Rh positivo);**
- **Eletroforese de hemoglobina;**
- **Teste rápido de triagem para sífilis e/ou sorologia para sífilis (VDRL, RPR, ELISA, TPHA, FTA-Abs etc)** – O rastreamento é iniciado na primeira consulta com teste treponêmico (rápido ou convencional) ou não-treponêmico. Deverá ser repetido obrigatoriamente entre 28-30 semanas, no momento do parto e em caso de abortamento. Na medida da disponibilidade, pode-se repetir também no 2º trimestre. Para agilidade no diagnóstico e posterior conduta, recomenda-se realizar teste rápido na unidade de saúde na 1ª consulta. É importante ressaltar que, como o teste rápido para sífilis é um teste treponêmico; um resultado positivo indica infecção atual ou pregressa (ver **Capítulo 9, item 9.9**);
- **Glicemia em jejum** – realizar a glicemia de jejum no início do pré-natal. Caso o resultado da primeira glicemia de jejum seja menor que 92mg/dL, preconiza-se a realização do **Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG - 75g)** entre 24-28 semanas – ver **Capítulo 9, item 9.5**.
- **Exame sumário de urina (Tipo I).**
- **Urocultura com antibiograma** – repetir entre 28-30 semanas.
- **Teste rápido anti-HIV ou sorologia para HIV** – realizar o mais precocemente possível (primeira consulta), idealmente no primeiro trimestre (até 12 semanas) e repetir obrigatoriamente entre 28-30 semanas e no parto. Na medida da disponibilidade, pode-se repetir também no 2º trimestre. Para agilidade no diagnóstico e posterior conduta, recomenda-se realizar teste rápido na unidade de saúde e também no parto, independentemente de ter sido realizado durante o pré-natal. No caso de gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico com teste rápido deve ocorrer na admissão para o parto.
- **Sorologia para toxoplasmose, IgG e IgM** – realizar como rotina de triagem, se não tem confirmação de infecção com sorologia prévia.

- Se a IgG for reagente e IgM não reagente, trata-se de infecção prévia sem risco de transmissão congênita em gestantes imunocompetentes.
- Se IgG for negativa e IgM negativa no primeiro trimestre, repetir no 2º e no 3º trimestres.
- Se tiver IgG e IgM positivos, o laboratório deve proceder o teste de avidéz de IgG na mesma amostra.
- Se a avidéz for baixa, deve-se iniciar imediatamente o uso de espiamicina, pois pode ser uma infecção recente.
- Se tiver IgM positivo e IgG negativo, repetir em duas semanas para ver se houve conversão de IgG, compatível com infecção recente.

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

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

• **Protoparasitológico de fezes.**

• **Colpocitologia oncológica** — é imprescindível que seja realizada a coleta de amostra, em qualquer trimestre, segundo a periodicidade estabelecida pelas diretrizes nacionais (a cada três anos, após duas citologias normais com um ano de intervalo);

• **Exame do conteúdo vaginal** — avaliação do conteúdo vaginal por bacterioscopia (critérios de Nugent), indicada para mulheres com antecedente de prematuridade, para detecção e tratamento precoce da vaginose bacteriana, idealmente antes da 20ª semana. Se a bacterioscopia não estiver disponível, realizar diagnóstico presumido, através do exame especular, pela positividade de pelo menos 3 dos 4 critérios de Amsel: 1) corrimento branco-acinzentado; 2) medida do pH > 4,5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do intróito vaginal, na parede lateral da vagina; 3) liberação de aminas com odor de peixe no teste com hidróxido de potássio a 10% adicionado a uma amostra do conteúdo vaginal; 4) visualização de clue cells (células-alvo) à microscopia.

• **Ultrassonografias** — Deve-se realizar a ultrassonografia obstétrica idealmente até 12 semanas (1ª metade da gravidez) para datação e identificação de gestação múltipla. Entre 18-22 semanas, deve ser realizada a ultrassonografia morfológica de triagem para identificação de malformações, rastreamento de cromossomopatias e localização placentária. Ultrassonografias adicionais no 3º trimestre serão solicitadas, dependendo da suspeita clínica.

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

Quadro 5.1: Exames laboratoriais de rotina pré-natal inicial

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

5.5 – Condutas 1ª consulta médica

- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.
- Orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso gestacional.
- Orientação sobre critérios de risco gestacional ou no parto e acompanhamento.
 - Avaliação dos resultados dos exames de rotina e orientação de condutas pertinentes.
 - Referência para atendimento odontológico.
 - Referência para serviços especializados, quando indicado.
 - Orientação para:
 - imunização antitetânica quando a gestante não estiver imunizada (esquema incompleto ou não realizado) ou quando o último reforço tiver sido realizado há mais de 5 anos (vacina dTpa entre 27-36 semanas).
 - vacinação rotineira contra pertussis (coqueluche).
 - imunização antiinfluenza nos períodos de risco (outono e inverno).
 - Prescrição de ácido fólico
 - 0,4mg (2 mL de solução oral com 0,2mg/mL) para uso contínuo durante toda a gestação para prevenção da anemia e redução de prematuridade.
 - o 5mg/dia para prevenção de defeitos abertos do tubo neural, se houver antecedente de defeitos de tubo neural, diabética, obesa, epiléticas e fumantes, entre 30 dias antes e até 14 semanas.
 - 5mg/dia para as gestantes em uso de antiepiléticos, até final da gravidez.
 - Profilaxia da pré-eclâmpsia: indicada para gestantes de alto risco para desenvolver a doença (hipertensas crônicas, antecedente de pré-eclâmpsia, diabetes com vasculopatia, nefropatia, doenças autoimunes como lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide), entre 12 e 34 - 36 semanas.

→ Dieta rica em cálcio (orientar o consumo de vegetais de folhas verdes escuras — espinafre, agrião, couve — de leite pouco gorduroso — até 1 litro ou 4 copos ao dia, de peixes como a sardinha, de coalhada e iogurtes). Na região sudeste, o consumo médio de cálcio é inadequado, estimado em 505,1mg/dia e 580,8mg/dia entre mulheres adultas e adolescentes respectivamente, considerado consumo inadequado. Na tabela abaixo, são apresentados alimentos ricos em cálcio:

Tabela 5.1 – Quantidade de cálcio por porção de alimentos

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

Fonte: Adaptado de IBGE, 2011

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

- Fornecimento de informações necessárias quanto aos intervalos dos próximos atendimentos e respostas às indagações da mulher ou da família.
- Orientação sobre responsabilidades da gestante, incentivando-a a participar das atividades educativas, controle nutricional e abandono de vícios.
- Orientar sobre cuidados para prevenir picadas de pernilongos, com uso preferencial de roupas que protejam braços e pernas e uso de repelente nas áreas expostas.
- Orientar sobre atividade física, sexual, trabalho e ambiente.
- Orientar sobre sinais e sintomas comuns na gravidez.
- Levantar expectativas sobre parto e puerpério, incluindo lactação e fazer as orientações pertinentes.

5.6 – Plano de consultas de retorno

As atividades esperadas nos retornos incluem, mas não se limitam, a coleta de informações e revisão de prontuários e exames subsidiários, avaliação clínica e orientações sobre a gravidez e parto. Os principais elementos são:

- Anamnese / interrogatório complementar.
- Cálculo e anotação da idade gestacional.
- Queixas, verificando dúvidas da paciente e dos familiares.
- Estado geral.
- Peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC - anotar no gráfico, avaliar o estado nutricional, segundo curva específica).
 - Aferição de pressão arterial.
 - Pesquisa de edema.
 - Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico, avaliar desvios, segundo curva específica).
 - Ausculta dos batimentos cardíacos fetais.
 - Avaliação dos resultados de exames laboratoriais e adoção de condutas específicas.
 - Solicitação de outros exames complementares, se necessário.
 - Atualização do calendário vacinal.
 - Atualização do cartão da gestante e do prontuário da paciente.
 - Tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário.
 - Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (300 mg/dia ou 60mg de ferro elementar/dia ou 200mg/dia, correspondente a 40mg de ferro elementar/dia) para profilaxia da anemia a partir da 20^a semana de gravidez até a 6^a semana pós-parto.
 - Uso contínuo de ácido fólico (0,4mg/dia), 2mL de solução oral.
 - Orientação alimentar, encaminhando para equipe de nutrição, se necessário (baixo peso, obesidade, diabetes, hipertensão).
 - Acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, com visitas domiciliares.
 - Agendamento de consultas subsequentes.
 - Anotação dos dados da consulta e condutas no prontuário e no cartão da gestante.
 - Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos. Devem ser garantidos grupos educativos exclusivos para adolescentes permitindo a abordagem de temas relevantes para o grupo, entre seus pares
 - Imunização antitetânica e anti-pertussis (coqueluche)
 - Imunização contra influenza pandêmica.
 - Manutenção da profilaxia da pré-eclâmpsia para gestantes de alto risco como hipertensas crônicas, antecedente de pré-eclâmpsia, diabetes com vasculopatia, doença renal crônica, doenças autoimunes como lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide, entre 12 e 34-36 semanas.

- Profilaxia da Aloimunização Rh: na 28ª semana de gestação, ou até a 34ª semana, se for ultrapassada a época preconizada com 300µg da imunoglobulina anti-D por via intramuscular, em dose única. Deve ser realizada apenas para gestantes com Rh negativo não-sensibilizadas (Coombs indireto negativo), quando a classificação sanguínea do parceiro for Rh positiva ou desconhecida. Após a aplicação da imunoglobulina, o Coombs indireto pode ficar positivo por até quatro semanas.

Deve ser administrada:

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

- Óbito fetal.

- Trauma abdominal.

- Após procedimento invasivo: cordocentese, amniocentese, biópsia de vilos corial.

- Realização de versão cefálica externa.

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

- Ocorrência de transfusão incompatível, devendo ser administrada 1.200µg a cada 12 horas, considerando que 15ml de concentrado de glóbulos vermelhos ou 30ml de sangue total são neutralizados por 300µg de imunoglobulina.

5.7 – Frequência das consultas

O **número mínimo** recomendado recentemente pela Organização Mundial de Saúde é de **oito consultas gestacionais, uma no primeiro trimestre (até a 12ª semana), com 20, 26, 30, 34, 36, 38 e 40 semanas**. A equipe deve monitorar o absenteísmo das gestantes e apoiar a solução da dificuldade, com visita domiciliar pelo (a) agente comunitário(a) ou outro membro da equipe de saúde. Deve-se estar constantemente atento ao risco associado à gravidez, pela história clínica, exame físico e resultado dos exames laboratoriais de rotina. As avaliações mínimas nos retornos incluem queixas, PA, ganho de peso, edema, relação idade gestacional/altura uterina, movimento fetal e deve-se dar especial atenção ao surgimento de riscos, considerando o caráter dinâmico da gestação. A necessidade de outras consultas suplementares dependerá de complicações obstétricas ou clínicas.

5.8 – Imunização

As vacinas virais vivas de sarampo, da rubéola, da caxumba (SCR) e da febre

amarela não são recomendadas em situações normais. Contudo, quando o benefício for considerado maior do que o possível risco, a vacinação poderá ser realizada, por exemplo, em situações de risco de febre amarela. Após a vacinação com tríplice viral (SCR), recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), por precaução. Entretanto, se a mulher engravidar antes desse prazo ou se houver administração inadvertida durante a gestação, não se justifica o aborto em nenhum desses casos, por se tratar apenas de risco teórico. São recomendações específicas:

• **Vacina contra o Tétano:** Para imunização, são necessárias 3 doses (0, 2 e 6 meses) com reforço após 5 anos para gestantes. (Quadro 5.2)

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

Contraindicações:

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

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

Para gestante

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

→ **Vacina contra a Influenza (inativadas)**: Avacina contra influenza passou a ser indicada para todas as gestantes, independente da idade gestacional, com dose única durante a campanha anual contra influenza sazonal.

Contraindicações:

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

→ **Vacina contra hepatite B (recombinante)**: Recomenda-se a triagem sorológica para hepatite durante o pré-natal por meio do HBsAg (antígeno de superfície do VHB). Caso o resultado seja negativo:

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

→ **Vacina contra raiva humana**: Em situações de pós-exposição, a vacina contra raiva humana, que é de vírus inativo, não é contraindicada durante a gestação. A gestante deve seguir o esquema recomendado para situações de pré ou pós-exposição.

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

5.9 – Ações educativas no pré-natal

As ações educativas são relevantes para esclarecer as dúvidas das mulheres, de seus parceiros e outros acompanhantes, e contribuir para sua adesão aos procedimentos propostos e manter adesão ao acompanhamento e seguimento. Podem ser desenvolvidas na forma de discussões em grupo, rodas de conversa, dramatizações trabalhos artísticos coletivos, ou outros mecanismos que possam facilitar a troca de experiências e promover a aprendizagem significativa. Os temas sugeridos incluem, mas não se restringem aos listados abaixo:

- Importância do acompanhamento pré-natal integral (bio-psico-social).
- Necessidade de que tenha consigo sempre o cartão da gestante com resultados dos exames complementares e conduta clínica.
- Orientação para realização de atividade física, incluindo exercícios perineais.
- Promoção da alimentação saudável para prevenção do baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes, além de suplementação de ferro e ácido fólico.
- Desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais.
- Esclarecimento sobre medos e fantasias referentes à gestação e ao parto.
- Orientação para visita prévia à maternidade de referência.
- Orientação sobre atividade sexual, incluindo prevenção das IST/AIDS com uso de preservativo, aconselhamento para o teste anti-HIV, pesquisa da sífilis e das hepatites.
- Esclarecimento sobre sintomas comuns e orientações para as queixas mais frequentes.
- Orientação sobre sinais de alerta (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, exantema, perdas vaginais, dificuldade respiratória).
- Orientação e incentivo ao aleitamento materno, para as mulheres que podem amamentar, em diversos momentos educativos.
- Orientação para uso de preservativo nas relações sexuais, para evitar HIV (inclusive na amamentação) e outras IST e também zika, diante da atual epidemia.
- Apoio específico para as mulheres que não devem amamentar (portadoras de HIV e de HTLV), com orientação sobre inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a disponibilização de fórmula infantil;
- Cuidados continuados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando retorno para revisão puerperal.

- Importância do planejamento familiar após o parto, num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção.
- Avaliar as condições de saúde mental e violência doméstica e sexual.
- Direitos e benefícios, incluindo direito a acompanhante no parto e licença-gestante.
- Avaliar impacto das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério.
- Estimular participação do pai no pré-natal e parto para incentivar vínculo com o filho.
- Diante da gravidez na adolescência, atenção às dificuldades sociais.
- Conscientização sobre a importância das consultas puerperais.
- Cuidados com o recém-nascido, incluindo a 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).

5.10 – Atividades educativas na gestação e preparo para o parto

São temas importante nas atividades educativas do pré-natal, a serem discutidos de forma individual ou, idealmente, em grupo:

- Desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais.
- Sintomas comuns e orientações para as queixas mais frequentes.
- Procedimentos e a rotina pré-natal, chamando atenção para seus benefícios.
- Importância do cartão da gestante com resultados dos exames complementares e conduta clínica, que deve sempre estar com a gestante.
- Orientações sobre:
 - Alimentação saudável com foco na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e à nutrição, como baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes, associada a suplementação de ferro e ácido fólico.
 - Realização de atividade física, incluindo exercícios perineais.
 - Atividade sexual, prevenção das IST/AIDS com uso de preservativo, aconselhamento para o teste anti-HIV, pesquisa da sífilis e de hepatite.
- Impacto das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério.
- Alterações emocionais na gestação
- Situações de violência doméstica e sexual.
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto.
- Discussão sobre as expectativas e sobre as rotinas na assistência ao parto.
- Participação do pai no pré-natal e parto para incentivar vínculo com o filho.
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e prevenção em saúde (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

Os elementos essenciais no preparo para o parto incluem:

a) Planejamento, considerando local, transporte, recursos necessários para a situação de risco gestacional e de parto para a gestante e o recém-nascido. Orientar todos os aspectos, incluindo segurança e restrições a parto em ambiente não-hospitalar, além de momento adequado de busca por cuidados.

b) Esclarecimento sobre sinais e sintomas de trabalho de parto que devem orientar procura pelo atendimento para assistência ao parto (dor, sangramento, perda de líquido) ou sintomas de complicações (contrações prematuras, febre, dor abdominal contínua, sangramento vaginal, alteração visual, convulsões).

c) Esclarecimento das dúvidas sobre as rotinas da assistência ao parto.

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

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

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

g) Preparo da gestante para o parto vaginal utilizando apenas as intervenções necessárias que garantam conforto e segurança, para a mãe e para o feto,

h) Promoção de visitas da mulher e seus familiares ao local do parto, para que se sintam mais seguros num ambiente previamente conhecido;

i) Oriente quanto ao direito legal de permanência do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

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

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

l) Informação sobre estratégias afmacológicas e não-farmacológicas que podem ser utilizadas para aliviar a dor do trabalho de parto. Reforçar que o preparo, a confiança na equipe e o apoio do acompanhante são potentes para reduzir a sensação de dor e contribuem para a melhor e mais rápida evolução do trabalho de parto.

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

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

Entre as orientações que se deve oferecer sobre as rotinas de cuidados para garantir um parto adequado à situação, que ofereça segurança e respeito, incluem-se:

- Internação para assistência ao parto quando as contrações forem frequentes (ao menos 2-3 a cada 10 minutos) e dolorosas, idealmente com dilatação;
- Presença de alguém de escolha da gestante para lhe dar apoio e auxiliar desde o início do trabalho de parto e no momento do nascimento, garantida por lei;
- Não realização de enterocлизма (lavagem intestinal);
- Necessidade de controle regular de frequência cardíaca fetal e dinâmica uterina (contrações) durante todo o trabalho de parto;
- Disponibilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, incluindo massagens nas costas realizadas pelo acompanhante ou profissionais de saúde, duchas ou banheiras com água aquecida durante o trabalho de parto, deambulação, bola para massagem do períneo e movimento de quadril
- Possibilidade de uso de métodos farmacológicos com remédios utilizados por injeção e analgesia peridural caso haja anestesista disponível e após utilização dos meios não-farmacológicos.
- Rotura de membranas idealmente espontânea, só indicando rotura artificial para correção de parada secundária da dilatação, assim como de ocitocina endovenosa apenas para correção de contratilidade uterina insuficiente;
- Realização de episiotomia apenas se e quando necessário; para evitar lesões perineais extensas e complicadas;
- Uso de parto instrumentalizado e operação cesariana apenas quando adequadamente indicados.

Para se evitar diferenças de conduta (entre o profissional da atenção básica e o profissional da maternidade), na etapa final de acompanhamento pré-natal e sua transição para o cuidado na maternidade, acordar entre gestores e profissionais e orientar a gestante que:

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

5.11 – Atenção puerperal

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

mento da criança. A equipe de saúde deverá perguntar à mulher sobre a presença de dor/desconforto perineal, corrimento de odor fétido, assim como atentar para possíveis sinais de infecção (vermelhidão, dor, edema, reparo inadequado, deiscência de sutura e lesões não suturadas) que deverão ser prontamente avaliados. Também deve ser orientada para a importância da higiene perineal, com troca frequente de absorvente higiênico, lavagem das mãos antes e depois de qualquer manipulação vaginal e higiene local diária com banho.

Além disso, é importante que a puérpera seja informada, ainda na internação após o parto, sobre os sinais a serem monitorados nas primeiras semanas e, na presença destes, procurar atendimento imediato:

- Sangramento vaginal intenso, tontura, taquicardia (hemorragia pós parto);
- Febre, calafrios, dor abdominal e /ou perda vaginal com odor fétido (infecção);
- Cefaléia acompanhada de pelo menos um dos seguintes: distúrbios visuais, náusea e/ou vômitos nas primeiras 72 horas pós parto (pré eclampsia);
- Dor ou eritema/edema na panturrilha unilateral (trombose);
- Sintomas respiratórios: tosse, dispneia acompanhada ou não de dor torácica (pneumonia; tromboembolismo; edema pulmonar).
- Cansaço persistente: na ausência de anemia, fazer diagnóstico diferencial com hipotireoidismo, miocardiopatia periparto e mesmo com depressão pós-parto.
- Incontinência urinária e/ou fecal: devem ser avaliadas a frequência, intensidade e duração dos sintomas e, se persistentes, será necessária avaliação especializada.

Para queixas como doença hemorroidária e constipação proceder conforme capítulo 8.

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

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

Uma avaliação precoce após a alta da maternidade é fundamental para avaliar a presença dessas e outras possíveis intercorrências e, inclusive, para a retirada de pontos nos casos de cesárea (pontos não absorvíveis na pele). Esta avaliação pode ser feita em atendimento domiciliar ou em consulta na unidade básica de saúde e previamente combinada ao longo do pré-natal.

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

reavaliadas para cada condição específica.

O planejamento reprodutivo é uma ação essencial das consultas de puerpério. A discussão sobre as possibilidades de uso de métodos contraceptivos pode ser iniciada já na visita domiciliar na primeira semana e deve ser continuada em visitas clínicas mais completas. O acesso a anticoncepção adequada para o período de amamentação deve ser garantido (condom, mini-pílula, injeção trimestral de progestágeno, DIU) e sua indicação deve se apoiar nas recomendações sobre critérios de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS). Como a amamentação a livre demanda é um método anticoncepcional eficaz nas fases mais precoces de puerpério, as equipes devem prover acesso a métodos adequados e aceitos pela mulher entre 42-60 dias, se a mãe amamenta, e 15-30 dias se não amamenta.

5.12 – Visitas domiciliares

As visitas domiciliares devem ser realizadas por agentes comunitários ou outro profissional da unidade de saúde. Durante a visita deve ser avaliado o cartão da gestante (caso tenha iniciado pré-natal), possíveis dificuldades para adequação ao seguimento pré-natal, desafios no seu meio familiar, social ou do local de trabalho e suas queixas. Também é necessária no acompanhamento após o parto. As metas prioritárias de visita domiciliar são:

- Identificar grávidas que não iniciaram a assistência pré-natal, estimular sua busca por cuidado e providenciando o agendamento;
- Identificar gestantes que abandonaram os cuidados, pesquisando os motivos e buscando ajudar a resolvê-los, e estimulando o retorno às consultas regulares;
- Realizar intervenções ou ações de saúde individualizadas e indicadas para a situação pela unidade /equipe de saúde;
- Fornecer orientação sobre cuidados de saúde, incluindo calendário vacinal, preparo para o aleitamento materno e retorno na consulta de puerpério para reavaliação da evolução clínica e obstétrica e planejamento reprodutivo.

5.13 – Encaminhamento e transferência

O relatório de encaminhamento deve conter todos os dados relevantes, tais como motivo do encaminhamento, resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, evolução e tratamentos, especificando os medicamentos prescritos e outras orientações particulares. O texto deve ser legível, sem abreviaturas ou códigos, contendo nome do profissional, seu número de registro profissional e assinatura. A identificação da unidade de referência deve conter endereço, telefone e nome da pessoa contatada. A equipe de saúde da UBS tem responsabilidade sobre a continuidade dos cuidados e deverá acompanhar o desfecho do caso, além de manter contato por visita domiciliar ou outra estratégia.

6 . PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

6.1 - Cálculo da idade gestacional (IG)

Cálculo da idade gestacional

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

- **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.

• Quando a DUM é desconhecida, mas se conhece o período do mês

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

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

- A idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero. Além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que ocorrem habitualmente entre 18 e 20 semanas, pode-se utilizar o toque vaginal e a palpação uterina, especialmente útil para avaliação na 1ª metade da gravidez:

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

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

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

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

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

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

- 20-35 semanas, relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Após, estabilização da altura uterina

- Será solicitada ultrassonografia que vai confirmar, ou corrigir a idade gestacional.

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

6.2 – Cálculo da data provável do parto

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

Exemplos**Data da última menstruação: 13/9/16****Data provável do parto: 20/6/17 (13+7=20/9-3=6)**

Data da última menstruação: 10/3/16

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

Data da última menstruação: 27/1/17

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

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

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

Calcule o IMC por meio da fórmula:

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

O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, idealmente até 13 semanas, se for possível.

– Realize o diagnóstico nutricional:

Classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo o IMC por semana gestacional, utilizando o Quadro 6.1:

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.

– Condutas segundo a avaliação do estado nutricional encontrado

- **Baixo peso (BP):** realizar consulta em intervalo menor que o habitual (máximo 15 dias). Investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes. Dar orientação nutricional, visando atingir o peso adequado e promover hábitos alimentares saudáveis.

- **Adequado (A):** seguir calendário habitual. Explicar que o peso está adequado para a idade gestacional, dar orientação nutricional, visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis.

- **Sobrepeso e obesidade (S e O):** marcar consulta em intervalo menor que

o fixado no calendário habitual (15 dias). Investigar obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla e doenças associadas (diabetes, pré-eclâmpsia, etc); dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado ou o controle do ganho de peso e de hábitos alimentares saudáveis. Na obesidade grau 2 – $IMC > 35 \text{ Kg/m}^2$ ou grau 3 – $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$, a orientação para a adequação alimentar pode levar a perda ou apenas discreto ganho de peso particularmente no primeiro e segundo trimestres.

– Estimativa de ganho de peso total até o fim da gestação

Para o primeiro trimestre, o ganho é agrupado para todo o período; já para os 2º e o 3º trimestres, o ganho é previsto por semana. Já na primeira consulta, devem-se estimar quantos gramas a gestante deverá ganhar no primeiro trimestre, assim como o ganho por semana até o fim da gestação (**Tabela 6.2**).

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

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

Fonte: IoM 2009

Nas consultas subsequentes: A avaliação nutricional deve ser feita repetindo-se os procedimentos 1 e 2. Recomenda-se utilizar a **Tabela 6.2**, que indica qual o ganho recomendado de peso segundo o estado nutricional 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. Para o diagnóstico em cada consulta, proceder conforme descrito a seguir:

- Calcule a idade gestacional.
- Marque o ponto de IMC correspondente. A marcação de dois ou mais pontos no gráfico (primeira consulta e subsequentes) possibilita construir o traçado da curva. Ligue os pontos obtidos e observe o traçado resultante.
- Em linhas gerais, considere traçado ascendente como ganho de peso adequado e **traçado descendente** como ganho de peso inadequado (gestante de risco).
- A inclinação recomendada para o traçado ascendente irá variar de acordo com o estado nutricional inicial da gestante, conforme **Figura 6.1**.

