

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MANUAL TÉCNICO

PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO
ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5

BRASÍLIA – DF
2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA

MANUAL TÉCNICO

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5

Brasília – DF
2006

© 2005. Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer outro fim comercial. A responsabilidade pela cessão dos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5

Tiragem: 1ª edição – 2005 – 1.000 exemplares

3ª edição revisada – 2006 – 115.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Mulher

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-Sede, 6º Andar, Sala 629

CEP: 70058-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 3315 2933 – Fax: (61) 3315 3403

E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br>

Ministro da Saúde:

Agenor Álvares

Secretaria de Atenção à Saúde:

José Gomes Temporão

Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas:

Maria Cristina Boaretto

Área Técnica de Saúde da Mulher:

Maria José de Oliveira Araújo

Organizadores:

José Guilherme Cecatti, Mary Ângela Parpinelli, Suzanne Jacob Serruya, Verônica Batista Gonçalves dos Reis.

Autores:

Adauto Martins Soares Filho, Ana Sudária de Lemos Serra, Daphne Rattner, Deurides Ribeiro Navega Cruz, Giani Silvana Schwengber Cezimbra, Helaine Maria Besteti Pires, Isa Paula Hamouche Abreu, Janine Schirmer, Jefferson Drezett, José Guilherme Cecatti, José Júlio Tedesco, Marcia Cavalcante Vinhas Lucas, Maria Auxiliadora da Silva Benevides, Maria Sílvia Velutini Setúbal, Mary Angela Parpinelli, Mercegarilda Costa, Mônica Lopez Vázquez, Monique Nancy Sessler, Regina Sarmento, Ricardo H. Fescina, Rivaldo Mendes de Albuquerque, Rui Rafael Durlacher, Susana Martha Penzo de Fescina, Suzanne Serruya e Verônica Batista Gonçalves dos Reis.

Colaboradores:

Adson Roberto França Santos, Ana Cecília Lins Sucupira, Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos, Berardo Augusto Numan, Carla Brasil, Carlos Alberto Machado, Carlos Augusto Alencar Júnior, Denise P. Gigante, Doris Sztutman Bergmann, Eduardo Campos de Oliveira, Elizabeth Accioly, Emílio Francisco Marussi, Feizi Milani, Fernanda Nogueira, Gerusa Maria Figueiredo, Gregório Lorenzo Acácio, Ivone Peixoto Gonçalves de Oliveira, João Batista Marinho C. Lima, João Eduardo Pereira, Joselito Pedrosa, Júnia Cardoso, Kelva Karina de Aquino, Kleber Cursino de Andrade, Laurenice Pereira Lima (*in memoriam*), Luciana Teodoro de Rezende Lara, Malaquias Batista, Maria José de Oliveira Araújo, Maria Helena Benício, Maria Lúcia Rosa Stefanini, Maria das Mercês Aquino Araújo, Regina Coeli Viola, Rosa Sampaio Vila-Nova, Rurany Ester Silva, Tereza Cristina C. D. Bessa e Tochie Massuda.

Ilustrador:

Fernando Castro Lopes

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.

Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)

ISBN 85-334-0885-4

1. Saúde materna. 2. Saúde da mulher. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. II. Título. III. Série.

NLM WA 310

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0151

Titulos para indexação:

Em inglês: prenatal and puerperal. humanized and qualified care. technical manual.