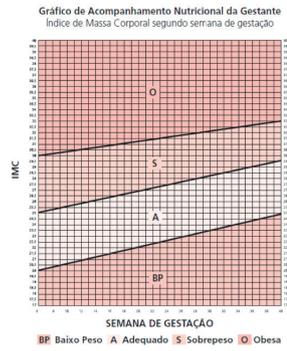
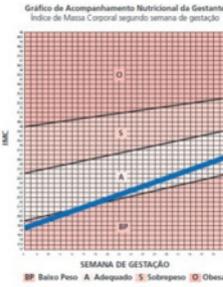
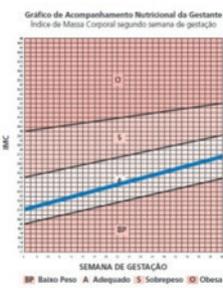
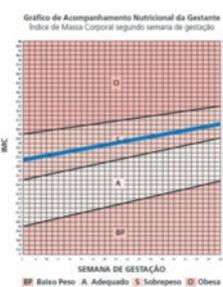
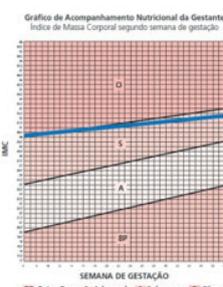


Figura 6.2 – Avaliação do índice de massa corporal de acordo com a semana de gestação

EN da gestante (1ª avaliação)	Inclinação da curva	Exemplo
Baixo peso (BP)	Curva de ganho de peso deve apresentar inclinação maior que a da curva que delimita a parte inferior da faixa de estado nutricional adequado.	
Adequado (A)	Deve apresentar inclinação paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado no gráfico.	
Sobrepeso (S)	Deve apresentar inclinação ascendente semelhante à da curva que delimita a parte inferior da faixa de sobrepeso. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior dessa faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior dessa faixa no gráfico.	
Obesidade (O)	Deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.	

6.4 – Controle da pressão arterial (PA)

Conceito de estado hipertensivo na gestação:

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

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

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

Técnica de aferição da pressão arterial

- Buscar criar um clima de relaxamento.
- Certificar-se de que a gestante não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos nem ingeriu bebidas alcoólicas, café ou fumou.
- 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, desnudando o braço, com o cotovelo ligeiramente fletido. A aferição na posição sentada é aconselhada por ser a posição mais comum no dia-a-dia da mulher, mas a PAS é mais elevada. Também se pode aferir em decúbito lateral esquerdo, braço superior, nunca em decúbito dorsal horizontal. A posição deve ser padronizada e sempre a mesma.
- A aferição deve ser realizada com barômetro de pressão, coluna de mercúrio ou aparelho aneroide calibrado, desaconselhando-se o uso de aparelhos digitais.
- Localizar a artéria braquial por palpação.
- É importante observar a adequação entre o manguito do aparelho e a circunferência do braço (CB) da mulher porque a utilização de manguito inadequado pode superestimar a PA em mulheres obesas. O manguito padrão de 12cm pode ser utilizado com CB de até 32 cm. Acima desta medida, seria necessário o manguito de 15 cm. Quando não for obedecida essa proporcionalidade, utilizar a tabela de correção (**Tabela 6.3**).
- Ajustar o manguito acima da dobra do cotovelo, 2-3 centímetros acima da fossa anticubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.

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

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

Fonte: Maxwell et al., 1982.

- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento para a estimativa do nível da pressão arterial sistólica (PAS), desinsuflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
- Palpar a artéria na dobra do cotovelo e sobre ela colocar a campânula do estetoscópio, com leve pressão local.
- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos.
- Inflar o manguito rapidamente, até 30 mmHg acima do nível estimado da PAS.
- Desinflar lentamente o manguito.
- Proceder à leitura:
 - O ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (PAS; máxima);
 - A pressão diastólica (PAD; mínima) será lida no momento em que os ruídos desaparecerem completamente ou 5º som de Korotkoff.
 - **Observação:** a PAS foi determinada na fase I de Korotkoff e a PAD na fase V de Korotkoff. Nos casos em que o desaparecimento completo dos ruídos não ocorrer, proceder à leitura da pressão diastólica no ponto onde se percebe marcado abafamento (fase IV de Korotkoff).

O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho súbito de peso, presença de edema e/ou sintomatologia com cefaleia, epigastralgia, hiperreflexia, principalmente a partir da 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, de-

vem ter seus retornos antecipados, semanal ou mais frequente, pelo maior risco de pré-eclâmpsia (**Quadro 6.1**). Nos casos em que a pressão arterial tiver sido aferida inicialmente pelos profissionais de enfermagem, o(a) médico(a) deverá ser avisado(a) imediatamente se a PAS \geq 160mmHg e PAD \geq 110mmHg.

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

6.5 – Leitura de fita reagente para proteinúria

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

- Informar o procedimento à gestante.

- Coletar a urina fresca em um recipiente limpo e seco.
- Misturar a amostra antes de testar e utilizar até duas horas após a coleta.
- Evitar contaminação com produtos de limpeza da pele contendo clorexidina.
- Mergulhar a área de teste da tira na urina coletada e remover imediatamente.
- Proceder à leitura comparando a cor obtida na fita com a cor padronizada.
- Não remover a tira do frasco até imediatamente antes da utilização.
- Recolocar a tampa imediata e firmemente após a remoção da tira reagente.
- O resultado (+) é considerado positivo para o rastreamento da proteinúria.

Observações importantes:

- Não usar tiras após a data de validade.
- Não tocar as áreas de teste da tira.
- Não armazenar o frasco sob luz solar direta.
- Não remover o dessecante do frasco.
- Mudanças de cor que ocorram após dois minutos não tem valor diagnóstico.
- Substâncias que podem alterar o resultado: níveis visíveis de sangue, bilirrubina e drogas contendo corantes, nitrofurantoína ou riboflavina. Também pela presença de infecção do trato urinário.
 - A ausência de proteinúria não exclui gravidade da doença.

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

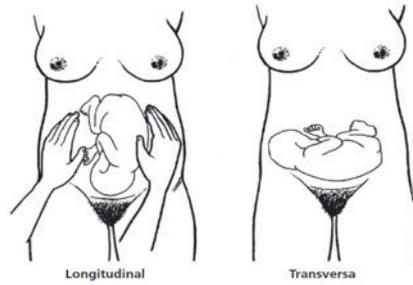
A palpação obstétrica (Figura 6.3) deve ser realizada antes da medida da altura uterina, iniciando-se pela delimitação do fundo uterino, seguido do contorno da superfície uterina. Permite a identificação da situação e da apresentação fetal, procurando-se reconhecer os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal. Pode-se estimar a quantidade de líquido amniótico.

Manobra de Leopold:

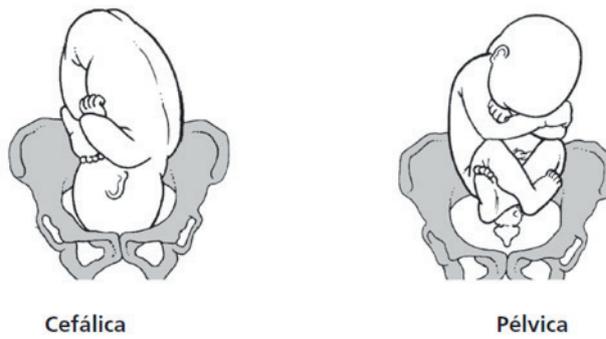
Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos:

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

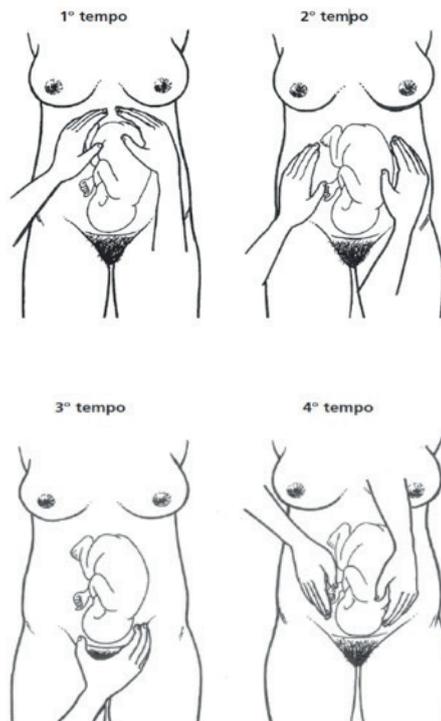
Situação fetal:



Apresentação fetal:



Manobras de palpação (Leopold):



Condutas:

- Registrar a medida da altura uterina no gráfico de AU/semanas de gestação e interpretar o traçado.
- A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional.
- A situação transversa e a apresentação pélvica no termo da gestação podem significar risco no momento do parto.
- Nas situações transversas no final do 3º trimestre, afastar placenta prévia e acretismo placentário com realização de ultrassonografia. Observação especialmente importante em gestantes com cesárea anterior.

6.7 – Medida da altura uterina

São considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10 (para o limite inferior) e o percentil 90 (para o limite superior). Quando os dados da amenorreia são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligoâmnio, a medida da altura uterina permite suspeitar de restrição do crescimento fetal. A sensibilidade da altura uterina para o diagnóstico de macrosomia fetal é elevada, excluídos a gravidez gemelar, os polidrâmnios e a miomatose uterina.

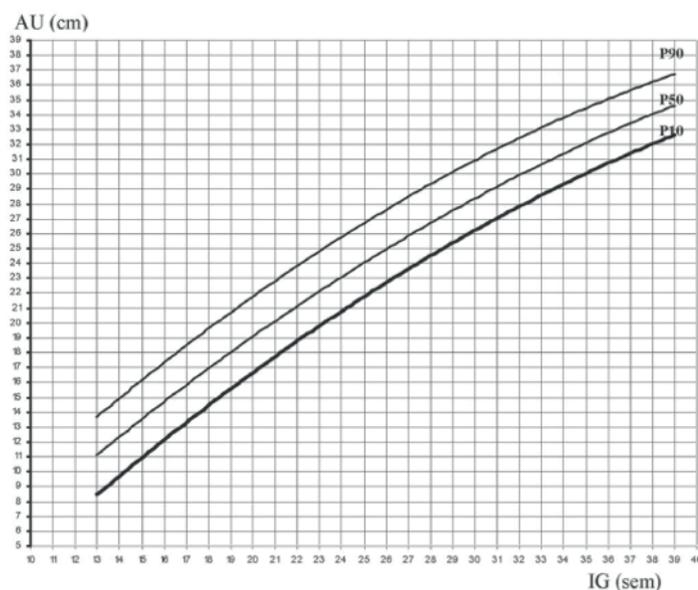
Figura 6.2 – Altura uterina/semanas de gestação

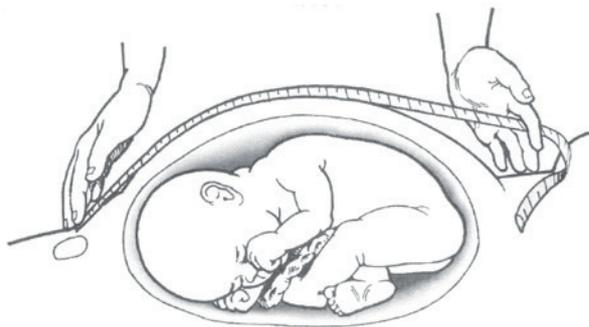
Figura 3 - Curva de crescimento da altura uterina (AU) em função da idade gestacional (IG) entre a 13ª e a 39ª semana, para os percentis 10, 50 e 90.

Fonte: Martinelli e cols. 2001

Técnica de medida da altura uterina (Figura 6.4):

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, abdômen descoberto, 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.
- 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.

Figura 6.4 – Técnica de medida da altura uterina



Interpretação do traçado obtido e condutas

Figura 6.5 – Avaliação da altura uterina

Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

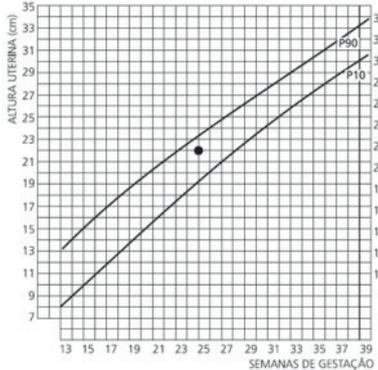
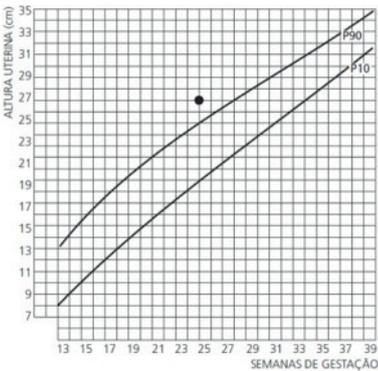
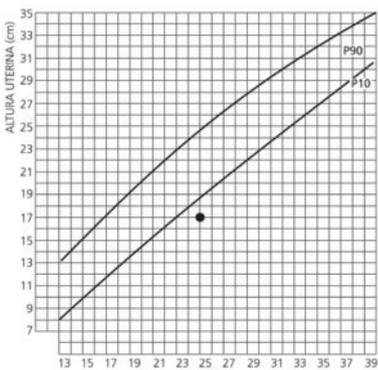
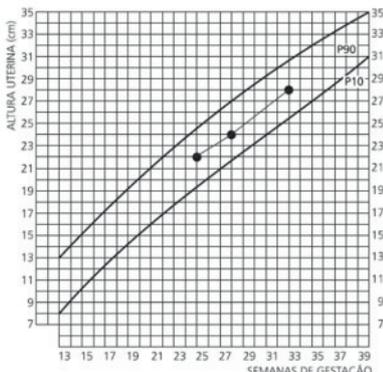
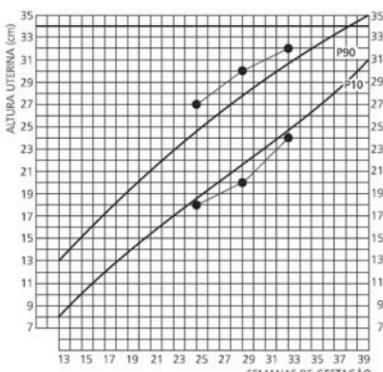
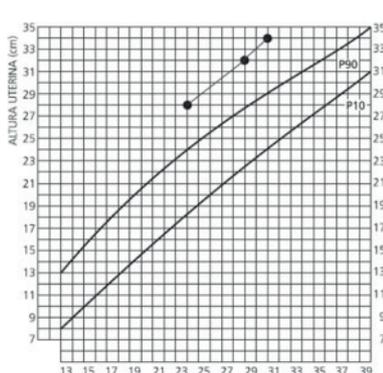
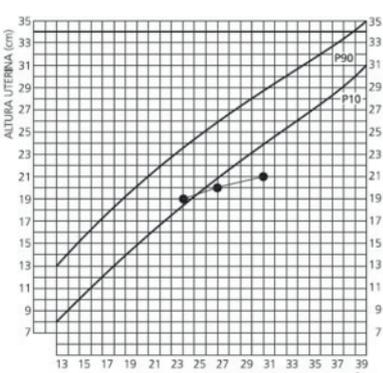
Gráfico	Ponto	Conduta
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y varia de 7 a 35 cm em incrementos de 2 cm. O eixo X varia de 13 a 39 semanas em incrementos de 2 semanas. Duas curvas representam o percentil 90 (P90) e o percentil 10 (P10). Um ponto está plotado a aproximadamente 23 cm no 25º semana de gestação, posicionado entre as duas curvas.</p>	<p>Entre as curvas inferiores e superiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir calendário de atendimento de rotina.
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y varia de 7 a 35 cm em incrementos de 2 cm. O eixo X varia de 13 a 39 semanas em incrementos de 2 semanas. Duas curvas representam o percentil 90 (P90) e o percentil 10 (P10). Um ponto está plotado a aproximadamente 27 cm no 25º semana de gestação, posicionado acima da curva superior (P90).</p>	<p>Acima da curva superior</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). Deve ser vista pelo(a) médico(a) da unidade e avaliada a possibilidade de polidrâmnio, 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 altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y varia de 7 a 35 cm em incrementos de 2 cm. O eixo X varia de 13 a 39 semanas em incrementos de 2 semanas. Duas curvas representam o percentil 90 (P90) e o percentil 10 (P10). Um ponto está plotado a aproximadamente 17 cm no 25º semana de gestação, posicionado abaixo da curva inferior (P10).</p>	<p>Abaixo da curva inferior</p>	<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.

Figura 6.5 – Avaliação da altura uterina

Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

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 de referência são mostradas: P90 (superior) e P10 (inferior). Três pontos de dados estão plotados, todos localizados entre as duas curvas, indicando um crescimento normal.</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 de referência são mostradas: P90 (superior) e P10 (inferior). Três pontos de dados estão plotados, dois acima da curva P90 e um abaixo da curva P10, indicando um crescimento anormal.</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 de referência são mostradas: P90 (superior) e P10 (inferior). Três pontos de dados estão plotados, todos acima da curva P90, com uma inclinação mais acentuada do que a curva superior, indicando um crescimento anormal.</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 de referência são mostradas: P90 (superior) e P10 (inferior). Três pontos de dados estão plotados, todos abaixo da curva P10, com uma inclinação menor do que a curva inferior, indicando um crescimento anormal.</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.

6.8 – Ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF)

Observar a presença, ritmo e frequência dos BCF. Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação (estetoscópio de Pinard só audível após 20 semanas).

Procedimentos:

- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- A gestante deverá estar em decúbito lateral ou decúbito a 45° (semissentada).
- Por palpação, determinar a apresentação e a posição do dorso fetal e a região de melhor ausculta dos BCF que corresponderá ao dorso, na altura do coração.
- Colocar gel transdutor do Sonar Doppler e apoiá-lo na região correspondente.
- Contar os batimentos obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm; registrar em instrumentos próprios: prontuário médico, ficha de acompanhamento pré-natal, cartão da gestante, etc.
- Nos casos de gemelaridade, identificar os locais de ausculta de cada feto.
- Palpar concomitantemente o pulso da gestante para verificar se a frequência auscultada é diferente do pulso, confirmando ser BCF.
- Aumento da frequência cardíaca fetal após contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero é sinal de boa vitalidade.
- Interpretar achados segundo **Quadro 6.2**.

Quadro 6.2 – Avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

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

Método de registro diário de movimentos fetais (RDMF)

A contagem dos movimentos é realizada por período máximo de uma hora. Considera-se como “inatividade fetal” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas. Se não sentir os seis movimentos na 2ª hora, procurar imediatamente a unidade de saúde. A gestante deve ser orientada a:

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

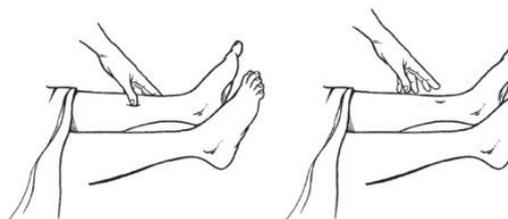
Tabela 6 – Formulário para registro diário de movimentos fetais (RDMF)

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

Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.9 – Verificação da presença de edema

- Pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial)



Na região sacra:

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



Na face e em membros superiores:

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

Quadro 6.3 – Avaliação da presença de edema

Achado	Anote	Conduta
Edema ausente	–	• Acompanhar a gestante seguindo o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo sem hipertensão ou aumento súbito de peso	+	• 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 +	++	• Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo de até duas horas no meio do dia. • Verificar a presença de sinais/sintomas de pré-eclâmpsia e interrogar sobre os movimentos fetais. • Marcar retorno em sete dias, na ausência de sintomas. • Deve ser avaliada e acompanhada pelo(a) médico(a) da unidade. • Encaminhar para o serviço de alto-risco e/ou referir para avaliação hospitalar.
Edema generalizado (face, tronco, membros), ou que já se manifesta ao acordar acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso	+++	• Gestante com suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. • Deve ser avaliada pelo(a) médico(a) da unidade e encaminhada para o serviço de alto-risco e/ou referida para avaliação hospitalar.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais fisiológicos		• Suspeita de processos tromboembólicos (tromboflebitas, TVP). Deve ser avaliada pelo(a) médico(a) da unidade e encaminhada para serviço hospitalar.

6.10 – Coleta de material para pesquisa de estreptococo grupo B (EGB)

Para orientar antibioticoprofilaxia de infecção neonatal, nos municípios onde houver condições de realizar a triagem para estreptococo do grupo B, a coleta deve ser realizada no final do 3º trimestre.

Técnica se coletar na UBS:

- Paciente em posição ginecológica.
- Colher o material antes de toques vaginais.
- Não é recomendado banho ou higiene íntima prévia à coleta.

- Não colher material cervical e não usar espéculo.
- Realizar coleta de amostras com um único swab, primeiro do terço externo da vagina e depois retal, introduzindo-o até ultrapassar o esfíncter. Após, colocar em meio de transporte.

- Encaminhar o swab o mais rápido possível para o laboratório de análises clínicas, onde será semeado em meio específico.

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

- tiver cultura de pré-natal colhida entre 35-37 semanas positiva (resultado preditivo de colonização por até 5 semanas).

- tiver antecedente de doença neonatal em gestação prévia por EGB (independente de cultura realizada entre 35-37 semanas).

- tiver infecção urinária por EGB na gestação atual (independente de resultado de cultura 35-37 semanas).

- tiver fatores de risco intraparto detectáveis (febre $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$, trabalho de parto prematuro, ruptura de membranas > 18hs) na ausência de resultado de cultura entre 35-37 semanas.

6.11 – Exame ginecológico e coleta de colpocitologia oncológica

Está indicada a realização de exame especular, já na primeira consulta pré-natal.

Exame ginecológico:

- Inspeção dos genitais externos: vulva, períneo, introito vaginal, região anal.

- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia.

- Exame especular: após locação do espéculo, avaliar a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical, presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical.

- Coletar material para exame colpocitopatológico da ectocervice, se necessário.

- Realizar o teste das aminas (KOH a 10%) e pH vaginal se risco de parto prematuro ou presença de conteúdo vaginal anormal (critérios de Amsel).

- Toque bimanual: avaliar as condições do colo uterino (permeabilidade), o volume uterino (compatibilidade com a amenorreia, a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais).

Conduta frente ao resultado da colpocitologia:

- Citologia normal ou citologia inflamatória: realizar o controle segundo recomendação do INCA.

- Citologia com LSIL (lesão de baixo grau, antigo NIC I): repetir em seis meses.

- HSIL/carcinoma in situ (antigo NIC II, III e Ca in situ): encaminhar para colposcopia no Centro de Referência em Saúde da Mulher.

- ASC-US: Recomenda-se repetir a citologia em 6 meses.

- ASC-H, AGC: encaminhar para colposcopia no Centro de Referência em Saúde da Mulher.
- Carcinoma escamoso invasivo e Adenocarcinoma in situ ou invasivo: encaminhar para o Centro de Referência em Saúde da Mulher.

6.12 – Exame clínico das mamas:

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

6.13 – Preparo para o aleitamento

Vantagens da amamentação:

- Para a mulher: fortalece o vínculo afetivo, favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia, contribui para o retorno ao peso normal e contribui para o aumento do intervalo entre gestações.
- Para a criança: é um alimento completo até os seis meses de idade, facilita a eliminação de mecônio e diminui a incidência de icterícia, protege contra infecções e diminui as chances de desenvolvimento de alergias, aumenta o vínculo afetivo.
- Para a família e a sociedade: é limpo, pronto e na temperatura adequada, diminui as internações e seus custos, é gratuito.

Preparo das mamas para o aleitamento:

- Avaliar as mamas na consulta de pré-natal, observando as características dos mamilos e orientar exercícios na presença da mamilos umbilicados ou invertido.
- Orientar o uso de sutiã durante a gestação.
- Recomendar, se possível, banhos de sol nas mamas por 15 minutos, até 10 horas da manhã ou após as 16 horas, ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância.
- Evitar o uso de sabões, cremes, pomadas, buchas esfoliante no mamilo.
- É importante identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação e experiências que já vivenciou.
- Oferecer às gestantes oportunidades de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo, das vantagens e manejo da amamentação.

Observação: A expressão das mamas (ou ordenha) durante a gestação está contraindicada. A amamentação é contraindicada para gestantes infectadas pelo HIV e pelo HTLV, pelo risco de transmissão do vírus da mãe para o bebê.

Manejo da Amamentação:

Posição: A amamentação pode acontecer nas posições sentada, deitada ou em pé. O posicionamento da criança deve ser orientado no sentido de garantir o alinhamento do corpo de forma a manter a barriga da criança junto ao corpo da mãe, facilitando a coordenação da respiração, sucção e deglutição.

Pega: A pega correta acontece quando o posicionamento permite que a criança abra a boca de forma a abocanhar quase toda, ou toda, a região mamilo areolar.

7 . EXAMES LABORATORIAIS – ROTINAS, INTERPRETAÇÕES E CONDUTAS

7.1 – Rotina laboratorial

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

7.2 – Interpretação dos resultados dos exames e conduta

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	<p>Solicite o teste de Coombs indireto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se negativo: repeti-lo no 2º trimestre e com 28 sem. Se continuar negativo, realizar imunoglobulina anti-D entre 28 -32 semanas. • Se positivo: referenciar a gestante ao pré-natal de alto risco.
Dosagem de hemoglobina (Hb)	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de sulfato ferroso 1 drágea de 200mg/dia (40mg de ferro elementar) a partir de 20 semanas, com suco cítrico – limão ou laranja. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.

	Hemoglobina entre 8 e 11mg/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses. B) Trate a anemia com 120-240mg ferro elementar ao dia (2 drágeas de 200mg de sulfato ferroso antes do almoço e 2 drágeas antes do jantar). C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias. • Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea/dia = 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; • Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina	<ul style="list-style-type: none"> • HbAA: sem doença falciforme; • HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. • HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. • HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; • HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<ul style="list-style-type: none"> • As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. • As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (pré-natal de alto risco).
Glicemia em jejum	< 92mg/dL	TTOG 75g entre 24 e 28 semanas
	> 92mg/dL e < 126mg/dL	Diabetes mellitus gestacional
	≥126mg/dL	Diabetes mellitus - solicitar Hb glicada
Teste de Tolerância Oral a Glicose (TTGO 75g)	Jejum < 92mg/dL e 1ª hora < 180mg/dL e 2ª hora < 153mg/dL	Teste negativo

	<p>Jejum \geq 92mg/dL a 125mg/dL e/ou 1 horas pós \geq180mg/dl e/ou 2h pós \geq 153mg/dl a 199mg/dl</p> <p>Jejum \geq 126mg/dL e/ou 2ª hora \geq 200 mg/dL</p>	<p>Diabetes mellitus gestacional</p> <p>Diabetes mellitus</p>
Teste rápido para sífilis (treponêmico, como triagem)	TR positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais • Iniciar primeira dose de penicilina benzatina na gestante e agendar retorno
	TR negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento. • Na medida da disponibilidade pode-se também realizar a sorologia para a sífilis no 2º trimestre.
Sorologia para sífilis com teste não-treponêmico (VDRL)	VDRL reagente, com titulação	<ul style="list-style-type: none"> • Peça confirmação com teste treponêmico na mesma amostra, idealmente. <p>1) Sífilis primária, secundária e latente recente (menos de 1 ano de evolução): penicilina benzatina, 2 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI (protocolo Estado de São Paulo).</p> <p>2) Sífilis terciária, indeterminada ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada): penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realize exame mensal de VDRL para controle de cura (queda do título \geq 2 diluições em 3 meses)
	VDRL negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento. • Na medida da disponibilidade pode-se também realizar a sorologia para a sífilis no 2º trimestre

Teste rápido (TR) diagnóstico para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	TR negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre. • Na medida da disponibilidade pode-se também realizar a sorologia para o HIV no 2º trimestre.
Sorologia para HIV	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita o exame no 3º trimestre. Na medida da disponibilidade pode-se também realizar a sorologia para o HIV no 2º trimestre.
Sorologia para hepatite B (HBsAg)	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência.
	Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante, caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.
Urina tipo I e urocultura	Proteinúria	1+ ou mais e hipertensão e/ou edema: referir a gestante ao pré-natal de alto risco. "Maciça": referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Bacteriúria ou leucocitúria, leucócito-esterase e/ou nitrito, em fita urinária (diagnóstico presuntivo e/ou diagnóstico padrão ouro Cultura positiva (> 10 ⁵ col/ml)	<p>Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma.</p> <p>Solicite o exame de urina tipo I e urocultura após o término do tratamento.</p> <p>Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>Na presença de febre e/ou sinal de Giordano (punho-percussão dolorosa), suspeitar de pielonefrite. Referir a gestante ao atendimento de urgência do hospital de referência.</p>

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

8 . QUEIXAS FREQUENTES

8.1 – Náuseas, vômitos e tonturas

- Explicar que esses são sintomas comuns no início da gestação.
- Adiar o horário de escovação dos dentes, evitando os primeiros instantes após levantar-se pela manhã.
 - Algumas mulheres podem obter alívio com: alimentação fracionada (seis refeições leves/dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes; evitar líquidos durante as refeições; ingerir alimentos sólidos antes de levantar-se pela manhã, como pão ou biscoitos tipo “água e sal”. Uso de camomila, gengibre, vitamina B6. Ingerir alimentos gelados. Acupuntura pode ser útil.
 - Se for necessário, prescrever antieméticos. Medicamentos: metoclopramida, dimenidrato, bromoprida, normoprida, fenotiazinas, clorpromazina, levomepromazina, associados ou não à vitamina B6;
 - Agendar consulta médica ou encaminhar para referência em caso de vômitos frequentes refratários, com perda de peso, tontura, sonolência e desmaio, por risco de distúrbios metabólicos e desidratação.

8.2 – Pirose (azia), eructação/ plenitude gástrica

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

8.3 – Sialorréia (salivação excessiva)

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

8.4 – 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 roupas que produzam calor demasiado e evitar ambientes quentes e pouco ventilados.
- Explicar à gestante para sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, para diminuir a sensação de fraqueza e de desmaio.
- Caso a gestante apresente episódios de desmaio deverá ser avaliada em consulta médica e encaminhada para serviço de saúde de referência.

8.5 – Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas.
- Nos casos de epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito, principalmente no 3º trimestre, encaminhar imediatamente para avaliação de pré-eclâmpsia nos serviços de emergência.
- Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal:
 - orientar alimentação rica em fibras, com o consumo de frutas laxativas e com bagaço, verduras, de preferência cruas (bem lavadas), e cereais integrais.
 - recomendar que aumente a ingestão de água e evite alimentos de alta fermentação como feijão, repolho, batata, milho, ovo e frituras;
 - recomendar caminhadas e movimentação;
 - solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário;
 - incentivar que a paciente aproveite o reflexo gastrocólico (desejo de evacuar após a refeição);
 - com a persistência do quadro, pode ser necessária a prescrição de formadores de bolo fecal como farelo de trigo (Observação: não se devem prescrever óleos minerais porque eles reduzem a absorção de vitaminas lipossolúveis).
 - Eventualmente, prescreva:
 - 1) Dimeticona (para flatulência);
 - 2) Supositório de glicerina (para a obstipação);
 - 3) Hioscina, 1 cápsula, via oral, até 2 vezes ao dia (para as cólicas).

8.6 – Doença hemorroidária

Recomendar à gestante:

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

8.7 – Corrimento vaginal

- Explicar que aumento de fluxo vaginal é comum na gestação e não prescrever cremes vaginais se não há diagnóstico de infecção vaginal.
- O diagnóstico pode ser clínico e os achados mais comuns são:
 - Prurido vulvar e presença de conteúdo vaginal com placas esbranquiçadas e aderidas à parede vaginal – candidíase. Nestes casos, o pH vaginal será menor que 4,5 e o teste das aminas (Whiff), se realizado, deve ser negativo. Tratar, preferencialmente, com antifúngico tópico por sete dias (derivados imidazólicos: miconazol, terconazol, clotrimazol) em qualquer idade gestacional. Não usar tratamento sistêmico;
 - Secreção vaginal abundante, cinza-esverdeada, com odor fétido – vaginose bacteriana e/ou tricomoníase. Para avaliação durante a consulta, utilizar critérios clínicos de Amsel (três sinais dos seguintes: corrimento branco-cinzentado, pH > 4,7, teste das aminas ou KOH positivo e presença de clue cells). Tratar com metronidazol sistêmico (metronidazol 250 mg, via oral, de 8/8 horas por 07 dias).
- Particularmente nas recidivas, realizar ou solicitar bacterioscopia do conteúdo vaginal a fresco e corada pelo método de Gram. Os seguintes achados sugerem os diagnósticos:
 - clue-cells (células-alvo) e flora vaginal com escassez ou ausência de bacilos de Doderlein: vaginose bacteriana;
 - microorganismos flagelados móveis: tricomoníase; Tratar também o parceiro sexual da gestante;
 - hifas ou esporos de leveduras: candidíase.
- Em outros casos, ver condutas no Manual de Tratamento e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis/IST-Aids/MS.

8.8 – Queixas urinárias

- Explicar que, geralmente, o aumento da frequência de micções é comum no início e no fim da gestação.
- Orientar para que mantenha a ingestão de líquido, mesmo com maior frequência miccional.
- Em caso de hematúria (sangue na urina) ou disúria (dor ao urinar), realizar fita urinária; na presença de nitrito e leucocitúria e/ou bacteriúria, solicitar urocultura com antibiograma e iniciar tratamento empírico.
- Solicitar exame de urocultura e antibiograma, revendo ou orientando a terapia segundo o resultado.
- Explicar que a incontinência urinária, mesmo na ausência de prolapsos, pode

estar associada à gravidez. Indica-se, de forma profilática ou terapêutica, a realização de exercícios perineais na gravidez.

8.9 – Falta de ar e dificuldade para respirar

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

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

8.10 – Mastalgia (dor na mamas)/descarga papilar

- Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação.
- Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar qualquer alteração.
- Orientar para o preparo das mamas para a amamentação.
- O colostro, principalmente nas fases tardias da gravidez, pode ser eliminado. A presença de sangue exige realização de citologia oncológica em esfregaço da descarga papilar, fixado com álcool 70%.

8.11 – Dor lombar (dores nas costas)

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

8.12 – Cefaléia (dor de cabeça)

- Avaliar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia.
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.

- Se não houver hipertensão, prescrever analgésico por tempo limitado.
- Referir à consulta médica, se o sintoma persistir.

8.13 – Sangramento gengival

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

8.14 – Varizes

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

8.15 – Câimbras

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

8.16 – Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)

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

8.17 – Estrias

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

8.18 – Palpitação

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

8.19 – Edema

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

8.20 – Epistaxe/obstrução nasal

- A frequência, a intensidade e a história prévia devem alertar para necessidade de avaliação por parte de especialistas, para pesquisas de causas não relacionadas às modificações gravídicas.
- Estar atento para possibilidade de crises hipertensivas nos casos de epistaxe.
- Obstrução nasal pode causar prejuízo ao sono e desconforto, por vezes limitantes. Pode-se indicar lavagem nasal com soro fisiológico. Não utilizar descongestionante nasal com vasoconstritor.

8.21 – Parestesias

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

8.22 – Insônia / Hipersônia

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

9 . INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS MAIS FREQUENTES

9.1 – Hiperêmese

A náusea acompanhada ou não de vômitos ocorre na maioria das gestantes, com início entre 5-6 semanas de gravidez e pico entre 9-12 semanas, melhorando por volta de 16 semanas. A hiperêmese gravídica caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação, ocasionando desde a desidratação e oligúria à perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro – hipocloremia, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos), além de hiperbilirrubinemia. Nos casos graves, pode cursar com insuficiência hepática e renal, além de distúrbios neurológicos (Síndrome de Wernicke-Korsakoff). Apoio psicológico, ações educativas 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. A internação faz-se necessária quando o tratamento inicialmente instituído com hidratação e antieméticos não teve a resposta esperada ou quando a gestante já apresentar desequilíbrio hidroeletrólítico e/ou ácido-básico. A internação hospitalar também está recomendada quando o tratamento ambulatorial ou na unidade básica de saúde não conseguiu controlar a situação.

Antieméticos orais:

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

Antieméticos injetáveis:

- Metoclopramida – 10 mg (uma ampola = 10 ml) de 8/8 horas.
- Dimenidrato – 50 mg (uma ampola = 1 ml) de 6/6 horas.
- Ondansetrona*- 4mg (uma ampola = 2ml) de 8/8 horas ou 8mg (1 ampola = 4ml) de 12/12 horas.

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

9.2 – Síndromes hemorrágicas

Na avaliação do caso, o exame ginecológico deve ser realizado, particularmente o especular, para o diagnóstico diferencial de outras possíveis causas de

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

hemorragia e como forma de se evitar o toque vaginal que pode ser prejudicial no caso de placenta prévia. Nos casos em que houver eliminação de restos ovulares, providenciar exame anatomopatológico. Nas mulheres identificadas como Rh negativo, valorizar a necessidade de imunoprofilaxia Rh quando o parceiro for Rh positivo ou desconhecido. As situações hemorrágicas mais importantes durante a gravidez são:

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

9.2.1 – Abortamento

É a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500 g. O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e 22ª semanas. O exame ultrassonográfico é definitivo para o diagnóstico diferencial entre ameaça de abortamento (presença de saco embrionário regular, embrião com atividade cardíaca, presença ou ausência de hematoma subcoriônico), aborto incompleto (presença de restos ovulares descritos por eco endometrial irregular com espessura > 15 mm), aborto retido (presença de embrião com CCN \geq 7 mm sem atividade cardíaca a ultrassonografia transvaginal) gestação anembrionada (ausência de embrião à ultrassonografia transvaginal com diâmetro interno médio do saco gestacional \geq 25 mm) ou aborto completo (endométrio linear ou espessura endometrial \leq 15mm).

9.2.2 – Ameaça de aborto

Presença de sangramento vaginal discreto ou moderado, sem que ocorra modificação cervical, geralmente com sintomatologia discreta ou ausente (dor do tipo cólica ou peso na região do hipogástrio). Ao toque vaginal, o colo uterino apresenta-se fechado e bem formado, o corpo uterino compatível com a idade gestacional e os anexos e fundos de saco normais e livres. Em casos de dúvida, solicitar ultrassonografia.

A conduta resume-se a esclarecimento, apoio e, eventualmente, a prescrição de antiespasmódicos. O repouso diminui a ansiedade, favorecendo o relaxamento e reduzindo os estímulos contráteis do útero. Preferencialmente, deve ser domiciliar. A administração, por tempo limitado, de antiespasmódicos (hioscina, um comprimido, oral, de 8 em 8 horas) tem sido utilizada. O uso de tocolíticos não está indicado. A progesterona só deve ser utilizada em casos diagnosticados como insuficiência do corpo lúteo. Tranquilizantes e/ou sedativos, em doses pequenas, podem ser administrados.

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

9.2.3 – Gravidez ectópica

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

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

9.2.4 – Mola hidatiforme

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

9.2.5 – Placenta prévia

Corresponde a um processo patológico da segunda metade da gravidez, em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero e aí permanece. Alguns fatores de risco incluem placenta prévia em gestação anterior, multiparidade, gestação múltipla, tabagismo, antecedente de cesárea e outras manipulações cirúrgicas uterinas, endometrites anteriores, fertilização in vitro e idade materna avançada. Clinicamente, a gestante relata sangramento vaginal indolor, súbito, de cor

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

O diagnóstico de certeza é dado pelo exame ultrassonográfico. O profissional de saúde deve referenciar a gestante para continuar o pré-natal em centro de referência para gestação de alto risco. Ao exame ultrassonográfico deve-se incluir a avaliação de acretismo placentário na placenta prévia, assim como nas gestantes com antecedente de cesáreas. Na suspeita de placenta prévia e/ou acretismo, a gestante deverá ser encaminhada ao hospital de referência, onde possa ser realizado o parto cesárea com segurança de procedimentos de emergência como histerectomia e transfusão sanguínea..

9.2.6 – Descolamento prematuro da placenta

O diagnóstico é, preferencialmente, clínico, feito pelo aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável, perda sanguínea de cor vermelha escura e às vezes em quantidade pequena, que pode ser incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque. Em um quinto dos casos, o sangramento pode ser oculto. Ao exame obstétrico, o útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes. Há comprometimento variável das condições gerais maternas, até choque e distúrbios da coagulação sanguínea. Deve-se providenciar a máxima agilidade, pois a gravidade é diretamente proporcional ao tempo de ocorrência da complicação. Deve ser feito contato prévio com o serviço referenciado, com envio de relatório de encaminhamento detalhado e transferência com uma equipe de transporte experiente que inclua o médico.

O principal fator de risco é o antecedente de descolamento prematuro de placenta em gestação anterior, seguido por hipertensão arterial. Outros fatores de risco importantes são o tabagismo, o esvaziamento rápido do polidrâmnio, idade materna avançada, multiparidade, uso de cocaína e o trauma abdominal. A equipe da UBS deve providenciar medidas de suporte de vida:

- Manter as vias aéreas pérvias.
- Administrar oxigênio sob catéter 03 a 05 litros/minuto ou máscara 07 a 10 litros/minuto.

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

9.3 – Anemia

Conceitua-se anemia quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11 g/dL. A anemia ferropriva deve ser tratada de acordo com esquema terapêutico descrito no capítulo 7, item 7.5. As anemias carenciais são muito frequentes em nosso meio, principalmente a ferropriva e a megaloblástica. Além delas, as hemoglobinopatias como a anemia falciforme e a talassemia são relativamente comuns. Anemias graves (Hb <8mg/dL), sem diagnóstico etiológico, devem ser encaminhadas para a referência com o objetivo de ampliar a investigação etiológica da anemia. A correção dos níveis hematimétricos é importante inclusive como profilaxia da morbiletalidade pós-parto. A anemia falciforme é potencialmente grave na gestação e pode cursar com piora das crises dolorosas, piora do quadro de anemia, abortamento, restrição do crescimento fetal, trabalho de parto prematuro e pré-eclâmpsia, além de complicações respiratórias e digestivas.

9.4 – Hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é a forma mais grave, sendo a eclâmpsia a complicação que leva a maior mortalidade. A gestante hipertensa deve ser apoiada e estimulada para adesão ao tratamento e consequente controle da hipertensão, especialmente pela gravidade do impacto na mortalidade e morbidade materna e fetal. É importante, ao atender uma paciente com instalação precoce de pré-eclâmpsia, considerar a possibilidade de associação com trombofilias. Estas devem ser pesquisadas, ou na oportunidade de aconselhamento pré-concepcional ou na consulta de puerpério (considerar a pesquisa da Síndrome anticorpo antifosfolípido, deficiência de proteína S e C, resistência à proteína C ativada (fator V de Leiden), mutação da protrombina, hiper-hemocisteinemia ou outras doenças tromboembólicas), idealmente na consulta de puerpério.

9.4.1 – Definição de hipertensão na gravidez

A hipertensão na gravidez é definida pelos valores de pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, aferidos em duas ocasiões com intervalo de 4 horas. Hipertensão arterial grave é definida pelo valor de PAS ≥ 160 mmHg e PAD ≥ 110 mmHg, aferida em intervalo curto ou em uma única ocasião.

9.4.2 – Classificação da hipertensão na gravidez

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

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

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

- Presença de sintomas visuais e/ou cerebrais.

- Plaquetopenia (contagem de plaquetas $<100.000/\text{ml}^3$),

- Concentração de creatinina sérica $>1,2 \text{ mg/dL}$,

- Disfunção hepática (aumento da concentração sérica das transaminases hepáticas com valores duas vezes acima da concentração normal ou de referência),

- Ocorrência de edema pulmonar

- Pré-eclâmpsia sobreposta ou superajuntada à HAC é considerada diante do agravamento da hipertensão e/ou o aparecimento de proteinúria. O primeiro critério é definido pelo súbito aumento da PA ou pela necessidade de aumentar a dose de anti-hipertensivo ou pela necessidade de usar três ou mais classes de drogas anti-hipertensivas, mas a proteinúria é necessária para o diagnóstico; seu rastreamento é feito pelo método da fita urinária (dipstick) – capítulo 6, item 6.4.

- Eclâmpsia é a manifestação de convulsão tônicoclônica generalizada, sem causa definida, no cenário de pré-eclâmpsia. Pode ou não apresentar sinais premonitórios ou iminência de eclâmpsia.

9.4.3 – Acompanhamento Pré-Natal

O prognóstico é particularmente definido pela qualidade da atenção pré-natal, que se inicia com a identificação dos fatores de risco maternos e proposição de medidas de prevenção primária (uso de AAS e Cálcio se ne-

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

9.4.4 – Fatores de risco

A avaliação de fatores de risco auxilia no desenvolvimento de um plano de cuidado que inclui o aumento da frequência de consultas de pré-natal, avaliação laboratorial, orientação para mudanças no estilo de vida, medidas preventivas e sobre os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia. Em relação as características das mulheres e a história clínica como fatores de risco para pré-eclâmpsia encontram-se: o antecedente de pré-eclâmpsia, a síndrome do anticorpo antifosfolípide, o diabetes clínico, a gestação múltipla, a nuliparidade, a história familiar de pré-eclâmpsia, PAD ≥ 80 mmHg no 2º trimestre, o sobrepeso e a obesidade avaliados pelo IMC Kg/m², a idade materna ≥ 35 anos para múltíparas, o intervalo interpartal ≥ 10 anos, a doença autoimune (como lúpus eritematoso sistêmico), a doença renal crônica e a hipertensão arterial crônica. Dentre os fatores de risco supracitados alguns são classificados como de alto risco:

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

Orientações e prescrição para a prevenção de pré-eclâmpsia se fatores de risco:

- para a redução de risco: AAS em baixas doses (100mg/dia a partir das 12 semanas até as 34-36 semanas) – **ver capítulo 5, item 5.1**
- se no recordatório alimentar realizado na consulta pré-natal for identificado uma baixa ingesta de cálcio, deve receber suplementação de cálcio (carbonato de cálcio 1,5g/dia a partir do primeiro trimestre e até o parto) – **ver capítulo 5, item 5.1**
- a redução de ingestão de sal deve ser preconizada apenas para ges-

tantes nefropatas.

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

9.4.5 – Diagnóstico precoce

Mulheres com fatores de risco devem ser acompanhadas com atenção para:

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

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

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

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

- Os retornos devem ser antecipados segundo achados na consulta.

- Sintomas clínicos de manifestação grave da doença (cefaleia, escotomas, embaçamento visual, epigastralgia, dor no abdome superior direito, náuseas, convulsão, ganho súbito de peso e edema), com orientação para a gestante e familiares na identificação dos mesmos.

- Na presença de pré-eclâmpsia encaminhar a paciente para a referência de alto risco. Se sintomas, a internação de urgência é necessária.

9.4.6 – Crise hipertensiva

A crise hipertensiva requer pronta avaliação e apropriado manejo pelo risco de evolução para emergência hipertensiva, com possível lesão de órgão alvo (insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e descolamento prematuro de placenta). A presença ou ausência de sintomas e os níveis da pressão diastólica definirão a urgência na redução da pressão arterial. Nas emergências hipertensivas (hipertensão grave com presença de sintomatologia clínica), recomenda-se a utilização de sulfato de magnésio, dose de ataque e controle da pressão arterial grave em até duas horas.

O plano de ação inicial deve conter avaliação global da paciente, sugerindo-se seguir a conduta “ABC” (*airway / breathing / circulation*) e venoclise em veia calibrosa, antes da transferência da paciente. Atentar para a condição respiratória da paciente, administrando oxigênio se necessário. Após a abordagem preliminar de urgência na UBS, a gestante deve ser encaminhada para unidade hospitalar. A urgência hipertensiva (hipertensão sem sintomatologia clínica) pode ser tratada em referência hospitalar por

via oral, aceitando-se o controle da pressão arterial em até 24h, se o quadro não se agravar. As opções para tratamento para a hipertensão arterial grave incluem:

- Hidralazina parenteral: relaxante direto da musculatura arterial lisa. Dilui-se o conteúdo de 1 ampola (20 mg) em 9 ml de solução salina ou água destilada, administrando-se a dose inicial de 5 mg ou 2,5 ml da solução por via intravenosa (IV), seguida por período de 20 minutos de observação. Se não for obtido controle da pressão arterial (queda de 20% dos níveis iniciais ou PAS entre 140 e 150 mmHg e PAD entre 90 e 100 mmHg), administrar de 5 mg a 10 mg (2,5 ml a 5,0 ml da solução) em intervalos de 20 minutos, até dose cumulativa máxima de 20 mg. A ausência de resposta configura hipertensão refratária. O efeito hipotensor inicia-se em 15 ou 20 minutos, com duração entre duas e seis horas. Apresenta como efeitos colaterais rubor facial, cefaléia e taquicardia.

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

- Nifedipina por via oral: bloqueadora de canal de cálcio. Administração, por via oral, nunca sublingual, na dose de 10 mg a cada 30 minutos até completar um máximo de 30 mg. Efeitos colaterais: taquicardia, cefaléia e rubor facial. Pode ser associada a sulfato de magnésio, o que era contra-indicado.

- Furosemida parenteral: Somente tem indicação em casos de insuficiência renal aguda comprovada ou em edema agudo de pulmão.

Orientações:

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

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

9.4.7 – Eclâmpsia

A eclâmpsia é uma emergência obstétrica e clínica, tendo como manifestação inicial a convulsão e/ou coma. Na ocorrência de convulsões e/ou coma da paciente com pré-eclâmpsia, a gestante ou puérpera deve receber imediatamente o primeiro tratamento para estabilização do quadro (incluindo o sulfato de magnésio – dose de ataque ao menos) e ser removida emergencialmente para o hospital de referência terciária, particularmente se a idade gestacional for pré-termo, após contato prévio. Mais importante do que interromper uma convulsão iniciada, auto-limitada, é a prevenção de nova crise durante a fase aguda. A convulsão pode ser precedida por sinais

e sintomas de eclâmpsia iminente:

- cefaleia persistente, occipital / frontal / difusa, tipo pulsátil, em pressão, latejante e/ou em agulhada e resistente a analgésico (66%)
- distúrbios visuais – escotomas, borramento visual, diplopia, fotofobia, cegueira cortical (27%)
- dor em quadrante superior direito – (25%)
- hipertensão grave (32%), leve/moderada (20%), normotensa (25%)
- hiperreflexia – clônus

Plano de ação:

• **Medidas gerais:** adotadas para a minimizar riscos de outras complicações, sendo realizadas simultaneamente as demais providências. É importante seguir a seguinte ordem:

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

• **Medicação anticonvulsivante:**

Sulfato de magnésio:

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

No uso continuado do sulfato de magnésio, devem ser observadas as medidas de controle clínico de hora em hora, de maneira sistemática por profissional habilitado, que tem por finalidade permitir o diagnóstico precoce de eventuais sinais de hipermagnesemia. Nestes casos, indica-se monitorização clínica de volume de diurese/hora (>25ml/h), reflexo patelar (deve estar presente) e frequência respiratória (FR) (>16rpm).

Esquemas de uso do sulfato de magnésio

Esquema de Pritchard – misto endovenoso e intramuscular

→ Dose de ataque: (indicada para transferência da gestante)

- Sulfato de magnésio 4g (quatro ampolas a 10%), EV, lentamen-

te, em 20 minutos.

- Sulfato de magnésio 10 g de (duas ampolas a 50%) divididas em duas aplicações, IM, uma ampola (5 g) em cada glúteo, profundamente. Pode associar 2ml de lidocaína a 2%.

→ Dose de manutenção:

- 5g de sulfato de magnésio ou 1 ampola a 50% IM profundo na região glútea a cada 4 horas, pode ser acrescida de 2ml de lidocaína a 2%.
- Manter por 24 horas após a última crise ou parto.
- Realizar controle clínico de diurese por sondagem vesical de demora (>25ml/h), reflexo patelar (presentes ou ausentes), PA, FR (> 14 irpm) a cada uma hora, imediatamente antes da próxima dose de sulfato de magnésio, que deverá ser suspensa se controle clínico inadequado, até que os critérios sejam reestabelecidos.

Esquema de Zuspan – totalmente endovenoso (EV)

→ Dose de ataque:

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

→ Dose de manutenção:

- 10 ampolas a 10% em 400 mL de s. glicosada a 5% 1 -2g/h (50 a 100ml/h) por até 24 horas após a última crise ou parto, preferencialmente em bomba de infusão
- Realizar controle clínico de diurese por sondagem vesical de demora (>25ml/h), reflexo patelar (presente), PA, FR (> 16rpm)

Atenção:

- Para evitar uso de doses inadequadas, deve-se estar atento para diferentes concentrações nos produtos comerciais: $MgSO_4 \cdot 7H_2O$ a 50%: uma amp = 10 ml = 5 g ou $MgSO_4 \cdot 7H_2O$ a 10%: uma amp = 10 ml = 1 g.

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

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

- Fenitoína: eficaz para controle e prevenção de convulsões epiléticas.
 - esquema terapêutico: dose de ataque – 500 mg diluídos em 200 ml de solução salina para aplicação intravenosa durante 20 minutos;
 - efeito colateral: arritmia cardíaca se a infusão for rápida.

Tratamento da hipertensão arterial grave:

- Imediatamente após a realização da dose de ataque de sulfato de magnésio, deve-se medir a pressão arterial. Na presença de HA grave (PAS \geq 160 mmHg e PAD $>$ 110mmHg), deve-se proceder o controle com descrito anteriormente para hipertensão grave (**item 9.4.6**).

Manejo clínico fetal:

- Imediatamente após o manejo materno, deve-se avaliar a vitalidade fetal. Pode ocorrer bradicardia fetal durante ou imediatamente após convulsão e, portanto, deve-se repetir a avaliação da frequência cardíaca fetal após estabilização materna.

- A presença de sangramento pode sugerir descolamento prematuro de placenta.

Transferência e transporte da mulher com eclâmpsia

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

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

9.4.8 – Hipertensão arterial crônica (HAC)

Mulheres com HAC devem receber medidas de prevenção para redução do risco de pré-eclâmpsia. Os desfechos. Considera-se:

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

→ HAC Grave – PAS \geq 160mmHg E PAD > 110mmHg.

Mulheres com hipertensão arterial crônica leve têm baixo risco de complicações durante a gestação e são candidatas a receber medidas preventivas (AAS e carbonato de cálcio, como descrito anteriormente) e a modificarem o seu estilo de vida (recomendar atividade física e controle do ganho de peso durante a gestação, preferencialmente sob orientação de nutricionista). Aquelas com hipertensão moderada persistente podem se beneficiar do uso de medicação anti-hipertensiva. As gestantes com HAC grave (PA \geq 160/110mmHg) devem ser medicadas com anti-hipertensivos parenterais (como apresentada para crise hipertensiva) com a finalidade de reduzir os riscos de complicações cardiovasculares e do sistema nervoso central e devem ser imediatamente transferidas para o serviço de referência.

Os cuidados para a paciente portadora de HAC devem incluir a avaliação clínica e considerar exames complementares para avaliação dos danos sistêmicos, classicamente: sistema nervoso central, cardiovascular, renal, vasculatura periférica e perfusão placentária. É importante valorizar também a concomitância com casos de hipertensão arterial crônica secundária, que deve ser suspeitada quando o acometimento ocorre em pacientes jovens e principalmente se a hipertensão arterial for resistente à terapia padrão, houver anormalidades da função renal ou endócrina, ou condições sugestivas de doença do colágeno.

Avaliação de vitalidade fetal:

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

Tratamento anti-hipertensivo:

Para o tratamento medicamentoso, preconiza-se no Brasil o uso da alfametildopa, nas doses de 750mg a 2,0g / dia. Os bloqueadores de canal cálcio (nifedipina retard, intervalo de 8, 12 ou 24 horas) podem ser utilizados em associação a alfametildopa, particularmente quando se atinge a dose máxima da primeira (dose total de 20 a 80mg/dia). Existe uma tendência na literatura internacional para o uso do labetalol, não disponível no Brasil. A hidralazina, por via oral, tem baixa efetividade na hipertensão arterial crônica.

Os inibidores da enzima de conversão de angiotensina (ECA), os bloque-

adores dos receptores de angiotensina e os antagonistas de mineralocorticoide devem ser descontinuados e estão proscritos durante a gestação. Diuréticos não devem ser utilizados em gestantes hipertensas com pré-eclâmpsia porque estas têm hemoconcentração. A furosemida tem indicação em quadros graves necessitando de redução rápida e acentuada do volume plasmático, como no edema agudo de pulmão.

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

9.4.9 – Hipertensão arterial durante a lactação e prognóstico

Mulheres que tiveram pré-eclâmpsia têm maior tendência para desenvolver hipertensão arterial do que as que tiveram gestação como normotensas. A hipertensão ocorre em larga proporção (20% a 50%) nas gestações subsequentes. Os fatores de risco para hipertensão no puerpério são:

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

As drogas anti-hipertensivas estudadas são excretadas pelo leite humano. No entanto, nenhum efeito adverso de curto prazo foi descrito quanto à exposição a metildopa, hidralazina, propranolol e labetalol. Os inibidores de enzima conversora da angiotensina podem ser utilizados no puerpério (captopril 25 a 150mg/dia, por via oral). Diuréticos podem reduzir o volume de leite ou até suprimir a lactação.

9.5 – Hiperglicemia na gestação

O ambiente hormonal da gravidez é considerado diabetogênico, propiciando o aparecimento de hiperglicemia, incluindo casos de Diabetes Mellitus (DM), condição que persistirá após o parto e casos de diabetes mellitus gestacional (DMG) que usualmente regredem após o parto.

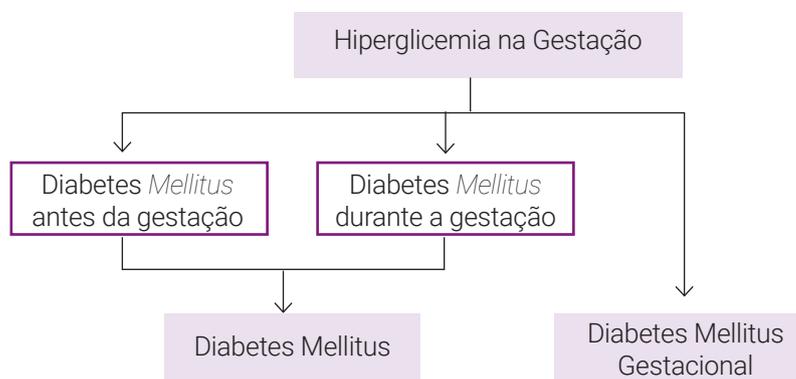


Figura 9.1 – Tipo de estados hiperglicemiantes na gestação

As complicações da associação entre hiperglicemia e gestação (diabetes mellitus (DM) ou diabetes mellitus gestacional (DMG)) podem incidir no período perinatal, mas também na infância e na vida adulta, com maior risco de obesidade infantil, desenvolvimento de diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares futuras. Para a mulher, a principal risco é o desenvolvimento de diabetes do tipo 2 no futuro. Os efeitos adversos para a mãe e para o conceito podem ser prevenidos ou atenuados com diagnóstico e o tratamento adequado que inclui orientação alimentar e atividade física e, quando necessário, uso específico de insulina.

9.5.1 – Classificação etiológica do diabetes

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

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

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

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

9.5.2 – Principais fatores de risco para a hiperglicemia na gestação

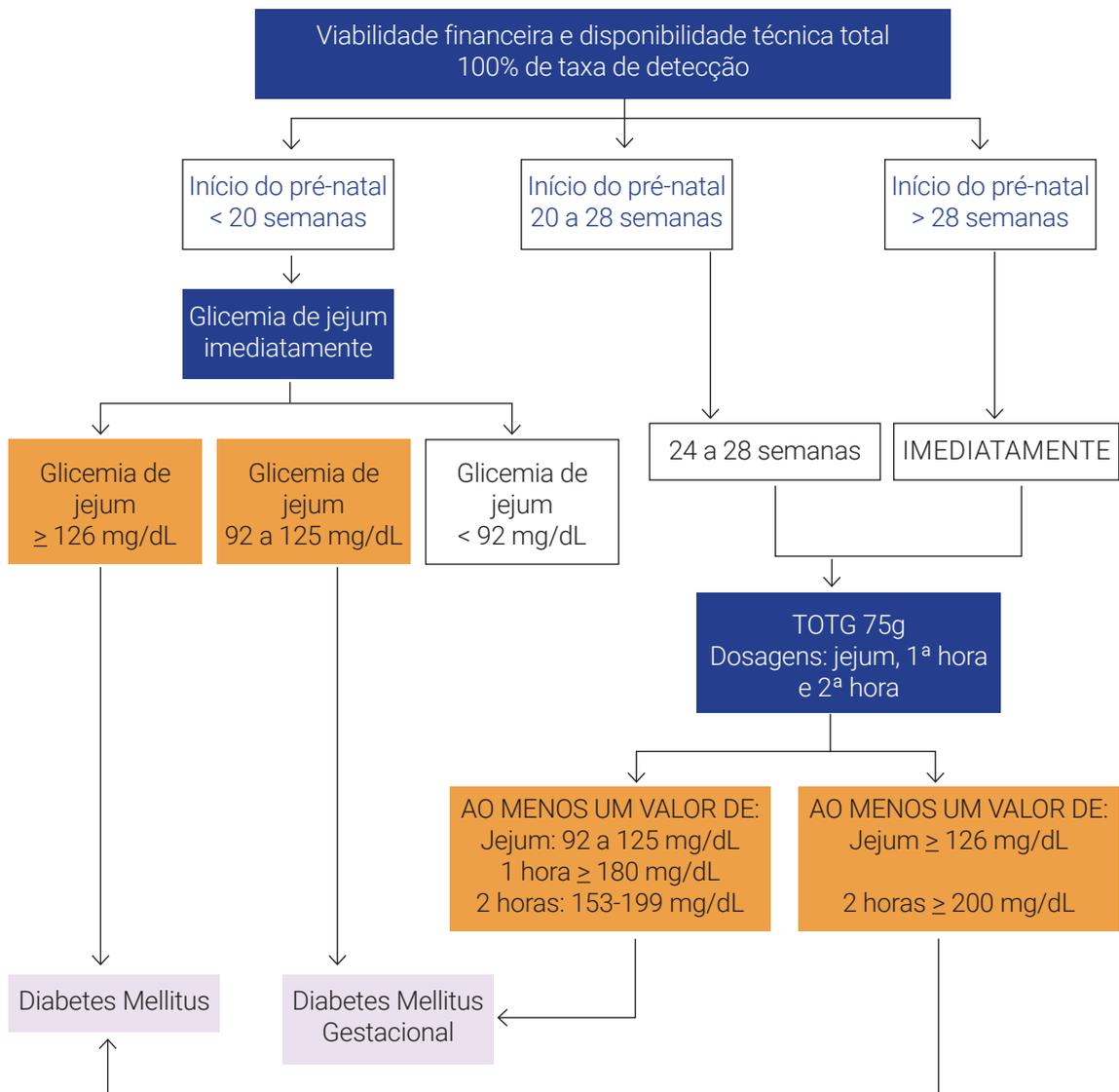
Alguns fatores de risco se relacionam a maior prevalência de hiperglicemia na gestação:

- Idade (aumento progressivo do risco com o aumentar da idade)
- Sobrepeso/obesidade (IMC \geq 25Kg/m²)
- Antecedentes familiares de DM (primeiro grau)
- Antecedentes pessoais de alterações metabólicas:
 - HbA1c \geq 5,7% (método HPLC)
 - Síndrome dos ovários policísticos
 - Hipertrigliceridemia
 - Hipertensão arterial sistêmica
 - Acantose nigricans
 - Doença cardiovascular aterosclerótica
 - Uso de medicamentos hiperglicemiantes
- Antecedentes Obstétricos:
 - Duas ou mais perdas gestacionais prévias
 - Diabetes Mellitus gestacional
 - Polidrâmnio
 - Macrosomia (recém-nascido anterior com peso \geq 4000g)
 - Óbito fetal/neonatal sem causa determinada

9.5.3 – Diagnóstico de diabetes durante a gestação: DM e DMG

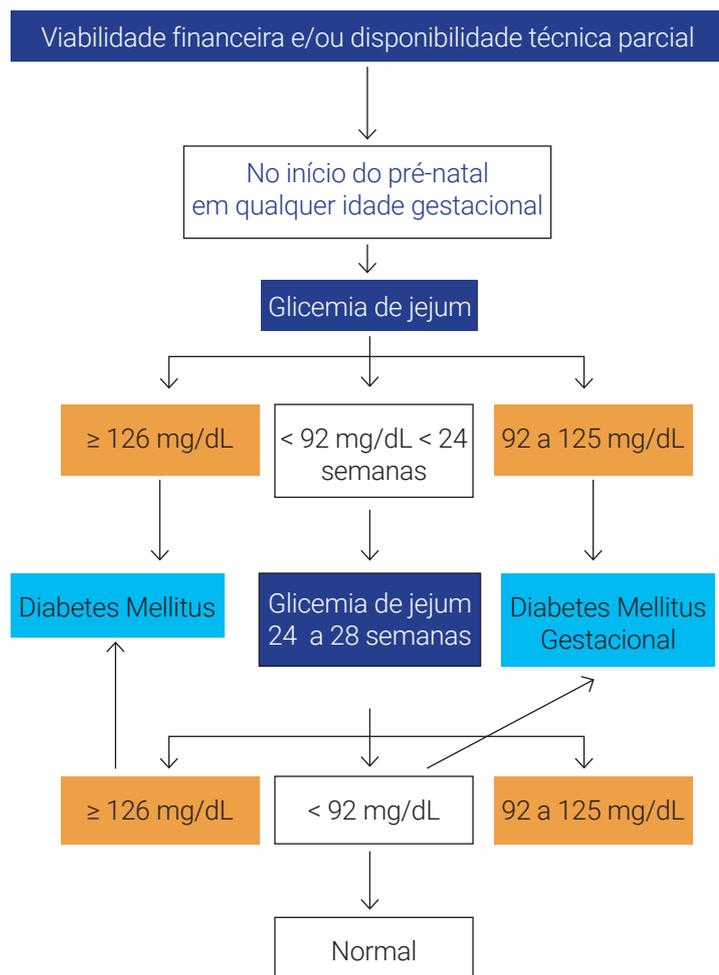
Para realizar 100% de diagnóstico, todas as mulheres devem realizar a glicemia de jejum (até 20 semanas de idade gestacional) para diagnóstico na gestação. Gestantes com glicemia de jejum inferior a 92 mg/dL devem realizar o TOTG com 75g de glicose de 24 a 28 semanas. Se o início do pré-natal for tardio (após 20 semanas), deve-se realizar o TOTG com a maior brevidade possível.

Figura 9.2 – Protocolo de triagem ideal para diabetes na gestação



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

Figura 9.3 – Triagem para gestantes pós cirurgia bariátrica ou sem acesso a TTGO



9.5.4 – Consequências na gravidez

As consequências em longo prazo do DM (tipo 1 e tipo 2) decorrem de alterações micro e macrovasculares que levam à disfunção, dano ou falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Em pacientes com diabetes tipo 1, a HAC geralmente é decorrente de nefropatia prévia. Em diabéticas tipo 2, a hipertensão associada integra, com obesidade e hiperlipidemia, a síndrome plurimetabólica. Para pacientes portadoras de DM (tipo 1 ou tipo 2), a retinopatia diabética pode ser agravada pela gestação e a nefropatia é uma das principais causas de insuficiência renal crônica. A cetocidose diabética, embora pouco frequente, constitui causa de morte materna. O aconselhamento pré-concepcional (capítulo 3) tem um papel marcante na prevenção de complicações, especialmente na redução do risco de malformações fetais, pois, nesse momento, orienta-se a mulher, priorizando-se que engravide quando for alcançado um controle metabólico satisfatório.

As gestantes com DM ou DMG apresentarão maior prevalência de pré-eclâmpsia, maior ganho ponderal, infecções do trato urinário, vulvovaginites, infecção puerperal e óbito. A associação frequente entre DM do tipo 2 e DMG e obesidade deve alertar a equipe para valorizar a avaliação do estado nutricional (**ver Capítulo 6, item 6.2**). Para o feto e recém-nascidos, os problemas descritos incluem:

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

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

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

- Complicações neonatais como hipoglicemia, policitemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia;
- Prematuridade espontânea, relacionada com o mau controle glicêmico, com maior incidência de polidrâmnio, macrossomia e infecções, principalmente do trato urinário e prematuridade eletiva, relacionada à resolução precoce da gestação;
- Síndrome do desconforto respiratório, mais frequente em recém-nascido de gestantes com controle irregular de sua glicemia;
- Mortalidade perinatal.

9.5.5 – Conduta inicial no diabetes durante a gestação

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

- Creatinina sérica e clearance de creatinina.
 - Proteinúria de 24 horas ou microalbuminúria.
 - TSH.
 - Hemoglobina glicada inicial para avaliar risco de malformação fetal.
- } Para DM1 e DM2

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

As gestantes com diagnóstico de diabetes devem ser sempre acompanhadas conjuntamente pela equipe da atenção básica e pela equipe do pré-natal de alto risco. É fundamental manter controle metabólico adequado, o que pode ser obtido com terapia nutricional (princípios básicos de uma alimentação saudável, com controle de 25 a 30 cal/kg de peso, em 5 refeições diárias), realização de atividade física regular aeróbica moderada e de baixo impacto (caminhadas de 30 minutos, pelo menos 3 vezes por semana), associados ou não à insulino-terapia. Essas orientações iniciais podem ser dadas já pelo profissional de saúde da unidade básica, enquanto se providencia a transferência da gestante para uma unidade de alto risco.

Pode ter gestação normal e ter fetos saudáveis, desde que sejam tomadas as seguintes precauções:

- Para pacientes que já se sabem diabéticas: Planeje a gravidez e atinja controle glicêmico previamente (hemoglobina glicada < 6 mg%) – importância da 7ª e 8ª semanas da concepção (fase embrionária), quando ocorre a organogênese.
 - Controle rigorosamente o nível de glicose no sangue antes da gestação;
 - Detecte precocemente os fatores de risco, evitando suas complicações;
 - Adote hábitos de vida saudáveis (alimentação balanceada e controlada, atividades físicas regulares);
 - Mantenha controle rigoroso da glicemia utilizando tiras reagentes e medidor eletrônico de bolso, a ser fornecido pela UBS.
 - Consulte regularmente o médico para adequar a dosagem de insulina, variável durante o período gestacional (menor quantidade no início, com tendência ao aumento no decorrer da gestação).

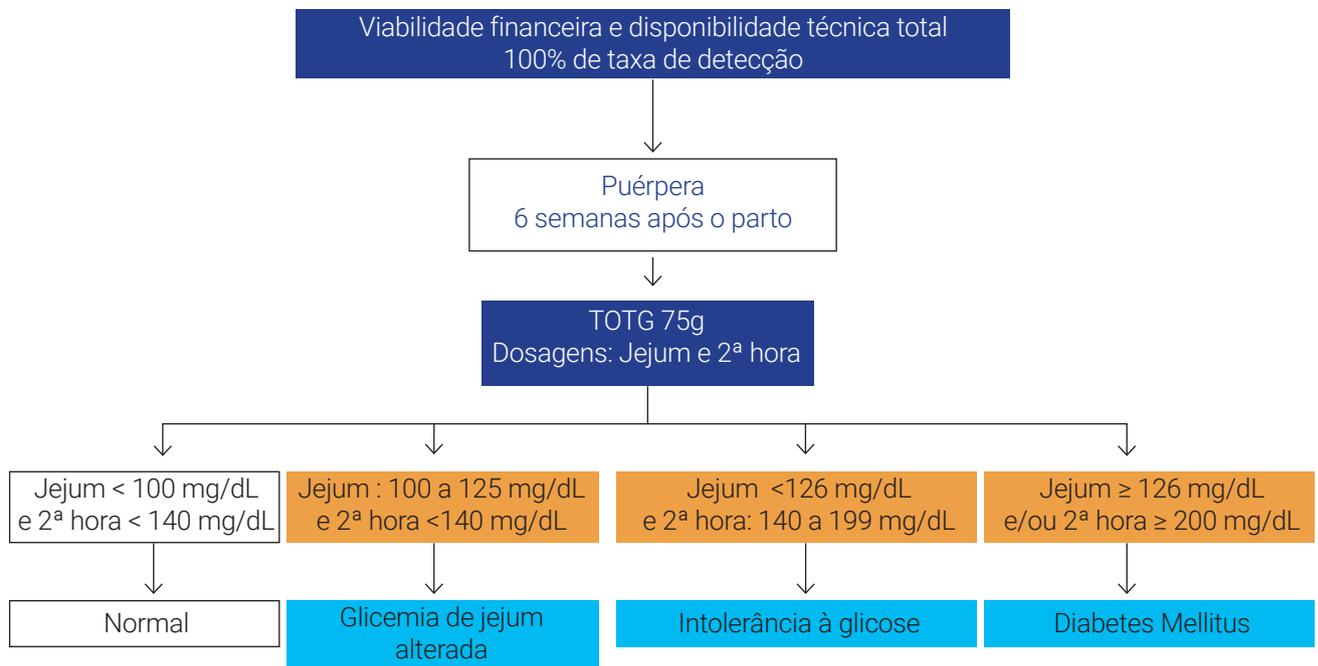
Os hipoglicemiantes orais não estão liberados pela ANVISA para uso na gestação, embora estudos mais recentes não confirmem maior risco de malformações congênitas com seu uso na gravidez. A insulina permanece como terapia de primeira linha no controle do diabetes se o controle nutricional e a atividade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

9.5.6 – Orientação puerperal

No puerpério, especialmente se a mulher estiver amamentando, há redução significativa das necessidades de insulina. Pacientes diabéticas do tipo 1 devem ter a dose de insulina reduzida para os valores prévios a gestação ou para 50% da dose ao final da gestação e orientadas quando ao risco de hipoglicemia durante a amamentação. Pacientes com diabetes do tipo 2 podem retornar ao uso de hipoglicemiantes que utilizavam previamente, seguros durante a amamentação (inclusive a metformina).

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

Figura 9.4 – Acompanhamento das mulheres com DMG no puerpério



A orientação nutricional e adoção de estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercícios e o controle de peso corporal são medidas essenciais para as pacientes que apresentaram DMG e para aquelas que foram reclassificadas como intolerantes a glicose, portadoras de glicemia de jejum alterada ou diabetes mellitus. As mulheres que apresentarem resultados normais ou intolerantes ao teste de sobrecarga, devem ser aconselhadas a repetirem anualmente esta pesquisa, pelo risco considerável de se tornarem diabéticas. Também é impor-

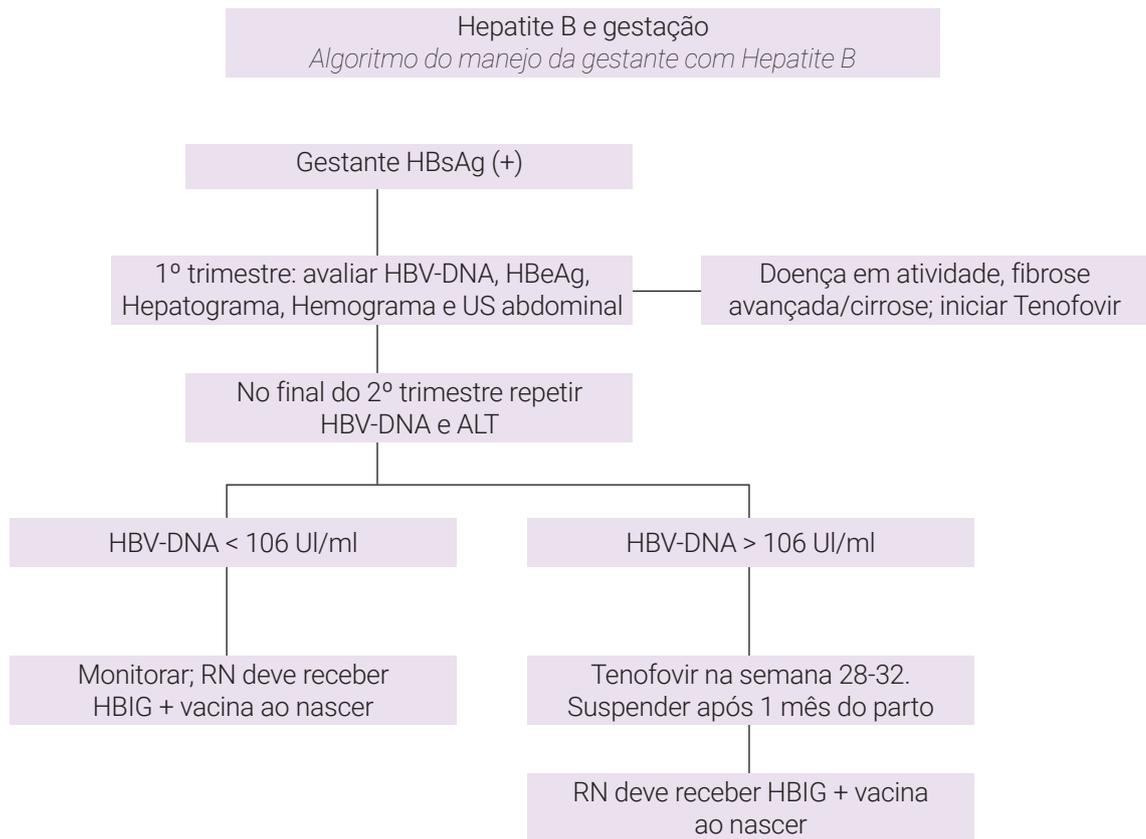
tante rastrear no pós-parto as mulheres que tiveram fetos macrossômicos ou polidrâmnio, não diagnosticadas durante o pré-natal, além daquelas com óbito fetal inexplicado.

9.6 – Hepatite B

Recomenda-se triagem sorológica durante o pré-natal, por meio do HBsAg – antígeno de superfície do VHB. Caso se detecte a presença de HBsAg, há risco de transmissão vertical. Deve-se contatar a maternidade para que planejem a disponibilidade de imunoglobulina hiperimune para hepatite B para ser administrada nas primeiras 12 horas de vida e no máximo até o 7º dia do recém-nascido (disponível nos CRIE-Centro de Imunobiológicos Especiais), associada à imunização ativa através da vacina contra hepatite B. Nestes casos, solicitar a avaliação dos demais marcadores, especialmente HBeAg (marcador de replicação viral). As gestantes com HBsAg reagente e HBeAg não reagente deverão realizar uma avaliação de carga viral do HBV (PCR) no início do pré-natal e ao redor das 28 semanas, em serviço especializado. Se HBV-DNA > 10⁶ UI/mL, deverão receber tenofovir 300mg/d (um comprimido), a partir das 28-32 semanas até 30 dias após o parto. Todas as gestantes com HBsAg e HBeAg reagentes deverão receber tratamento.

A vacina para a hepatite B está recomendada na gestação para todas as pacientes com resultado HBsAg não reagente, podendo ser administrada em qualquer trimestre. Se a gestante for exposta ao HBV em qualquer idade gestacional, deverá receber associação de vacina e imunoglobulina hiperimune (HBIG). A vacinação contra hepatite B de todos os nascidos vivos, preferentemente nas primeiras 12 horas e até 24 horas de vida nas maternidades é obrigatória no Estado de São Paulo. As crianças filhas de mães HBsAg vacinadas nas primeiras horas de vida devem receber doses subsequentes da vacina, com um e seis meses, conforme esquema básico de vacinação. Nesta situação específica, é necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs na criança 1 a 3 meses após a terceira dose da vacina.

Não há recomendação de orientação específica para via de parto. Gestantes que não foram triadas para HBsAg no pré-natal, devem ser triadas no momento do parto, com sorologia por teste rápido, se disponível, ou por imunoensaio. Com relação à amamentação, apesar de o vírus da hepatite B poder ser encontrado no leite materno, o aleitamento em crianças filhas de mães portadoras do VHB está indicado logo após a aplicação da primeira dose do esquema vacinal e da imunoglobulina humana anti-hepatite B.

Figura 5 – Algoritmo de conduta na gestante com HBV

9.7 – Hepatite C

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

9.8 – Toxoplasmose

Entre as consequências da infecção aguda na gravidez, incluem-se a restrição de crescimento intra-uterino, morte fetal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita (microftalmia, lesões oculares, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcifi-

cações cerebrais). Estudos observacionais sugerem que o tratamento iniciado precocemente reduz a transmissão vertical e sequelas neurológicas graves e morte neonatal. Recomenda-se a realização da triagem sorológica se a gestante não tem confirmação de infecção previamente.

Diagnóstico:

O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes susceptíveis, que devem ser orientadas sobre adoção de medidas preventivas para infecção aguda através de cuidados higienodietéticos. Outro objetivo é a detecção da soroconversão, que reflete infecção aguda, visando iniciar terapia para reduzir a morbidade fetal, além de orientar confirmação de infecção intra-útero por procedimentos invasivos. A maioria dos casos de toxoplasmose aguda na gestante acontece sem sintomas ou com sintomas inespecíficos. Esta característica clínica respalda a decisão de se realizar triagem sorológica para detectar os casos que soroconverteram, com infecção recente, que representam maior risco de infecção congênita. Assim, recomenda-se, para todas as gestantes, a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM (ELISA ou imunofluorescência) na primeira consulta de pré-natal. Nas gestantes soronegativas no início do pré-natal, a repetição da sorologia (IgG) no 2º e no 3º trimestre poderá confirmar a soroconversão.

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

Porém, na triagem sorológica pode-se encontrar teste inicial com o resultado IgM e IgG positivos (entre 1-5% dos casos). Nesses casos, pode-se estar diante de uma infecção recente (aguda) ou de uma infecção antiga. Para elucidação diagnóstica, deve ser realizada, idealmente na mesma amostra, um teste de avidéz da IgG. A avidéz da IgG numa sorologia com IgM e IgG reagentes pode ser definidora do diagnóstico se a amostra for colhida antes das 16 semanas e o resultado mostrar alta avidéz (> 60%). Nessa caso, considerar como infecção não-recente e continuar o seguimento pré-natal normal. Se o teste de avidéz não for acessível, pode-se optar por iniciar espiramicina, embora 90% destas situações não se confirmem como infecção recente. Se avidéz intermediária (30-60%), deve-se repetir o teste de avidéz em duas semanas.

A identificação de avidéz baixa (entre 0,30 a 0,20, a depender do kit) deve ser

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

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

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

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

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

Se o feto estiver acometido (alteração ecográfica ou PCR+), deve-se instituir o tratamento tríplice materno: pirimetamina, 25 mg de 12/12 horas por via oral; sulfadiazina, 3 g/dia, via oral, divididas em duas tomadas e ácido fólico, 5 mg/dia para prevenção de pancitopenia e aplasia medular causada pela sulfadiazina. O tratamento tríplice deve ser alternado com espiramicina por um período de 3 semanas, até o termo. Interromper o uso de sulfadiazina 2 semanas antes do

parto ou por volta de 34 semanas. Se o diagnóstico for efetuado após 30 semanas, apenas o tratamento triplo será realizado.

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

Formas de prevenção primária

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

9.9 – Sífilis

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

Quanto mais recente a infecção materna, maior a carga de treponemas circulantes e, mais grave e frequente será o comprometimento fetal, que pode ocorrer em 70% a 100% na doença recente (menos de um ano de duração). As manifestações clínicas podem incluir abortamento precoce, recém-nascidos sintomáticos e natimorto. Entretanto, o nascimento de crianças assintomáticas é o quadro mais comum.

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

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

Triagem da gestante:

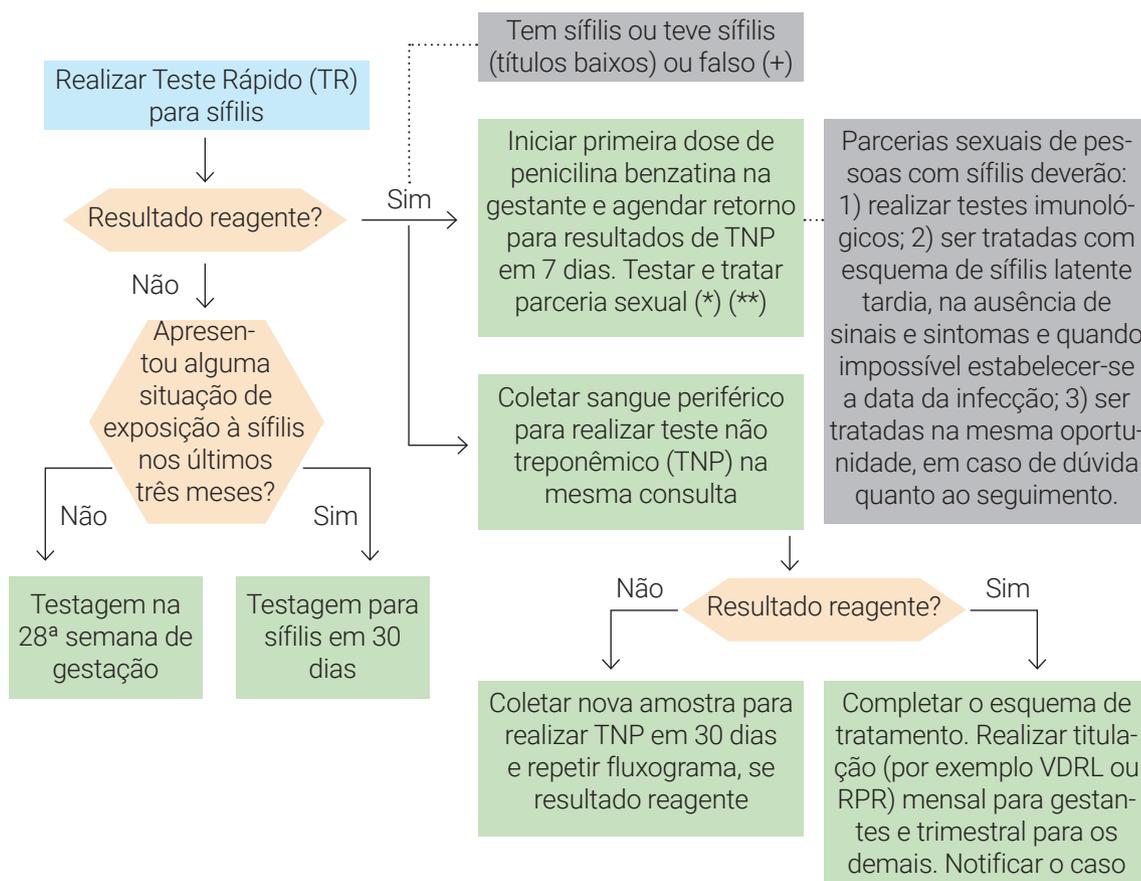
Deve-se realizar triagem rotineira das gestantes, duas vezes na gestação (início do pré-natal e entre 28-30 semanas) e no momento da internação hospitalar, seja para parto ou após-abortamento. Recomenda-se a triagem inicial com teste treponêmico (teste rápido idealmente, ou imunoensaios), seguido por testes não treponêmicos (VDRL ou RPR) para seguimento se teste treponêmico for reagente. A realização dos testes no início do terceiro trimestre para identificação de novas infecções durante a gestação permite que o tratamento materno seja instituído antes dos 30 dias que antecedem o parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero. Pode-se também optar pela realização de teste não-treponêmico, seguido por treponêmico na triagem sorológica. No entanto, a utilização de testes teponêmicos iniciais, que tem positividade precedendo a dos testes não treponêmicos, permite instituir o tratamento mais precocemente. Por outro lado, após a infecção materna, estes testes permanecem reagentes. Portanto, não se prestam para diagnóstico de reinfeção.

Os testes treponêmicos são FTA-Abs (Fluorescent Treponema Antigen Absorbent), TPHA ou MHATp (Micro- hemoaglutinação para Treponema pallidum), Elisa e testes rápidos de cromatografia. Os testes não-treponêmicos mais utilizados são o VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e o RPR (Rapid Plasm Reagin). Os testes teponêmicos positivam após 3 semanas da infecção. O VDRL, bastante utilizado para diagnóstico, torna-se reativo a partir da 2ª semana depois do aparecimento do cancro (sífilis primária) e, em geral, está mais elevado na fase secundária da doença. Os títulos tendem a decrescer gradativamente com a instituição do tratamento até a negativação se for instituído no primeiro ano, Mas podem permanecer baixos e estáveis por longos períodos após trata-

mento tardio adequado. Os testes treponêmicos, uma vez positivados, não se negatarão. Portanto, não são utilizados para seguimento de cura ou reinfecção e deve-se utilizar o VDRL com títulos mensuráveis para esses fins.

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

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



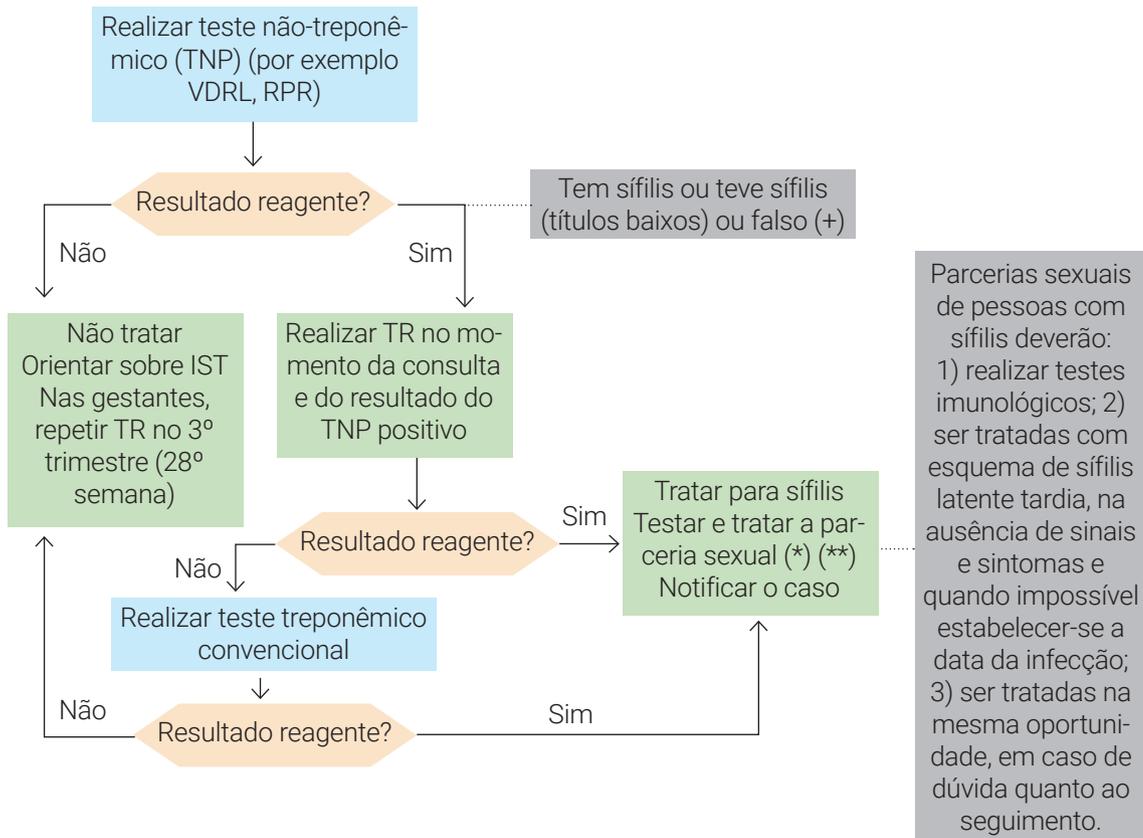
(1) No caso de discordância entre os testes (TR treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente), pode ser realizado outro teste treponêmico com metodologia diferente do 1º teste treponêmico realizado.

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

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

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Figura 2 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico inicial com teste rápido confirmatório.¹



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

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

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

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

Conduta frente aos resultados: (Ver item 6.2.)

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

Tratamento da sífilis na gestação

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

Quadro 1: Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em gestante e seguimento pós-tratamento.

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

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

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

Seguimento e controle de cura:

- Nas gestantes, o VDRL de seguimento deve ser realizado mensalmente e a duração da gestação pode não ser suficiente para a negatificação.
- Cura sorológica: queda dos títulos no VDRL: duas diluições ou diminuição de quatro vezes os títulos: por exemplo, de 1/8 para 1/2; ou 1/128 para 1/32.
- O parceiro sexual deve sempre ser testado e tratado (se sorologia reagente ou sorologia não realizada);
- Deverão ser novamente tratadas, mesmo na ausência de sintomas, se não houver resposta ou se houver aumento de, pelo menos, duas diluições em relação ao último VDRL (ex.: de 1/2 para 1/8);
- As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização em ambiente hospitalar. Na impossibilidade, deve ser administrado Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, uma vez por dia, durante 8 a 10 dias. O uso dessa droga exige estreita vigilância pela menor eficácia; o feto não será considerado tratado;
- Portadoras de HIV podem ter a história natural da sífilis modificada, desenvolvendo neurosífilis mais precoce e facilmente. Nesses casos, está indicada a punção lombar para que se possa definir o esquema terapêutico mais apropriado. Quando não for possível a realização da punção lombar, deve ser instituído tratamento para neurosífilis;
- Notificar a sífilis materna (e a forma congênita) em fichas de notificação próprias do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). A responsabilidade pela notificação é de toda a equipe.
- Considerar a associação entre as IST e a infecção pelo HIV. Caso a infecção pelo HIV tenha sido adquirida recentemente, a sorologia pode mostrar negativa; repetir após dois meses, pela possibilidade da “janela imunológica”.
- Orientar sobre o sexo seguro, com o uso de preservativo (masculino ou feminino), em todas as relações sexuais.

Parcerias sexuais de pessoas com sífilis*

- Realizar testes imunológicos;
- Tratar com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível se estabelecer a data da infecção;
- Tratar na mesma oportunidade, em caso de dúvida quanto ao seguimento.

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

É considerado tratamento adequado da sífilis na gestante:

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

9.10 – Infecção do trato urinário (ITU)**9.10.1 – Bacteriúria assintomática**

Infecção comum em mulheres jovens, representa a complicação clínica mais frequente na gestação. É definida pela urocultura positiva, com mais de 100.000 colônias/mL. De 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática e 25-35% delas desenvolve pielonefrite aguda. Embora a bacteriúria assintomática seja a mais frequente, infecções poderão acometer o trato urinário inferior (cistites) e superior (pielonefrite). Outras complicações são trabalho de parto prematuro (TPP) e anemia.

O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, na maior parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Diferentemente de em outras situações clínicas, a bacteriúria assintomática durante a gravidez deve ser tratada. O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura sete dias após o término do tratamento. O tratamento pode ser realizado, preferencialmente guiado pela susceptibilidade no antibiograma, com um dos seguintes esquemas terapêuticos: A ingestão de grande quantidade de líquidos deve ser recomendada, assim como não postergar a micção.

Quadro 9.3 – Tratamento de infecção do trato urinário inferior

Antibiótico	Dose/dia	Via de administração	Apresentação por drágea/comprimido	Posologia/tempo de tratamento
Cefalosporina de 1ª geração (cefalexina)	2 g/dia	Via oral	500 mg	Uma drágea de 6/6 h, por 7 a 10 dias
Nitrofurantoína	400 mg/dia	Via oral	100 mg	Um comprimido de 6/6 h, por 7 a 10 dias
Amoxicilina	1,5 g/dia	Via oral	500 mg	Um comprimido de 8/8 h, por 7 a 10 dias
Ampicilina	2 g/dia	Via oral	500 mg	Uma drágea de 6/6 h, por 7 a 10 dias

9.10.2 – Cistite

É caracterizada pela presença de sintomas clínicos como disúria, poliúria e urgência urinária. A análise do sedimento urinário evidencia, geralmente, leucocitúria e hematuria, além do grande número de bactérias e presença de nitrito em fita de diagnóstico. O tratamento pode ser realizado com as mesmas opções da bacteriúria, sendo iniciado mesmo antes do resultado da urocultura, já que as pacientes são sintomáticas. O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura sete dias após o término do tratamento. Na presença de duas infecções do trato urinário baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100 mg/dia até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis semanas.

9.10.3 – Pielonefrite aguda

É uma das complicações mais comuns e mais sérias durante a gestação, ocorrendo em 1% a 2% das gestantes. A pielonefrite aguda durante a gravidez é uma complicação séria que não pode ser subestimada. Atualmente é responsável por uma parcela importante de morbidade grave e até mesmo mortalidade materna.

Clinicamente, a sintomatologia é evidente, com febre alta, calafrios e dor na loja renal (Sinal de Giordano), além da referência progressiva de sintomas de infecção urinária baixa. A presença de náuseas e vômitos, além de taquicardia, dispnéia e hipotensão, podem sugerir evolução para quadro sép-

tico. O tratamento inicial deve ser hospitalar. Na suspeita de pielonefrite, a gestante deve ser encaminhada para o hospital de referência. O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura sete dias após o término da antibioticoterapia. Após o tratamento de pielonefrite, a mulher deve ingerir nitrofurantoína 100mg/dia até o final da gestação.

9.11 – Infecção por HIV

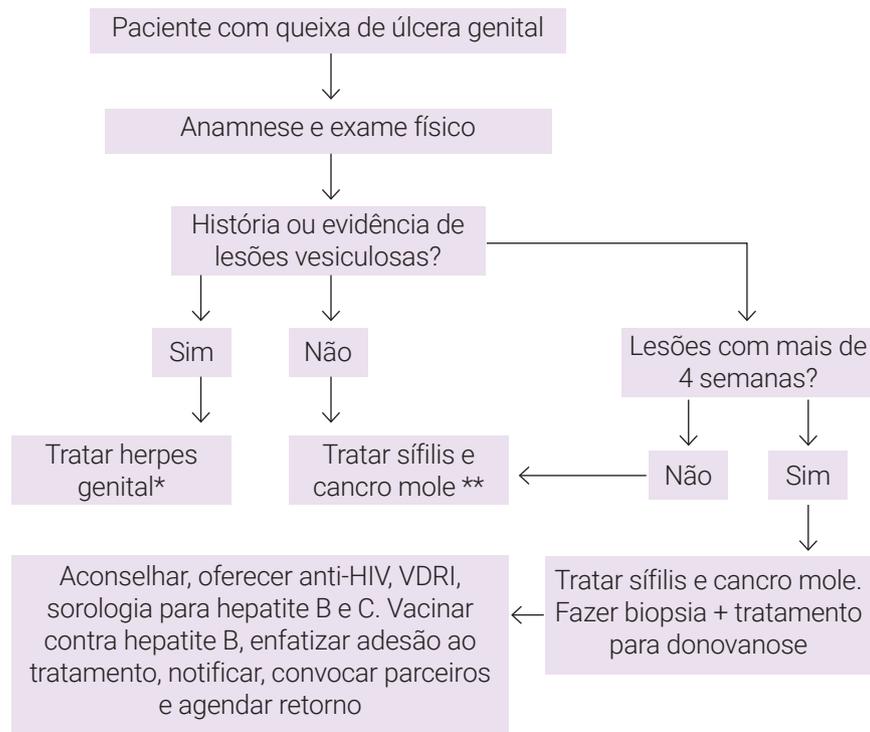
O diagnóstico durante a gestação, ou mesmo no momento do trabalho de parto, com instituição de medidas apropriadas, pode reduzir significativamente a transmissão vertical (da mãe para o filho). O teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal, repetido entre 28-30 semanas e no parto (ver capítulo 6, item 7 desse manual). Independentemente de ter sido realizada a sorologia para o HIV durante o pré-natal, na admissão à maternidade, sempre deve ser ofertado o teste rápido para o HIV. Conduas diante do diagnóstico de infecção por HIV na gestação:

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

9.12 – Outras IST

As IST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional. Atenção especial deve ser dirigida ao parceiro sexual, para tratamento imediato ou encaminhamento para serviço especializado, sempre que houver indicação. Podemos agrupar as DST em síndromes:

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

Figura 3 – Fluxograma de 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 múltiplas e soroprevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente à sífilis e cancro mole.

- **Herpes:** o tratamento das lesões herpéticas deve ser feito nos casos de primo-infecção ou em recorrências, para reduzir duração do episódio. - aciclovir 400 mg, VO, de 8/8h, durante sete a dez dias. Também se indica supressão viral para reduzir a transmissão do vírus no momento do parto, prescrevendo-se aciclovir 400 mg, VO, de 8/8h, a partir das 36 semanas até o parto. Indica-se cesariana apenas se houver lesões ativas no momento do parto ou se tiver tido lesão ativa há menos de 7 dias;

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

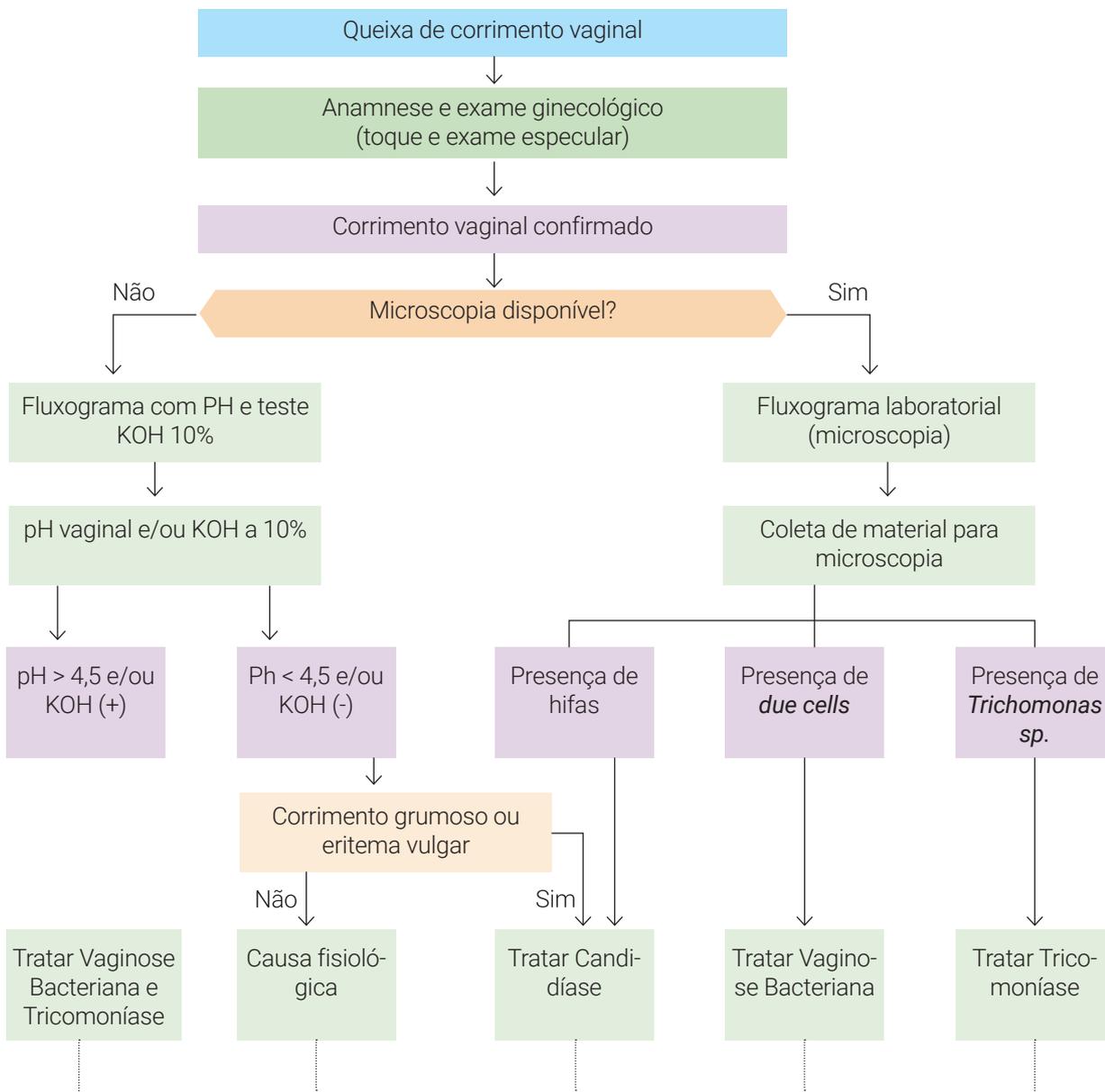
- **Cancro mole:** produz úlceras em espelho, dolorosas, diferentemente das úlceras da sífilis. Trata-se com azitromicina 500mg, 2cp em dose única ou ceftriaxona, 250 mg, IM, dose única - orientação do PCDT de Infecções Sexualmente Transmissíveis

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

2. **Síndrome de corrimento vaginal:** corrimento de cor branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual. As

causas mais comuns são a candidíase, a tricomoníase e a vaginose bacteriana. Apenas a tricomoníase é considerada de transmissão sexual.

Figura 6 – Manejo de corrimento vaginal com uso de fluxograma



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

Tratamento da gestante:

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

3. **Síndrome de corrimento cervical:** difícil diagnóstico clínico na gestante pelo aumento da produção de muco 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 clamídia e gonococo. O tratamento da gestante deve ser feito com:

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

Associado a:

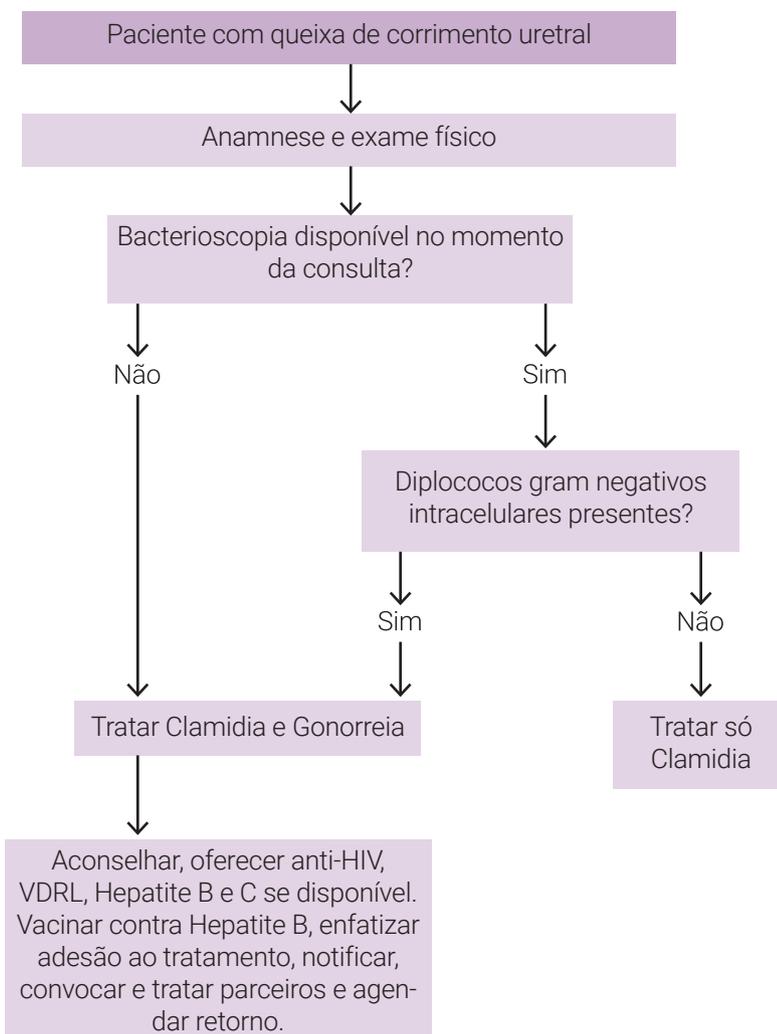
- Ceftriaxona: 500 mg, IM, dose única; ou

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

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

Associado a:

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

Figura 9.5 – Fluxograma de condutas para corrimento uretral

O diagnóstico da uretrite é baseado em presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento e, se for realizar exame bacterioscópico do corrimento como coloração de Gram (durante a consulta), deve-se considerar a influência de utilização prévia de antibióticos ou micção imediatamente anterior à coleta do material, o que poderia comprometer sua qualidade (falso-negativo). Presença de 5 ou mais leucócitos por campo de grande aumento (x 1000) indica urtrite se a coleta da amostra for adequada.

• **Condiloma acuminado:** caracterizado por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, períneo e região perianal. Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino. Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, pelo aumento da vascularização ou pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Não há evidência de benefícios da operação cesariana pelo risco, muito baixo, de transmissão do HPV para o recém-nascido. Quando o tamanho e a localização das lesões estão causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo, a operação cesariana está indicada. Mulheres com condilomatose deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.

Para a doença sub-clínica (neoplasias intra-epiteliais), aplicam-se protocolos

de seguimento pelo risco neoplásico e não por risco de transmissão congênita visto que os tipos virais da lesão sub-clínica e da infecção de laringe do recém-nascido são diferentes. Repetir citologia oncológica em três meses se houver alteração na amostra inicial e indicar colposcopia e biópsia a depender da gravidade da lesão na citologia de acompanhamento.

Tratamento da gestante:

- Como as lesões durante a gestação podem proliferar e tornar-se friáveis, indica-se sua remoção em fases precoces da gestação, se for possível. Deve se evitar intervenção com grande perda de substância por cauterização (elétrica, térmica) extensa ou exérese no final do 3º trimestre.

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

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

- Nunca usar PODOFILINA, PODOFILOTOXINA ou IMIQUIMOD durante qualquer fase da gravidez;

- Lesões pequenas, isoladas e externas: cauterização com ácido tricloro-acético 70 a 80% , eletro ou criocauterização em qualquer fase da gravidez;

- Lesões grandes: ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência (exérese por alça diatérmica ou LEEP) em qualquer fase da gravidez, exceto final do 3º trimestre. Pode provocar sangramento considerável;

- Lesões pequenas, colo, vagina e vulva: eletro ou criocauterização, apenas a partir do 2º trimestre.

9.13 – Parasitoses intestinais

1. Helmintíases:

As helmintíases mais comuns são: ancilostomíase, ascaridíase, enterobíase, strongiloidíase, 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 decorrente pode agravar a anemia fisiológica ou a ferropriva, comuns na gravidez. Assim, recomenda-se a realização de exame protoparasitológico de fezes em todas as mulheres grávidas, sobretudo naquelas de nível socioeconômico mais desfavorecido, para o adequado tratamento ainda na vigência da gestação. O momento oportuno para o tratamento é o mais precoce possível, logo após as 16–20 semanas, para evitar os potenciais riscos teratogênicos das drogas e a somatória de seu efeito emético à emese da gravidez.

2. Protozooses:

Causadas por protozoários que passam a habitar o trato intestinal, permanecendo a ele limitados, ou eventualmente invadindo outros órgãos. Alguns pro-

tozoários não são considerados patogênicos para o tubo digestivo: Entamoeba coli, Iodamoeba buetschlii, Chilomastix mesnili, Endolimax nana, Trichomonas hominis. Não necessitam, portanto, de nenhum tipo de tratamento específico.

- **Amebíase:** protozoose causada pela Entamoeba histolytica. Pode apresentar-se nas formas intestinal e extraintestinal. A grande maioria dos acometidos apresenta a doença benigna, diarréica.

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

Quadro 9.4 – Medicamentos indicados na Terapêutica das Helmintíases e Protozooses Intestinais durante a gestação

Helmintíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Ascaridíase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Enterobíase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel Ditioletona	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50 mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos
Himenolepiase	Praziquantel Niclosamida	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Teníase	Mebendazol	200 mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos
Tricuríase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Protozooses	Medicamento	Posologia
Amebíase	Metronidazol	500mg, 3 vezes/dia, durante 5 dias
Giardíase	Metronidazol	250 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 05 dias seguidos

9.14 – Varizes e 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 trombose venosa, sendo mais comum nos membros inferiores e como consequência de varizes, da imobilização prolongada no leito, da obesidade e/ou de compressão da musculatura da panturrilha. Podem existir antecedentes de trombose. Por estar pouco aderido à parede do vaso, existe uma grande chance desse trombo se fragmentar e chegar ao coração ou pulmão, causando **embolia pulmonar**. A suspeita diagnóstica é feita por meio da história clínica de dor na panturrilha ou na coxa, aumento da temperatura local, edema, dificuldade de deambulação, empastamento de panturrilha (sinal da bandeira) e/ou dor à dorsoflexão do pé (sinal de Homans). Na suspeita dessa condição, a mulher deve ser encaminhada ao centro de referência para confirmação do diagnóstico e tratamento.

Recomendar à gestante:

- Não permanecer muito tempo em pé ou sentada e evitar inatividade.
- Repousar pelo menos 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas.
- Que pode ser útil elevar os pés da cama.
- Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante; pode-se indicar meias de média compressão, com tamanho sugerido a partir da aferição da circunferência da panturrilha.
- Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.

9.15 – Epilepsia

Epilepsia inclui um grupo de doenças que têm em comum crises convulsivas que ocorrem na ausência de condições tóxico-metabólicas ou febris. 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. As repercussões da gravidez sobre a epilepsia são contraditórias. Trabalhos que mostram melhora das crises a atribuem à maior adesão ao tratamento e à maior regularidade no uso da me-

dicação pelas gestantes. Outros trabalhos mostram que entre 17% e 37% das mulheres grávidas com epilepsia têm aumento da frequência das crises, em especial no 3o trimestre. Um fator que comumente levaria ao aumento da frequência de crises é a suspensão da droga pela própria gestante ou pelo profissional de saúde, por medo de efeitos deletérios ao feto. A frequência das convulsões no período pré-gestacional pode estar relacionada à frequência das crises também na gestação. As mulheres que provavelmente apresentarão menos crises durante a gravidez são aquelas que, mesmo utilizando esquema anticonvulsivante adequado, não apresentaram convulsões nos últimos meses que antecederam a gestação.

Tem-se associado inúmeras complicações durante a gestação, o parto e o puerpério de mulheres com epilepsia em uso de anticonvulsivantes: abortamentos espontâneos, morte perinatal, prematuridade, anomalias congênitas e anormalidades de crescimento fetal e desenvolvimento em taxas maiores que as da população geral. No entanto, ainda não está esclarecido se esses efeitos são secundários às crises convulsivas ou às drogas utilizadas para o seu controle. A convulsão materna isolada raramente se associa ao óbito fetal. No entanto, crises epiléticas de repetição incrementam em duas vezes o risco de óbito materno e de 50% o óbito fetal. De modo geral, pode-se assumir que o risco de malformações fetais dobra quando comparado à população geral. A monoterapia tem menor associação com alterações fetais. As malformações mais frequentes são o lábio leporino e palato fendido. A fenitoína associa-se com hipertelorismo e hipoplasia digital e o ácido valpróico tem associação de 2% a 3% com defeitos de fechamento do tubo neural.

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

Recomendações para o uso de drogas antiepiléticas durante a gestação:

1. Discutir com a mulher os possíveis riscos da gestação para ela mesma e para o feto, além dos potenciais efeitos teratogênicos das DAE. Essa orientação deve ser dada antes da gestação para evitar a ansiedade da gestante e possível interrupção da medicação por falta de informação adequada;
2. Uso de ácido fólico na dosagem de 5 mg ao dia. O ideal é que a paciente inicie o uso de ácido fólico pelo menos 3 meses antes da gestação.
3. Em pacientes sem crises há mais de 2 anos, tentar suspender a droga na periconcepção e primeiro trimestre.
4. Uso preferencial de DAE em monoterapia e em doses fracionadas. Não alterar o regime terapêutico durante a gestação, a não ser sob orientação de especialista.

5. Não existe uma droga ideal para ser usada durante a gestação. De maneira geral, as drogas atualmente mais utilizadas e com efeitos melhor conhecidos durante a gestação são a carbamazepina, o clonazepam, a oxcarbazepina, o fenobarbital e a fenitoína. Nenhuma DAE apresenta perfil de teratogenicidade específico. A exceção é para o uso de valproato, que tem sido associado com risco de 1% a 2% de espinha bífida, mas seu uso em combinação com a carbamazepina parece diminuir esse risco (única ocasião em que a politerapia com DAE diminui os efeitos teratogênicos).

6. A dosagem será sempre individualizada, na dependência da frequência das crises. A dose máxima de carbamazepina é de 1200mg.

Acompanhamento pré-natal:

- As gestantes podem ter o acompanhamento pré-natal na UBS.
 - É importante enfatizar que a droga anticonvulsivante não deve ser suspensa só porque a mulher engravidou, ou porque tenha apresentado crises convulsivas mesmo com o uso da droga. Nessa condição, é recomendável referir a gestante para a avaliação de especialista para adequar o tratamento, aumentando a dosagem da droga, trocando-a ou associando.
 - As gestantes epiléticas que já utilizam carbamazepina e apresentam novas crises, podem ter a dosagem da droga aumentada pelo profissional da atenção antes do encaminhamento para centro de referência, desde que a dose habitual não esteja ultrapassando o limite de segurança (1.200mg).
 - Deve-se solicitar exame de ultrassonografia morfológica no segundo trimestre (entre 20 e 24semanas) para o rastreamento de possíveis malformações fetais.
 - Alguns anticonvulsivantes podem alterar o transporte placentário da vitamina K, aumentando o risco de hemorragia fetal e neonatal. Recomenda-se administrar à mãe 10-20mg/dia de vitamina K durante o último mês de gravidez e 1mg IM ao recém-nascido.
 - Durante o atendimento de uma convulsão epilética, atentar para a necessidade de um atendimento sistematizado, priorizando a manutenção da permeabilidade das vias aéreas.
- Observação: um primeiro episódio de convulsão em gestante, particularmente após a vigésima semana deve sugerir a possibilidade de eclâmpsia mesmo sem a presença de nível pressórico moderado ou grave.

Amamentação

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

9.16 – Ruptura prematura de membranas (RPM)

O diagnóstico é basicamente clínico. A anamnese informa sobre perda líquida, em grande quantidade (molha roupas), súbita e habitualmente indolor. O exame físico está dentro dos padrões de normalidade e o exame obstétrico mostra volume uterino adequado para a idade gestacional referida, útero normotônico, partes fetais mais facilmente palpáveis e batimentos cardíacos fetais presentes. A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica. Essas informações podem ser facilmente obtidas por meio de exame vaginal com espéculo. Os casos suspeitos ou confirmados de amniorrexe prematura não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, porque isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais. Como nem sempre esses dados são obtidos, utilizam-se também outros métodos para diagnóstico, como, por exemplo:

- Prova de cristalização: consiste em colher material do fundo de saco vaginal e próximo do orifício do colo sobre uma lâmina. Após a secagem do material coletado, a observação ao microscópio permite confirmar a presença de líquido amniótico no conteúdo vaginal se ocorrer cristalização na forma de folhas de samambaia. Entretanto, são comuns os resultados falso-negativos, sobretudo quando decorrido maior tempo entre a rotura de membranas e o exame.
- Verificação de pH do conteúdo vaginal: a indicação direta ou indireta de valores mais elevados de pH (> 6) sugere o diagnóstico de amniorrexe, embora várias situações estejam relacionadas com resultados falso-positivos e negativos.
- Exame de ultrassonografia com a medida do índice de líquido amniótico (ILA): a estimativa de medida de ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional em uma curva de valores normais é útil para corroborar o diagnóstico.
- Prova do forro: colocar um forro vaginal e solicitar que a paciente caminhe por cerca de 30-60 minutos e então verificar se o forro encontra-se com úmido, confirmando o diagnóstico.

Nas gestações a termo, o profissional de saúde da unidade básica deverá encaminhar a gestante para o hospital ou maternidade designado para o atendimento ao parto. Nas gestações pré-termo, as mulheres devem ser imediatamente referidas para a maternidade de referência para gestações de risco, onde procedimentos propedêuticos e terapêuticos adicionais serão providenciados.

9.17 – Trabalho de parto prematuro (TPP)

É aquele que ocorre antes de 37 semanas de idade gestacional. Para diagnóstico de trabalho de parto prematuro devem-se considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais. É importante lembrar que existem contrações

uterinas durante a gestação, denominadas de Braxton-Hicks, que são diferentes daquelas do trabalho de parto, pela ausência de ritmo e regularidade.

Conduitas:

- Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, com idade gestacional < 37 semanas, sem modificação cervical em avaliação seriada, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Esses casos necessitam apenas de repouso e orientações. Se as contrações persistirem, deverá ser encaminhada para hospital de referência.

- Na presença de contrações uterinas acompanhadas de modificação colo, esvaecimento ou dilatação, encaminhar para hospital de referência.

- O antecedente de prematuridade é o principal fator de risco para recorrência. O TPP com frequência é relacionado a infecções vaginais (principalmente a vaginose bacteriana) e urinárias. Em situações de parto prematuro anterior, recomenda-se o rastreamento dessas afecções por bacterioscopia do conteúdo vaginal por critério de Nugent (Nugent > 7 = vaginose bacteriana), idealmente antes das 20 semanas de gestação. Se a bacterioscopia for indisponível, pode-se realizar um diagnóstico presumido, com exame especular, pela positividade de pelo menos 3 dos 4 critérios de Amsel: 1) corrimento branco-acinzentado; 2) pH > 4,5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do introito, na parede lateral da vagina; 3) Liberação de aminas com odor de peixe no teste com hidróxido de potássio a 10% adicionado a uma amostra do conteúdo vaginal; 4) Visualização de clue cells (células alvo) à microscopia.

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

- Recomenda-se realização de exame ultrassonográfico, idealmente entre 18 a 24 semanas, para avaliação da medida do comprimento do colo uterino. Nos casos em que essa medida for menor ou igual a 2,5cm, deverá ser iniciada progesterona via vaginal (200mg, uma vez à noite), mantida até 34 semanas. A gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco.

- Ainda, caso a gestante possua antecedente positivo para parto prematuro e presente, na atual gravidez, colo encurtado, deverá ser encaminhada ao alto risco para avaliação de cerclagem.

9.18 – Gestação prolongada

Conceitua-se gestação prolongada (pós-datismo) aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 semanas e 1 dia e 41 semanas e 6 dias. Gravidez pós-termo é aquela que atinge ou ultrapassa 42 semanas. O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional, que pode estar falseado na presença de irregularidades menstruais, uso de anticoncepcionais hormonais, lactação, etc. O exame ultrassonográfico precoce é recurso mais eficaz para adequada avaliação.

O controle da gestante nessa situação visa identificar as condições de vitalidade fetal. Pode se iniciar na UBS pelo registro materno da movimentação fetal (mobilograma). Por volta da 40ª semana de idade gestacional, encaminhar a gestante para centro de referência para outros testes de vitalidade fetal. A paciente deverá ser encaminhada com 41 semanas de gestação para indução do parto ou cesárea, a depender da situação clínica. É importante enfatizar que gestante não deve receber alta do pré-natal.

9.19 – Gestação múltipla

É a gravidez que ocorre com presença de dois ou mais fetos. Apresenta como fatores de risco:

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

O diagnóstico de certeza é ecográfico, porém a suspeição é feita por meio de dados clínicos como presença de hiperêmese gravídica, níveis muito elevados de Beta-HCG, pela medida da altura uterina maior que a esperada para a idade gestacional, a palpação de dois pólos cefálicos, a sobredistensão uterina, e a presença de dois focos, separados por mais que 10 cm e com frequências diferentes.

A morbimortalidade perinatal é maior que a habitual e aumenta em proporção direta ao número de fetos. É devida, principalmente, à prematuridade e à restrição de crescimento fetal, por vezes seletiva, além de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão umbilical. A morbidade materna também está aumentada pela maior incidência de hiperêmese, trabalho de parto prematuro, síndromes hipertensivas, anemia, quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas etc.

O principal fator prognóstico é a corionicidade, ou seja, a separação ou o compartilhamento da mesma placenta. Esse diagnóstico é ecográfico e a sua acurácia é maior quando o exame é realizado antes de 14 semanas de gravidez, preferencialmente entre 6 e 9 semanas. Gêmeos monozigóticos, porém dicoriônicos (duas placentas), tem mortalidade semelhante à constatada para os dizigóticos. Já os monocoriônicos (uma placenta) têm mortalidade 3 a 4 vezes maior.

Condutas:

As gestações gemelares dicoriônicas e diamnióticas não complicadas por outras comorbidades podem ser acompanhadas em pré-natal de baixo risco, nas unidades básicas de saúde, desde que o profissional esteja ciente dos riscos potenciais e tenha facilidade de encaminhamento para unidade ou hospital que

preste assistência à gestação de alto risco. Os casos diagnosticados como monocoriônicos devem ser seguidos em um centro de atenção à gestação de alto risco pela maior frequência de complicações e pela maior necessidade da interrupção mais precoce da gestação. As gestações trigemelares ou com maior número de fetos, devem sempre ser seguidas em centros de atenção ao alto risco.

Cabe ao profissional de saúde estar alerta para todas as condições de risco e realizar consultas mais frequentes. Esse acompanhamento consiste na preocupação com alimentação, controle de anemia materna (mais comum, se comparada com a gestante com feto único), orientação de diminuição de esforços físicos em demasia e repouso relativo devido à distensão uterina, bem como na monitorização dos fetos por meio de ultrassonografia no 1º, 2º e mensal no 3º trimestre e cardiotocografia semanal a partir das 28-30 semanas.

Nas situações de trabalho de parto prematuro ou alterações cervicais que levem a suspeitar de um risco maior de prematuridade, a utilização profilática de corticóide para acelerar a maturidade pulmonar dos fetos está recomendada. A ultrassonografia de rotina para medida de colo uterino em gestações gemelares, o uso rotineiro de progesterona, circlagem, pessário cervical, repouso ou tocolíticos (em gestantes assintomáticas) não demonstraram prevenir nascimentos prematuros.

Via de parto

O parto de gemelares deve ser sempre hospitalar e com acesso a analgesia e atendimento de urgência. Não há evidências suficientes que suportem a indicação de cesárea eletiva para todas as gestações gemelares. A via de parto depende da apresentação fetal, da idade gestacional, da amniocidade e da presença ou ausência de outras indicações formais de cesárea. Se ambos os fetos forem cefálicos ou se o primeiro feto for cefálico, poderá ser realizado o parto vaginal. No caso de trigemelares, a recomendação é realizar parto cesárea.

10 . SITUAÇÕES ESPECIAIS

10.1 – Gravidez na adolescência

Os agravos mais significativos desencadeados pela gravidez na adolescência recaem na esfera social pela dificuldade de inserção destas jovens no sistema educacional, o que as impede de desenvolver projeto de vida que antes haviam planejado. Isso colabora para a continuidade do ciclo de pobreza, com todas as más consequências para a qualidade de vida dessas jovens. Os homens adolescentes também carregam o ônus de uma gravidez precoce uma vez que assumem a paternidade sem estrutura econômica, e às vezes emocional, para cuidar e educar um filho, o que deve ser contemplado na atenção à saúde reprodutiva. A individualidade do adolescente deve ser preservada no acolhimento oferecido para essa jovem. O adolescente deve ser reconhecido como indivíduo em evolução e necessita de atendimento diferenciado que a identifique como de avaliar seu problema e ter o direito de fazer opções. A participação da família deve ser encorajada, com limites claros para esse envolvimento.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Título dos Direitos Fundamentais, Capítulo I, do Direito à Vida e à Saúde, art. 7º, dispõe o seguinte: “a criança e o adolescente tem direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso e em condições dignas de existência”. O art. 8º assegura no SUS o atendimento pré e perinatal, determinando: acompanhamento para a gestante, vinculação entre serviços e profissionais que fazem o pré-natal e os que realizarão o parto das adolescentes. O atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, no parto e no puerpério é fundamental para diminuir esses agravos. É importante, ainda, a inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde, em vez da assistência estritamente biológica e curativa. Principalmente, é importante que a adolescente seja informada de seus direitos, como o de ter acompanhante de sua escolha durante toda a gestação e durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto (ECA e Lei nº11.108).

A atenção básica pode conduzir a assistência pré-natal da adolescente que não for caracterizada de alto risco. No entanto, os profissionais envolvidos no processo devem aprimorar um perfil de atendimento que englobe uma visão ampla de atenção, na qual aspectos nutricionais, psicológicos e sociais sejam valorizados. Para que a adolescente comunique os eventuais questionamentos e angústias, é preciso que a consulta proporcione tempo para que ela fale, exigindo do(a) assistente uma postura de ouvinte ativo(a) e interessado(a). As ações educativas podem ser específicas e podem começar na consulta, incluindo temas importantes como pré-concepção, planejamento familiar e amamentação.

Princípios éticos

É importante que os profissionais de saúde assegurem serviços que ofereçam:

- **Privacidade:** para que adolescentes e jovens tenham a oportunidade de ser entrevistados e examinados, sem a presença de outras pessoas no ambiente da consulta, se não for estritamente necessário ou caso assim o desejem;

- **Confidencialidade:** para que adolescentes e jovens tenham a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a concordância explícita.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, que consolida os direitos básicos da população infanto-juvenil, em seu art. 3º:

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

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 de uma vida saudável. Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e auxilie no acompanhamento. A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família por si só demonstra desarmonia, que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o seu direito à saúde. Dessa forma, havendo resistência fundada e receio de que a comunicação ao responsável legal implique afastamento da usuária ou dano à sua saúde, recomenda-se que se aceite pessoa maior e capaz, indicada pelo adolescente para acompanhar e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, aplicando-se o princípio do art. 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, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

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

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

Sigilo profissional e atendimento ao adolescente

Considerando que a revelação de determinados fatos aos responsáveis legais podem acarretar consequências danosas para a saúde do jovem e a perda da confiança na relação com a equipe, o Código de Ética Médica não adotou o critério etário. Mas adotou o critério do desenvolvimento intelectual, determinando expressamente o respeito à opinião da criança e do adolescente, bem como a manutenção do sigilo profissional, desde que o assistido tenha capacidade de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo. Códigos de Ética Profissional e o próprio Código Penal seguem o mesmo entendimento e determinam de forma expressa o sigilo profissional independentemente da idade do(a) paciente, prevendo sua quebra apenas nos casos de risco de vida ou outros riscos relevantes para a própria pessoa ou para terceiros, como distúrbios psíquicos do(a) paciente que o(a) façam rejeitar tratamento, ou risco de suicídio ou homicídio.

É vedado ao médico:

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

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

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 aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. Entretanto, devem ser informados das situações que requeiram a quebra de sigilo, ou seja, quando houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o(a) paciente quanto para terceiros, a exemplo de situações de abuso sexual, ideação suicida, informação de homicídios e outros.

Recomenda-se, portanto:

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

10.2 – Violência contra a mulher durante a gravidez

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. O agressor, frequentemente, é próximo e conhecido da mulher. No entanto, a maior parte dos casos de violência contra a mulher ainda não é notificada ou registrada. Diversas propostas de intervenção vêm sendo implantadas com a finalidade de reconhecer e manejar a questão. Uma delas é perguntar diretamente a todas as usuárias dos serviços de saúde se enfrentam ou sofreram algum tipo de violência. A maioria das mulheres que sofre violência antes de engravidar continua a sofrê-la durante a gravidez e boa parte delas, após o parto. Portanto, a assistência pré-natal é um momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e, muitas vezes, a única oportunidade de interromper o seu ciclo.

O atendimento apropriado para grávidas que sofrem violência física, sexual ou psicológica representa uma de muitas medidas a serem adotadas para enfrentar o fenômeno da violência. A presença de lesões, sua distribuição e características morfológicas devem servir como suspeita para o ato violento; deve-se suspeitar também de espancamento quando houver equimoses múltiplas na cabeça e/ou

pescoço e em diversas partes do corpo. O agressor pode apresentar diversas atitudes, inclusive participar do atendimento à vítima e agir com proteção acentuada. Grávidas que sofrem violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início e apresentam maior risco relativo de infecções vaginais e cervicais, de ganho de peso insuficiente, de trabalho de parto prematuro, de baixo peso ao nascer e de infecção do trato urinário. Além disso, a grávida que sofre violência desenvolve quadro de estresse emocional constante que se associa com baixa autoestima, isolamento, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool ou drogas e suicídio.

Para a verificação de situações de abuso ou violência, devem ser ativamente observados os seguintes indicadores-sentinelas:

- Discrepância da idade do parceiro sexual com relação à idade da paciente;
- Situações de poder, dependência ou parentesco entre paciente e seu parceiro sexual;
- Sinais de constrangimento e coerção da paciente ou familiares e/ou recusa de diálogo com familiares ou de participação de responsáveis no atendimento.

O atendimento inicial na unidade básica de saúde da grávida que sofreu violência deve contemplar anamnese que permita a avaliação da situação do contexto no qual ocorreu, avaliar se seria violência aguda ou crônica, se a mulher foi vítima de violência doméstica, sexual ou psicológica, bem como se há risco de revitimização, para que se possa oferecer orientações e proceder ao encaminhamento mais adequado. Além disso, deve-se realizar exame físico minucioso e, se necessário, encaminhá-la ao serviço de urgência, para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos. Nos casos de violência sexual, sempre que for possível, deve-se proceder à obtenção de material seminal do agressor, utilizando-se da recomendação técnica detalhada mais adiante. Após a avaliação preliminar, a paciente deverá ser encaminhada imediatamente para o centro de referência para esses agravos, bem como ser orientada sobre as ações jurídicas do caso, a profilaxia de DST e sobre o acompanhamento multiprofissional: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outras especialidades que forem necessárias. Todas as ações devem ser cuidadosamente registradas.

Entre as principais medidas a serem adotadas no atendimento a mulheres que apresentam gravidez decorrente de violência sexual ou que sofreram violência sexual durante a gravidez incluem-se o cuidado com as **IST**. Parte importante das IST decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Gonorréia, sífilis, 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 IST não virais, é certo que melhores resultados são obtidos quanto mais precocemente se inicia a medida, principalmente dentro das primeiras **72 horas após a violência sexual**. A profilaxia das infecções de transmissão sexual não virais em grávidas que sofrem violência visa os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante.

Está indicada nas situações de exposição possível a estes agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões e idade da mulher.

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

Profilaxia da sífilis

Penicilina G	2.400.000 UI	IM	duas doses, uma por semana (dose total 4.800.000 UI)
Benzatina			

Profilaxia da gonorréia

Ceftriaxona	500 mg	IM	dose única
-------------	--------	----	------------

Profilaxia da clamidíase e do cancro mole

Azitromicina	1 g	VO	dose única
--------------	-----	----	------------

Profilaxia da tricomoníase

Metronidazol	2 g	VO	dose única
--------------	-----	----	------------

Hepatite B

A imunoprofilaxia para a hepatite B está indicada em casos de violência sexual em que ocorrer exposição da gestante ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. Gestantes imunizadas para hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB). Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber uma dose da vacina, devendo completar o esquema posteriormente (1 e 6 meses), além da imunoglobulina. A vacina para hepatite B deve ser aplicada em deltóide, não na região glútea, onde tem menor imunogenicidade. A dose da vacina em microgramas ou mililitros varia de acordo com o fabricante, devendo-se seguir as orientações da bula e as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

As evidências científicas indicam que o uso de IGHAHB é eficaz quando o agressor tem sabidamente hepatite B aguda. Devido à dificuldade de se comprovar o fato nas circunstâncias de violência sexual, optou-se pela recomendação de utilização de IGHAHB em todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema incompleto. Assim, as grávidas em situação de violência sexual também devem receber, além da vacina, dose única de imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB), 0,06 mL/kg, IM, dose única, em extremidade diferente da vacina e se a dose da vacina ultrapassar 5mL, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas.

Importante:

- Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B casos de violência

sexual em que a grávida apresente exposição crônica e repetida com mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual doméstica. A sorologia deve ser realizada para descartar/confirmar infecção prévia.

b) Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B grávidas cujo agressor seja sabidamente vacinado, ou quando ocorrer uso de preservativo masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.

c) Para a hepatite C, não existem alternativas de imunoprofilaxia.

Infecção pelo HIV

Nas situações em que o estado sorológico do agressor não pode ser conhecido em tempo hábil, a profilaxia do HIV deve ser indicada quando ocorrer penetração vaginal e/ou anal, associada ou não ao coito oral. Essa condição corresponde à maioria dos casos de violência sexual atendidos pelos serviços de saúde. Em situações de violência sexual com sexo oral exclusivo, não existem evidências para assegurar a indicação profilática dos antirretrovirais, até o momento, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nesses casos, riscos e benefícios devem ser cuidadosamente ponderados e a decisão deve ser individualizada.

- Não devem receber a profilaxia para o HIV casos de violência sexual em que a mulher, criança ou adolescente apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor.

- Não deverá ser realizada a profilaxia para o HIV quando ocorrer uso de preservativo masculino ou feminino, sem rompimento, durante todo o crime sexual.

Algumas situações excepcionais merecem atenção. A realização do teste anti-HIV no agressor deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia, com o objetivo de suspender a medicação antirretroviral se o resultado for negativo. Também o uso de teste rápido pode ser indicado para a tomada de decisão terapêutica, quando a condição sorológica do agressor é desconhecida, mas ele é identificável e existindo tempo para sua avaliação em menos de 72 horas da violência.

Nos casos em que o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento com uso de antirretrovirais, a decisão do tipo de combinação de medicamentos para profilaxia deverá ser individualizada, idealmente sob orientação de um infectologista. Nesses casos, recomenda-se o uso dos esquemas habituais para profilaxia pós-exposição (PeP) com Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r), com uso de um comprimido combinado TDF/3TC e um comprimido adicional de ATV/r por dia, o que aumenta a adesão, com duração de 28 dias. O caso deve ser encaminhado a um infectologista.

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

submeter ao tratamento. A profilaxia do HIV, com o uso de antirretrovirais, deve ser iniciada no menor prazo possível, até 72 horas após a violência sexual. Os medicamentos devem ser mantidos, sem interrupção, por 4 semanas consecutivas. O esquema de primeira escolha deve combinar três drogas, pela reconhecida maior eficácia na redução da carga viral plasmática.

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

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

Quadro 10.2 – Controle Laboratorial Para Gestantes em Situação de Violência Sexual

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

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

Traumatismos físicos

Poucas mulheres em situação de violência sexual sofrem traumas físicos severos. Gestantes que sofrem abuso sexual são menos atingidas por danos físicos quando comparadas com as demais mulheres. No entanto, os danos físicos influem negativamente nos resultados perinatais, com maior risco de prematuridade e de baixo peso ao nascer. Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer uma diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes. Nas lesões vulvoperineais superficiais e sem sangramento, deve-se proceder apenas com antisepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas, sendo recomendável a profilaxia para o tétano. Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica.

Coleta de material para identificação do agressor

A identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância na violência sexual, tanto para a comprovação do crime como para a identificação do agressor. A maioria dos agressores não são condenados por falta de provas materiais, muitas vezes exigidas pela Justiça. Material do conteúdo vaginal, anal ou oral deve ser coletado por meio de swab ou similar, sendo acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado e identificado, preferencialmente em ambiente climatizado. Nos serviços que dispõem de congelamento do material, tal medida poderá ser adotada. O material não deve ser acondicionado em sacos plásticos que, por manterem umidade, facilitam a proliferação bacteriana, que destrói células e DNA. Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, pela possibilidade de desnaturar o DNA. O material deverá ficar arquivado, em condições adequadas, à disposição da Justiça.

Interrupção legal da gravidez decorrente da violência sexual

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez destaca-se pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. Geralmente, é encarada como segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres. De acordo com o art. 128, inciso II do Código Penal, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro. No entanto, a maioria das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que concordem em realizar o abortamento. Na identificação desses casos durante a assistência pré-natal, é necessário que a mulher seja esclarecida sobre seus direitos e suas opções. Deve ser informada das possibilidades de interromper a gestação até 20 semanas de idade gestacional, de manter a gestação ou da doação da criança após o nascimento. Para cada opção, os serviços de saúde devem estar capacitados para atender a mulher dentro de suas necessidades ou referenciá-la a serviços especializados. Para mais informações, recomenda-se consultar a norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

Recomendações finais

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

- A Lei nº 10.778/03, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher que

forem atendidos em serviços de saúde. O cumprimento dessa medida é fundamental para o dimensionamento do problema e de suas consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema.

- Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou confirmação de maus-tratos ou abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes, incluindo-se as gestantes com idade inferior a 18 anos.

- A palavra da gestante que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, e não se deve confundir seus procedimentos com aqueles reservados à polícia ou à Justiça.

- O boletim de ocorrência (BO) registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e investigação. O laudo do Instituto Médico Legal (IML) é documento elaborado para fazer prova criminal. A exigência de apresentação desses documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal. Embora sejam de indiscutível importância, a assistência à saúde da gestante é prioritária. Não há impedimento legal ou ético para que o profissional de saúde preste a assistência que avaliar como necessária.

- Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o BO, prestar depoimento ou submeter-se a exame pelos peritos do IML. Se por alguma razão não for mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os podem acessar o prontuário ou solicitar os achados de valor médico legal coletados no serviço. Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário.

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

clínico e psicológico das gestantes em situação de violência. Negligenciar esses aspectos, particularmente os emocionais, pode resultar na revitimização da mulher, lamentavelmente produzida pelos serviços de saúde.

11 . ORIENTAÇÕES GERAIS ÀS GESTANTES

Algumas questões são frequentes como dúvidas entre as gestantes e algumas delas serão abordadas neste capítulo.

11.1 – Orientação nutricional

O Índice de Massa Corporal (IMC) normal nas primeiras oito semanas de gravidez está entre 20-25kg/m² e o valor superior do IMC normal ao final da gestação é de 29kg/m². De maneira geral, o ganho ponderal esperado é de 1,2 a 2,0 kg em um mês. Valores menores ou maiores que esses limites exigem avaliação e possível mudança nos hábitos alimentares. O ganho de peso excessivo pode ser decorrente da retenção hídrica na pré-eclâmpsia e preceder o aumento da pressão arterial, devendo ser identificado como “sinal de alerta”. É importante que a unidade de saúde esteja articulada com um serviço de nutrição e dietética que possa acompanhar gestantes que apresentem anormalidades no seu estado nutricional.

É necessário avaliar cada gestante, considerando o peso pré-gestacional, idade e grau de atividade física. Recomenda-se um aumento de 300kcal/dia para suprir as necessidades calóricas diárias de uma gestante. O valor energético total mínimo para uma grávida com peso normal deve ser 35kcal/kg. Para conhecer o histórico alimentar da gestante, pode-se solicitar que a mesma anote os alimentos que ingeriu nos últimos três dias, com os respectivos horários, incluindo líquidos, servindo como base de orientação. Orientar para uma nutrição sem restrições, bem balanceada em proteínas, carboidratos e gorduras. Deve-se evitar leite e derivados não pasteurizados, carne, frango, ovos e peixe crus ou pouco cozidos e frutas e vegetais não-lavados. Pode-se administrar aspartame (dose máxima de 50mg/kg/dia), respeitando-se a contra-indicação para portadoras de fenilcetonúria), a sacarina, o acesulfane K (dose máxima de 313 mg/dia) e a sucralose (dose máxima de 1,6mg/kg/peso/dia).

11.2 – Exercício físico

As mulheres devem ser encorajadas a realizar exercícios de condicionamento aeróbico e de força muscular. As rotinas de exercício podem ter que ser modificadas durante a gravidez para acomodar as alterações anatômicas e fisiológicas normais que ocorrem em mulheres grávidas e para evitar efeitos adversos sobre o feto. Os benefícios potenciais do exercício na gestação incluem:

- Manutenção ou melhoria da resistência cardiorrespiratória, força muscular e resistência, flexibilidade e composição corporal.
- Manutenção ou melhoria na agilidade, coordenação, equilíbrio, potência, tempo de reação e velocidade.
- Evitar ganho excessivo de peso gestacional.
- Prevenção ou redução da gravidade dos sintomas ortopédicos, como dor lombar e dor na cintura pélvica.

- Prevenção da incontinência urinária em mulheres sem incontinência prévia.
- Redução do risco de RN macrossômico.
- Possível redução do risco de diabetes gestacional.
- Possível redução do risco de desenvolver pré-eclâmpsia.
- Possível redução na duração da primeira fase do trabalho de parto, mas sem redução na segunda fase.
- Possível redução do risco de parto cesárea.

O exercício físico na gestação deve ter intensidade moderada por 30 minutos, associado aos cuidados com dieta equilibrada, hidratação, utilização de roupas e calçados adequados além de temperatura ambiente amena, ou seja, evitar as caminhadas nos períodos de maior incidência do sol. Recomenda-se exercício regular três a cinco vezes por semana, numa intensidade que permita conversar começando com 15 minutos e terminando em 30 minutos, movendo grandes grupos musculares (caminhadas, exercícios na água, bicicleta), além de exercícios de alongamento e perineais. Deve-se evitar que a gestante fique de pé, sem se movimentar durante longos períodos de tempo e/ou em decúbito dorsal e recomenda-se evitar atividades com risco de trauma abdominal, entorse dos membros inferiores e perda de equilíbrio. Sugere-se avaliação médica antes de iniciar a atividade física na gestação, que não é o melhor período para iniciar exercícios aeróbicos em mulheres sedentárias ou intensificar treinamento. São contra-indicações ao exercício aeróbio durante a gravidez:

1. Contra-indicações absolutas ao exercício aeróbio durante a gravidez:

- Doença cardíaca hemodinamicamente significativa
- Doença pulmonar restritiva
- Cérvix ou cerclagem incompetente
- Gestação múltipla em risco de parto prematuro
- Hemorragia persistente no segundo ou no terceiro trimestre
- Placenta previa após 26 semanas de gestação
- Trabalho prematuro durante a gravidez atual
- Membranas rompidas
- Preeclâmpsia ou hipertensão induzida pela gravidez
- Anemia grave

2. Contra-indicações relativas ao exercício aeróbio durante a gravidez

- Anemia grave
- Arritmia cardíaca materna não avaliada
- Bronquite crônica
- Diabetes tipo 1 mal controlado
- Obesidade mórbida extrema
- IMC inferior a 12
- História de estilo de vida extremamente sedentário

- Restrição do crescimento fetal na gravidez atual
- Hipertensão arterial mal controlada
- Limitações ortopédicas
- Transtorno convulsivo mal controlado
- Hipertireoidismo mal controlado
- Fumante pesada

11.3 – Sexualidade

Não há razão para contra-indicar a atividade sexual na gestação, orientando-se, no entanto, abstinência nos casos de amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro, insuficiência istmo-cervical, colo uterino encurtado e síndromes hemorrágicas. O uso de preservativo deve ser recomendado em função do risco associado com a aquisição de doenças que podem ser transmitidas pela relação sexual, incluindo-se o vírus zika, além de sífilis, HIV e hepatite, por exemplo.

11.4 – Trabalho

A atividade laboral pode continuar nas gestações de baixo risco até o momento do parto, devendo-se avaliar as condições de trabalho, particularmente possibilidade de acidentes, exposição a calor, trabalho noturno e longos períodos em pé ou realizando atividades físicas extenuantes. Nestas situações, deve-se recomendar mudança de função. Nos casos de complicações da gestação, cada situação deve ser analisada com cuidado. Algumas informações legais serão comentadas em capítulo próprio.

11.5 – Direção de veículo

O cinto de segurança recomendado é o de três pontos. A parte inferior deve passar acima das cristas ilíacas e a parte superior pela linha inter-mamária, ao lado do útero, ajustado ao terço médio da clavícula, nunca comprimindo o útero gravídico. O banco deve ficar o mais afastado possível do volante. A gestante deve sentar-se no assento dianteiro à direita (passageiro) caso o veículo não esteja equipado com cintos de três pontos nos assentos traseiros. Não deixar qualquer objeto entre o cinto e o corpo, que possam prejudicar o deslizamento pelo corpo em caso de impacto. A Associação Brasileira de Medicina do Tráfego não recomenda que grávidas dirijam veículos se: a idade gestacional for superior a 36 semanas, existir edema acentuado dos pés, queixas de náuseas, cãibras, tonturas e vômitos, ameaça de abortamento, hemorragias, hipertensão, no calor demasiado e jejum prolongado.

11.6 – Uso de repelentes de inseto durante a gravidez

• Repelentes tópicos

Produtos repelentes de uso tópico devidamente registrados na ANVISA podem ser utilizados por gestantes. Neles se incluem n,n-dietil-meta-toluamida (DEET), além de hydroxyethyl isobutyl piperidine carboxylate (Icaridin ou Picaridin) e ethyl butylacetylaminopropionate (EBAAP ou IR3535), além de óleos essenciais, como Citronela. Entretanto, deve-se levar em as recomendações de uso da rotulagem (tabela 1).

Orienta-se aplicação 2 a 3 vezes ao dia apenas sobre a pele exposta e nas roupas (não aplicar em região coberta pela roupa), não utilizar sobre feridas ou mucosas, evitando-se dormir com o repelente no corpo. Estes repelentes protegem durante 2 a 10 horas. Quando aplicados, devem sempre ser o último produto a ser passado na pele, depois dos filtros solares, hidratantes ou maquiagem. Evitar contato com olhos, nariz e boca.

Tabela 1 – Repelentes disponíveis comercialmente no Brasil, concentrações e tempo de ação estimado

Princípio ativo	Produto (fabricante) e formas de apresentação	Concentração (%)*	Idade permitida*	Tempo de ação estimado *
DEET	Autan (Johnson Geras) aerossol, loção, <i>spray</i>	6-9	>2 anos	Até 2 horas
	OFF (Johnson Ceras) loção, <i>spray</i>	6-9	>2 anos	Até 2 horas
	OFF kid (Johnson Ceras) loção	6-9	>2 anos	Até 2 horas
	OFF (Johnson Ceras) aerossol	14	>12 anos	Até 6 horas
	Super Repelex (Reckitt Benckis) <i>spray</i> , loção	14,5	>12 anos	Até 6 horas
	aerossol	11,05		
	Super Repelex kids gel (Reckitt Benckis)	7,34	>2 anos	Até 4 horas
Icaridina	Exposis adulto (Osler) gel, <i>spray</i>	50	>12 anos	Até 5 horas
	Exposis Extreme (Osler) <i>spray</i>	25	>10 anos	Até 10 horas
	Exposis Infantil (Osler) <i>spray</i>	25	>2 anos	Até 10 horas
IR 3535	Loção antimosquito (Johnson & Johnson)	**	>6 anos	Até 4 horas
Óleo de citronela	Citromim <i>spray</i> (Weleda)	1,2	>2 anos	Até 2 horas

* informações fornecidas pelo fabricante; ** informação não fornecida pela empresa fabricante.

• Repelentes ambientais e inseticidas

Repelentes ambientais e inseticidas também podem ser utilizados em ambientes frequentados por gestantes, desde que devidamente registrados na ANVISA. A segurança para a utilização desses produtos em ambientes frequentados

por gestantes depende da estrita obediência a todos os cuidados e precauções descritas nos rótulos dos produtos. Os produtos comumente utilizados no combate e/ou no controle da população do mosquito *Aedes aegypti* são: inseticidas, indicados para matar os mosquitos adultos, possuem substâncias ativas que matam os mosquitos e componentes complementares como solubilizantes e conservantes (encontrados principalmente em spray e aerossol), e repelentes, que afastam os mosquitos do ambiente (encontrados na forma de espirais, líquidos e pastilhas utilizadas, por exemplo, em aparelhos elétricos). Os repelentes utilizados em aparelhos elétricos ou espirais não devem ser utilizados em locais com pouca ventilação nem na presença de pessoas asmáticas ou com alergias respiratórias. Podem ser utilizados em qualquer ambiente da casa desde que estejam, no mínimo, a dois metros de distância das pessoas. Os inseticidas “naturais” à base de citronela, andiroba e óleo de cravo, entre outros, não possuem comprovação de eficácia nem a aprovação pela ANVISA. Além disso, a Tiamina ou Vitamina B não apresenta eficácia comprovada como repelente e esta indicação de uso não é aprovada.

Para evitar focos de mosquito *Aedes aegypti* e, conseqüentemente, combater a dengue, a chikungunya e a zika, é importante o adequado armazenamento de água, o acondicionamento do lixo e a eliminação de todos os recipientes sem uso que possam acumular água e virar criadouros do mosquito, como, por exemplo, os pratinhos dos vasos de plantas, que podem ser enchidos com areia.

12 . ASPECTOS PSICO-EMOCIONAIS

12.1 – Na gravidez

Para que essa atenção seja adequada, é relevante que a mulher seja avaliada considerando o ambiente em que vive, sua história social e as transformações emocionais que experimenta. A adequada relação entre todos os indivíduos envolvidos (cliente, família, cuidadores) é uma dimensão necessária que gera segurança, propicia uma ação individualizada e cria vínculo. É necessário promover um clima de acolhida, baseado em confiança e empatia com respeito à experiência pessoal da gestante. Os profissionais devem oferecer oportunidade para que a mulher expresse as suas queixas e dúvidas, evitando direcionamento rígido. Deve-se valorizar a capacidade de escutar, evitando excesso ou insuficiência de informação e linguagem excessivamente técnica, que inibam a comunicação ativa da mulher com a equipe de saúde.

Nas consultas, é importante que o profissional de saúde observe alguns aspectos:

- A primeira consulta geralmente ocorre quando a mulher já elaborou algumas reações quanto ao seu estado gravídico. Neste momento, já deve ter tomado decisões, como dar continuidade à gestação. Isso não previne que inseguranças estejam presentes. Não é incomum haver uma demanda emocional importante a ser acolhida.
- Reconheça que a ambivalência com relação à gravidez é um sentimento normal. Toda gestante quer e não quer estar grávida, daí a necessidade de compreender essa circunstância, sem julgamentos;
- Acolha as dúvidas da gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar esse papel de forma adequada;
- Compreenda a vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;
- Reconheça as condições emocionais e sociais dessa gestação: se a gestante tem um companheiro ou está sozinha, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez. Enfim, o contexto em que essa gravidez ocorreu e as repercussões dela na gestante;
- Perceba que a gestante pode estar buscando figura de apoio e o profissional será constantemente procurado, às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas ameaçadoras para ela;
- De informações claras, esclareça as dúvidas e repita as informações sempre que necessário;
- Estabeleça relação de confiança e respeito mútuos;
- Considere que os exames de imagem podem promover um “encontro da mãe com o seu filho”. Lembre-se que os exames podem ter interpretações distintas para os profissionais de saúde e para a mulher;
- Proporcione espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa se envolver no ativamente.

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

No primeiro trimestre:

- Temor de abortamento e de malformações fetais;
- Ambivalência quanto à gravidez;
- Instabilidade de humor, com aumento da irritabilidade;
- Percepção das primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço;
- Desejos e aversões por determinados alimentos.

No segundo trimestre:

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

No terceiro trimestre:

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

12.2 – No puerpério

É importante que a equipe de saúde esteja próxima e acessível, na unidade de saúde e/ou em visitas familiares. Os profissionais devem compreender que o puerpério é um período em que os sentimentos gerados pela necessidade de ajuste ao filho real, as transformações corporais e a mudança na configuração familiar exigem muito esforço psíquico da mulher. Isso requer cuidadosa atenção dos familiares e cuidadores. Para dar acolhida a estes aspectos, é indispensável que a equipe multiprofissional:

- Promova o contato precoce após o parto e o alojamento conjunto no pós-parto imediato, pois, ao propiciar o contato próximo entre a mãe e recém-nascido, estará promovendo o vínculo, incentivando o aleitamento materno e auxiliando a mulher a se sentir segura para assumir os cuidados.
- Dê atenção a sintomas, evitando a tendência de justificar todas as queixas como problemas relacionados ao curso habitual do período;
- Valorize o diálogo e as informações dos acompanhantes, desenvolvendo uma postura de apoio e crítica habilidosa;
- Reconheça que a dúvida pode representar uma busca legítima de apoio;
- Promova o vínculo familiar;
- Estimule o auto-cuidado, agende e garanta comparecimento à consulta de

revisão após o parto, após 45-60 dias. Em caso de óbito fetal ou neonatal nos primeiros 30 dias, o retorno deve ser em 30 dias e o acompanhamento domiciliar para apoio é indispensável aos 7 e 15 dias pós-parto.

Alguns aspectos importantes psíquicos do puerpério devem ser lembrados:

- Há um ajuste entre a imagem do filho ideal, construída durante a gestação e o filho real, apresentado à mulher após o parto;
- Surge o desafio da relação entre a mãe e seu filho, baseada num padrão de comunicação não verbal,
- O ciúme, que pode ser gerado em outros filhos a partir da reorganização do núcleo familiar, representa uma intensa exigência na busca de equilíbrio nas relações e no cotidiano do núcleo familiar;
- A mulher geralmente tem as suas necessidades preteridas em privilégio do recém-nascido, o que pode gerar ansiedades, incluindo a idealização do melhor cuidado;
- A convivência com a criança é uma situação nova, o que é particularmente desafiador quando o puerpério tem um curso anormal, ou quando o recém-nascido é prematuro, malformado ou apresentar alguma doença;
- A amamentação pode exigir muito da puérpera, produzindo sensação de incapacidade, preocupações estéticas ou a idéia de ser uma etapa de dependência infinita na relação com o seu filho;
- As alterações na esfera sexual, incluindo redução do desejo, são frequentemente intensificadas pelas transformações físicas e podem potencializar sentimentos de exclusão do companheiro.

É importante que a equipe de saúde esteja preparada para reconhecer as alterações emocionais do puerpério e que saiba diferenciar as alterações transitórias daquelas potencialmente mais graves, para que possa orientar a mulher e seus familiares para a conduta mais adequada. São elas:

- Tristeza materna, blues puerperal ou baby blues: manifestação mais freqüente, acometendo de 50 a 70% das puérperas. É definido como estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade;
- depressão pós-parto: menos freqüente, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas. Os sintomas incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê;
- psicose puerperal: manifestação mais rara, ocorre entre 1,1 e 4 para cada 1.000 nascimentos, mais comum em mulheres com distúrbios psiquiátricos prévios. O início é abrupto, os sintomas surgem até 2 ou 3 semanas pós-parto,

quando a puérpera já se encontra fora da maternidade. Os sintomas incluem quadro alucinatório delirante, grave e agudo; delírios que envolvem seus filhos; estado confusional; comportamento desorganizado. Há risco para a própria mulher e para o bebê e é necessário que se proceda a encaminhamento para especialista em saúde mental.

13 . ASPECTOS TRABALHISTAS E ÉTICOS-LEGAIS

13.1 – Questões de acesso aos serviços de saúde e cidadania

É importante que as gestantes, familiares e profissionais de saúde tenham conhecimento de direitos e deveres da gestante como cidadã. O Código de Ética Médica, Art. 73, diz que é vedado ao médico “Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”. Toda gestante no âmbito do SUS tem direito a conhecimento e a vinculação prévia à maternidade onde receberá assistência (Lei 11.634/2007), com direito a acompanhante de sua escolha. As gestantes, como qualquer paciente, possuem direitos estabelecidos no Estado de São Paulo (Lei Estadual nº 10.241/1999), com enfoque no respeito à dignidade humana. São, ainda direitos do usuário:

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

13.2 – Atividade laboral

A mulher, ao descobrir a sua gravidez, deve informar a empresa onde trabalha, no menor tempo possível. A empresa é proibida de demiti-la, sem justa causa. Se a demissão foi imotivada, a gestante tem o direito de reintegração no seu emprego, se ocorrer no período de estabilidade; se estiver fora desse período, a garantia restringe-se aos salários e direitos adicionais correspondentes ao expediente de estabilidade. O Tribunal Superior do Trabalho (Súmula 24) não afasta o direito ao recebimento de indenização da estabilidade pela alegação de desconhecimento do estado gravídico, quando da decisão pela demissão.

Quando as condições de saúde exigirem ou houver risco à gravidez, é garantido à gestante mudança de função, tendo o direito de retorno após a gestação e parto (art. 392, par. 4º, I CLT). É facultado à gestante romper qualquer contrato de trabalho se for constatado, mediante atestado médico, que a atividade laboral pode ser prejudicial à sua saúde (art. 394 da CLT).

13.3 – Licença-maternidade

A licença à grávida, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias está garantida no artigo 7º, inciso XVIII da Constituição Federal. Pode iniciar-se a partir do 28º dia antes do parto, pela CLT. Se o parto for antecipado ou a licença for iniciada pós-parto, o período de gozo é integral (art. 392, CLT).

A Lei que amplia a licença maternidade para 180 dias foi sancionado em 09 de setembro de 2008. A adesão ao programa é facultativa por empresas privadas. Em caso de óbito fetal, aplica-se o direito a licença-maternidade como no caso de nascimento de feto vivo. Nos casos de aborto, a lei contempla o direito a repouso remunerado de duas semanas e retorno à função que ocupava antes.

13.4 – Licença paternidade

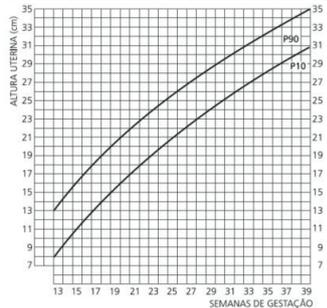
Pelo artigo VII, inciso XIX, e pelo artigo X, parágrafo I, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e pela Constituição Federal, o pai tem direito a uma licença-paternidade de 5 (cinco) dias contínuos logo após o nascimento do seu bebê. Algumas empresas, atualmente, já aderiram à licença-paternidade de 15 dias, apesar de ainda não haver legislação que regulamente o referido período. O pai tem o direito de participar do pré-natal e de ter acesso ao acompanhamento da gestante no hospital e na maternidade.

13.5 – Amamentação

A mulher que esteja amamentando, tem o direito a dois descansos especiais remunerados, de 30 minutos cada, durante a jornada de trabalho, até que o seu filho complete seis meses de vida. Também pode ter direito a creche no período de amamentação no local de trabalho ou pago pelo empregador.

ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de Acompanhamento Pré Natal

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE FICHA DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	
IDENTIFICAÇÃO	
RG/Unidade: _____	
Nome: _____ SIS Pré-Natal: _____ Cartão SUS: _____	
Idade: _____ Cor (por auto declaração): <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	
Alfabetizada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Estado civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____	
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____	
Nome do acompanhante para o parto: _____ Maternidade de referência: _____	
Responsável pelo registro: _____ Data de registro no pré-natal: _____	
ANTECEDENTES DESSA GRAVIDEZ: (CONDIÇÕES EM QUE ENGRAVIDOU, SINTOMAS, INTERNAÇÕES, USO DE MEDICAMENTOS, HÁBITOS, VÍCIOS, PESO, DIETA, EXERCÍCIOS, VACINAS, CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO, ATIVIDADE PROFISSIONAL... _____ _____ _____ _____	
ANTECEDENTES PESSOAIS PRÉ-GESTACIONAIS (INTERNAÇÕES, TRANSFUSÕES, HÁBITOS, VÍCIOS, PESO HABITUAL, DIETA, EXERCÍCIOS, DOENÇAS PRÉVIAS, VACINAS PRÉVIAS...) _____ _____ _____	
ANTECEDENTES FAMILIARES _____ _____	
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Menarca: _____ DUM: _____ DPP: ____/____/____ DUM Confirmada por USG < 20 sem.: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ciclos regulares: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Método contraceptivo: _____	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Gestações: _____ Partos normais: _____ Fórceps: _____ Cesarianas: _____ Abortos: _____ Espontâneos: _____ Provocados: _____	RECÉM-NASCIDOS Mal-formação(ões): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ Prematuro(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ Natimorto(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ Neomorto(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: < 01 semana: _____ > 01 semana: _____ Peso: < 2500g: _____ ≥ 4000g: _____
IMUNIZAÇÕES Vacina anti-tetânica: <input type="checkbox"/> Imune < 5a <input type="checkbox"/> Imune > 5a <input type="checkbox"/> Ignorado ou não imune 1ª Dose: ____/____/____ 2ª Dose: ____/____/____ 3ª Dose: ____/____/____ Reforço: ____/____/____ Vacina influenza: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Imunoglobulina anti-D (28 semanas): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Atividades educativas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Visita a maternidade: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____	CURVA DE ALTURA UTERINA / IDADE GESTACIONAL 

Preparando amamentação e puerpério: ___/___/___

OUTROS DADOS (VISITAS DOMICILIARES...)

ENCAMINHAMENTOS

Referência	Motivo

DADOS DO PARTO
 Início Trabalho de Parto: Espontâneo Induzido Via: Vaginal Fórcipe Cesariana, indicação: _____
 Idade gestacional: _____
 Morte fetal: Não Sim Complicações no trabalho de parto ou parto: Não Sim _____
 Acompanhante: Sim Não: _____ Técnicas para aliviar a dor? Massagem Chuveiro ou banheira Analgésia peridural (nas costas)

RECÉM-NASCIDO
 Sexo: Feminino Masculino APGAR: 1' ___ 5' ___ Reanimação: Sim Não Peso: _____ gr. Adequação do peso: Adequado Pequeno Grande
 Mal-formação: Não Sim Evolução neonatal: Normal Anormal: _____
 Puerpério fisiológico: Sim Não: _____

PUERPÉRIO
 Dificuldades no aleitamento: Não Sim: _____
 Visitas pós-parto
 1. Data: ___/___/___ Queixa: _____ Conduta: _____ Retorno: ___/___/___
 Mucosas: Coradas Descoradas Mamas: Normais Alteradas Abdome: _____ mm II: _____ Puerpério normal: Sim Não
 2. Data: ___/___/___ Queixa: _____ Conduta: _____ Retorno: ___/___/___
 Mucosas: Coradas Descoradas Mamas: Normais Alteradas Abdome: _____ mm II: _____ Puerpério normal: Sim Não

Método anticoncepcional iniciado: Condom Oral com progestágeno Oral combinado Anel vaginal Injetável mensal (E+P)
Injetável trimestral (P) DIU cobre SIU-P Implante sub-dérmico Ligadura tubárea Outros. _____ Data de início: ___/___/___

Anexo 2 – Formulário de encaminhamento

	GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Encaminhamento	
UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____	
Endereço: _____	Telefone: _____
Contato feito com: _____	
Nome da paciente: _____	Idade: _____
Diagnósticos: _____ _____ _____	
Resumo de história clínica: _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Principais exames complementares: _____ _____ _____	
Tratamentos realizados: _____ _____ _____	
Responsável pelo encaminhamento: _____ (nome/carimbo)	
AVALIAÇÃO NA REFERÊNCIA: _____ _____ _____ _____	
Responsável pela avaliação: _____ (nome/carimbo)	
Contato: _____	

Anexo 3 – Medicamentos essenciais na atenção pré-natal, ao parto e puerpério

Nº Medicamento	Uso	Apresentação RENAME
1 Acetato de medroxiprogesterona	Anticoncepcional injetável trimestral	150 mg/ml
2 Aciclovir	Herpes simples	Comp. 200 mg Pó para sol. inj. 250 mg
3 Ácido acetilsalicílico	Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, infarto do miocárdio	Comp. 100 mg Comp. 500 mg
4 Ácido fólico	Anemia, prevenção defeitos tubo neural e anemia megaloblástica	Solução oral – 0,2mg/mL
5 Ácido fólico	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 15 mg
6 Alfa-metildopa	Hipertensão arterial	Comp. rev. 250 e 500mg
7 Aminofilina	Asma + apnéia do RN, embolia pulmonar	Comp. 100 mg Sol. inj. 24 mg/ml
8 Amoxicilina	Antibioticoterapia	Cáp. 500 mg
9 Ampicilina	Infecção urinária, infecções RN, abortamento infectado septicemia, infecção puerperal, endocardite bacteriana	Pó susp. oral 50 mg/mL Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 500 mg Comp. 500 mg
10 Azitromicina	Antibioticoterapia	Comp. 500 mg
11 Betametasona	Trabalho parto prematuro	Sol. inj. 12 mg
12 Bromocriptina	Hiperprolactinemia	Comp. 2,5 mg Comp. 5 mg
13 Cabergolina	Inibição da lactação	Comp. 0,5 mg
14 Carbamazepina	Epilepsia	Comp. 200 mg Xarope 20 mg/ml
15 Carbonato de cálcio	Deficiência de cálcio/prevenção PE	Comp. 500mg
16 Cefalosporina 1ª geração	Infecção urinária, bacteriúria	Cáp. 500 mg Susp. oral 50 mg/ml
17 Cefalosporina de 3ª geração (cefotaxima, ceftazidima, ceftriaxona)	Antibioticoterapia, infecção urinária, septicemia	Pó para sol. inj. 500 mg Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 250 mg

18 Clindamicina	Malária falciparum, infecção RN, vaginose bacteriana, abortamento infectado septicemia, infecção puerperal, embolia pulmonar, corioamnionite	Cáp. 150 mg Cáp. 75 mg Sol. inj. 150 mg/ml
19 Clonazepam	Epilepsia	Comp. 0,5 mg Comp. 2 mg Sol. oral gotas 2,5 mg/ml
20 Cromoglicatos	Asma	Aerossol 500 µg/d
21 Dexametasona	Trabalho parto prematuro broncodisplasia RN	Sol. inj. 2 mg/ml Sol. inj. 4 mg/ml
22 Diazepan	Hemorragia intracraniana, depressão, outros	Comp. 2 mg Comp. 5 mg Sol. inj. 5 mg/ml
23 Dimeticona/simeticona	Gases	Comp. 40 mg Comp. 120 mg
24 Dipirona	Analgésico, antitérmico	Sol. oral 500 mg/ml Sol. inj. 500 mg/ml
25 Eritromicina	Antibioticoterapia	Cáp. 500 mg Comp. rev. 500 mg Susp. oral 25 mg/ml
26 Espiramicina	Toxoplasmose	Comp. rev. 500 mg
27 Fenitoína 250 mg	Eclâmpsia, convulsões RN	Comp. 100 mg Susp. oral 25 mg/ml Sol. inj. 100 mg/ml
28 Fenobarbital	Epilepsia	Comp. 100mg Gts. oral 40 mg/ml Sol. inj. 100 mg/ml
29 Fenoterol	Asma	Xarope 0,05 mg/ml Xarope 0,5 mg/ml Gotas 5 mg/ml Comp. 2,5 mg Inalante 0,5 mg/2 ml Inalante 1,25 mg/ml Aerossol 4 mg/ml Aerossol 2 mg/ml
30 Furosemida ou espironolactona	Diurético + broncodisplasia RN + edema agudo de pulmão	Comp. 40 mg Sol. inj. 10 mg/ml; Comp. 25 mg
31 Gentamicina ou amicacina	Abortamento infectado, infecções RN, septicemia, corioamnionite, infecção puerperal	Sol. inj. 10 mg/ml e 40 mg/ml; Sol. inj. 50 mg/ml e 250 mg/ml

32	Gluconato de cálcio a 10%	Antídoto do sulfato de magnésio, em casos de parada respiratória, hipocalcemia RN	Sol. inj. 0,45 mEq por ml (10%)
33	Hexahidrobenzoato de estradiol	Inibição da lactação	Sol. inj. 5 mg
34	Hidralazina 20 mg	Hipertensão arterial	Sol. inj. 20 mg/ml
35	Hidrocortisona	Asma	Pó para sol. inj. 100 e 500 mg
36	Hidróxido de alumínio e magnésio	Azia	Comp. mastigável 200 mg + 200 mg Susp. oral 35,6 mg + 37 mg/ml
37	Hioscina/ butilescopolamina	Cólicas	Comp. 10 mg
38	Imunoglobulina humana anti-D	Isoimunização materno-fetal	Sol. inj. 300 mg
39	Imunoglobulina humana anti-hepatite B	Hepatite B	Sol. inj. 200 UI/ml
40	Insulina	Diabetes	Sol. inj. 100 UI/ml
41	Iodeto de potássio	Crise tireotóxica	Sol. oral iodo 50 mg + iodeto 100 mg/ml
42	Lamiduvina	Profilaxia infecção HIV	Comp. 150 mg Sol. oral 10 mg/ml
43	Mebendazol	Helmintíase	Comp. 150 mg Susp. oral 20 mg/ml
44	Metilprednisolona	Asma	Pó para sol. inj. 500 mg
45	Metoclopramida	Hiperêmese	Comp. 10 mg Sol. oral 4 mg/ml Sol. inj. 5 mg/ml
46	Metotrexate	Gravidez ectópica	Sol. inj. 50 mg
47	Metronidazol	Vaginites, infecção puerperal, septicemia, abortamento infectado	Comp. 250 mg
48	Metronidazol creme vag.	Corrimentos, colpíte, abortamento infectado	Creme vag. 5%
49	Miconazol	Antifúngico	Creme 2% Creme vaginal 2% Gel oral 2% Loção 2% Pó 2%
50	Misoprostol	Indução trabalho de parto precoce, óbito fetal, hemorragia puerperal	Comp. 25 µg Comp. 200 µg

51 Nelfinavir	Profilaxia infecção HIV	Comp. 250 mg Pó sol. oral 50 mg
52 Nifedipina	Crise hipertensiva/Hipertensão arterial	Comp. 10mg (ação rápida) Comp 20 mg (uso manutenção)
53 Nistatina creme vag.	Corrimentos, colpíte	Creme vag. 25.000 UI/g
54 Nitrofurantoína	Infecção urinária, bacteriúria	Comp. 100 mg Susp. oral 5 mg/ml
55 Oxacilina	Antibioticoterapia sífilis RN	Pó para sol. inj. 500 mg
56 Paracetamol/acetaminofen	Analgésico, antitérmico	Comp. 500 mg Sol. oral 100 mg/ml
57 Penicilina benzatina	Sífilis	Pó para sol. inj. 600.000 UI e 1.200.000 UI
58 Penicilina cristalina	Antibioticoterapia, endocardite bacteriana	Sol. inj. 1; 1,5; 5 e 10 milhões de UI
59 Pirimetamina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 25 mg
60 Prednisona	Lúpus eritematoso sistêmico, asma	Comp. 5 mg Comp. 20 mg
61 Propanolol	Hipertensão arterial crise tireotóxica, hipertireoidismo	Comp. 40 mg Comp. 80 mg
62 Rifampicina	Hanseníase, tuberculose	Cáp. 300 mg
63 Salbutamol	Trabalho parto prematuro, asma	Xarope 0,4 mg/ml Aerossol 100 µg por dose Sol. inj. 500 µg/ml Comp. 2mg Sol. ina. 5mg/ml
64 Sulfadiazina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 500 mg
65 Sulfametoxazol + trimetoprim	Quimioprofilaxia para Pneumocystis carinii, antibioticoterapia	Comp. 400 + 80 mg Sol. inj. 80 + 16 mg/ml Susp. oral 40 + 8 mg/ml
66 Sulfato de magnésio a 10% e 50%	Eclâmpsia (convulsão e emergência hipertensiva), hipomagnesemia RN	Ampola 10ml (1g a 10% e 5g a 50%)
67 Sulfato ferroso	Anemia	Comp. revest. 40 mg Sol. oral 25 mg/ml
68 Teofilina	Asma	Comp. lib. len. 100 mg e 200 mg
69 Tiabendazol	Estrongiloidíase	Comp. 500 mg Susp. oral 50 mg/ml
70 Verapamil	Hipertensão arterial	Comp. 40 mg Comp. 80 mg

71 Vitamina A

Puerpério

Cáp. 200.000 UI
Sol. oral 150.000 UI/ml

72 Zidovudina

Terapia anti-retroviral

Cáp. 100 mg

Anexo 4 – Antibióticos na gestação

Table 2 Antimicrobials in pregnancy			
Drug	Fetal Toxicity	Comments	Prior FDA Category
Penicillins			
Penicillin G	Low risk	Commonly used	B
Amoxicillin	Low risk	Commonly used	B
Ampicillin	Low risk	Commonly used	B
Cephalosporins			
Cephalexin	Low risk	1st generation; commonly used	B
Cefuroxime	Low risk	2nd generation; commonly used	B
Ceftriaxone	Low risk	3rd generation; commonly used	B
Ceftazidime	Low risk (limited data)	3rd generation with antipseudomonal coverage	B
Cefepime	Low risk (limited data)	4th generation with antipseudomonal coverage	B
Monobactams			
Aztreonam	Low risk (limited data)	Limited data; consider ID consultation	B
Carbapenems			
Imipenem	Very limited data	Limited data; must be administered with cilastatin; consider ID consultation	C
Meropenem	Very limited data	Limited data; consider ID consultation	B
Lincosamides			
Clindamycin	Low risk	Commonly used; useful in penicillin-allergic patients	B
Macrolides			
Azithromycin	Low risk	Commonly used	B
Erythromycin	Low risk	More gastrointestinal side effects than azithromycin	
Nitrofurans			
Nitrofurantoin	Controversial teratogenic risk; risk of hemolytic anemia in G6PD deficiency during third trimester	Commonly used; use only for lower UTIs	B
Phosphonics			
Fosfomycin	Low risk (limited data)	Use for only for lower UTIs	B
Sulfonamides			
Sulfadiazine	Risk of antifolate teratogenesis; risk of hyperbilirubinemia in third trimester	Avoid if alternatives available	C
Trimethoprim-sulfamethoxazole	Risk of antifolate teratogenesis	Avoid in pregnancy	C
Glycopeptides			
Vancomycin	Very limited data	Limited data; consider ID consultation	B
Oxazolidinones			
Linezolid	Only case reports available	Limited data; consider ID consultation	C
Lipopeptides			
Daptomycin	Only case reports available	Limited data; consider ID consultation	B
Aminoglycosides			
Gentamycin	Potential risks of ototoxicity and nephrotoxicity	Commonly used; useful for pyelonephritis	C
Fluoroquinolones			
Ciprofloxacin	Theoretic risk of arthropathy	Avoid in pregnancy	C
Tetracyclines			
Tetracycline	Risk of teratogenicity and discoloration of teeth/bones	Avoid in pregnancy	D
Doxycycline	—	Avoid in pregnancy	D

Abbreviations: G6PD, glucose-6-phosphate dehydrogenase; ID, infectious disease.
Data from Refs. 19,27,28,44

Anexo 5 – Uso de drogas na amamentação

GRUPOS DE DROGAS	USO CONTRA-INDICADO DURANTE A LACTAÇÃO	USO CRITERIOSO DURANTE A LACTAÇÃO	USO COMPATÍVEL COM A LACTAÇÃO
ANALGÉSICOS, ANTITÉRMICOS, ANTIINFLAMATÓRIOS E OPIÁCEOS	Sais de ouro.	Fenilbutazona, indometacina, dextropropoxifeno. Doses elevadas/uso prolongado: morfina, codeína, petidina, salicilatos.	Ácidos mefenâmico e flufenâmico. Diclofenaco. Piroxicam. Naproxeno, cetoprofeno, ibuprofeno, colchicina. Paracetamol, dipirona. Uso de curta duração: morfina, codeína, petidina, salicilatos.
ANTIBIÓTICOS E ANTIINFECCIOSOS	Doxaciclina.	Clindamicina, cloranfenicol, imipenem. Sulfametoxazol, sulfonamidas, nitrofurantoína, ácido nalidíxico. Quinolonas: evitar ciprofloxacina, preferir norfloxacina. Antivirais. Escabicidas: lindano e monossulfiran. Antimicóticos: cetoconazol, itraconazol, terconazol, isoconazol. Metronidazol, tinidazol, furazolidona. Antimaláricos. Pirimetamina. Clofazimina, dapsona.	Penicilinas, ampicilina, amoxicilina, carbenicilina, oxacilina, cefalosporinas, aminoglicosídeos, aztreonam, teicoplanina, vancomicina, eritromicina, azitromicina, claritromicina, lincomicina, tetraciclina, rifampicina, tuberculostáticos. Antivirais: aciclovir, idoxuridina. Escabicidas: exceto lindano e monossulfiran. Antimicóticos: miconazol, nistatina, fluconazol, clortrimazol, anfotericina B, griseofulvina. Anti-helmínticos. Antiesquistossomóticos. Pentamina, antimoniato de meglumina.
MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOUSO 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, sulpirda, clorpromazina, levopromazina, flufenazina, periciazina, tioridazina, pipotiazina. Derivados da ergotamina (antieméticos). Antiparkinsonianos.	Benzodiazepínicos: oxazepam e lorazepam. Anticonvulsivantes: carbamazepina, ácido valpróico. 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.

MISCALÊNIA

Amiodarona.
Antineoplásicos:
citotóxicos/imu-
nosuppressores.
Substâncias radio-
ativas. Fenindiona.

Omeprazol, lansoprazol,
pantoprazol. Teofilina, ami-
nofilina. Iodetos, Iodopovi-
dona. Antitussígenos.
Nafazolina, oximetazolina,
fenilefrina. Carisoprodol.
Clonidina. Pizotifeno. Re-
serpina. Bebidas alcoólicas.
Nicotina.

Antiácidos. Cimetidina, rani-
tidina, famotidina, cisaprida,
metoclopramida, bromopri-
da, alisaprida, domperidona.
Anti-histamínicos: preferir
loratadina. Descongestio-
nantes. Mucolíticos: exceto
iodetos. Broncodilatadores
orais e inalados. Heparina,
warfarin, dicumarol.
Betabloqueadores: preferir
propranolol, labetalol.
Digitálicos. Bloqueadores de
canais de cálcio: nifedipina,
verapamil. Anti-hipertensi-
vos: metildopa, captopril,
hidralazina. Diuréticos. Lido-
caína. Laxativos. Vitaminas.
Imunoglobulinas. Vacinas.

- Suspende a amamentação temporária ou definitivamente.
- Podem ser usados em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais.
- Uso potencialmente seguro em doses habituais.