Em espanhol: prenatal y puerperio. atención calificada y humanizada. manual técnico.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL	9
2. ACOLHIMENTO	15
3. AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL	17
4. DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ	20
5. FATORES DE RISCO REPRODUTIVO	22
6. ATENÇÃO PRÉ-NATAL	25
6.1 Roteiro da primeira consulta	25
6.2 Roteiro das consultas subsequentes	31
6.3 Calendário das consultas	32
6.4 Ações educativas	32
7. ASPECTOS EMOCIONAIS DA GRAVIDEZ E DO PUERPÉRIO	35
8. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	40
8.1 Métodos para cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP)	40
8.2 Avaliação do estado nutricional (EN) e do ganho de peso gestacional	42
8.3 Controle da pressão arterial (PA)	50
8.4 Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)	53
8.5 Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)	59
8.6 Verificação da presença de edema	63
8.7 O preparo das mamas para o aleitamento	65
9. INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS E CONDUTAS	68
9.1 Tipagem sanguínea/Fator Rh	68
9.2 Sorologia para sífilis (VDRL)	68
9.3 Urina tipo I	69
9.4 Hematimetria – dosagem de hemoglobina e hematócrito	69
9.5 Glicemia de jejum	70
9.6 Teste anti-HIV	71
9.7 Sorologia para hepatite B (HBsAg)	72
9.8 Sorologia para toxoplasmose	72

10. PREVENÇÃO DO TÉTANO NEONATAL – IMUNIZAÇÃO ANTITETÂNICA.	73
11. CONDUTAS NAS QUEIXAS MAIS FREQUENTES	75
12. ATENÇÃO NO PUERPÉRIO.	80
13. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS MAIS FREQUENTES	89
13.1 Hiperêmese	89
13.2 Síndromes hemorrágicas	89
13.3 Anemia	92
13.4 Hipovitaminose A	93
13.5 Hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia.	94
13.6 Diabetes <i>mellitus</i> na gestação	101
13.7 Hepatite B	105
13.8 Toxoplasmose	106
13.9 Infecção do trato urinário (ITU)	109
13.10 Sífilis	110
13.11 Infecção pelo HIV	113
13.12 Outras DST	114
13.13 Trabalho de parto prematuro (TPP)	117
13.14 Gestação prolongada	118
13.15 Varizes e tromboembolismo.	119
13.16 Parasitoses intestinais	119
13.17 Epilepsia	121
13.18 Amniorrexe prematura.	124
14. CONDIÇÕES ESPECIAIS	126
14.1 Gestação múltipla	126
14.2 Gravidez na adolescência	126
14.3 Violência contra a mulher durante a gravidez.	133
15. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL	143
ANEXOS	150
Anexo 1. Uso de drogas na amamentação	150
Anexo 2. Relação de medicamentos essenciais na atenção pré-natal, ao parto e puerpério.	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157

APRESENTAÇÃO

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe.

Apesar da ampliação na cobertura, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil, e o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas.

A sífilis é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamento podem ser realizados com baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional. No Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes é de 1,6%. São estimadas 12 mil crianças nascendo com sífilis congênita. Entre os casos notificados em 2004, 78,8% das mães realizaram pré-natal. A pré-eclâmpsia/eclâmpsia continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com seqüelas caso sobrevivam aos danos da hipóxia cerebral. A aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal e a instauração de condutas de tratamento corretas permitiriam salvar muitas mulheres e crianças.

Outra questão crítica da atenção pré-natal é a chamada “alta” do pré-natal, com a falta de acompanhamento ambulatorial no fim da gestação, momento em que é maior a probabilidade de intercorrências obstétricas.

Os dados também evidenciam que a atenção puerperal não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e a vacinação do recém-nascido.

Por outro lado, a morte materna e neonatal continuam sendo problemas sociais

relevantes no país: em 2003, a Razão de Morte Materna (RMM) foi de 51,74 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sabendo-se que 92% dos casos de mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto são evitáveis (fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Informações do SIM e do Sinasc sem aplicação de fator de correção). Do total de mortes de crianças menores de um ano, 52% ocorrem no período neonatal, sendo que grande parte delas está associada à atenção dispensada à gestação, ao parto e ao puerpério.

Diante dessa situação, está clara a necessidade de esforço coletivo, de setores governamentais e não-governamentais, para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal em todo o País. Reiteramos aqui a importância da participação social nesse processo.

A atenção pré-natal e puerperal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período.

O Ministério da Saúde publica este manual com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normalização das práticas de saúde. Foi elaborado levando em consideração as evidências científicas atuais, os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL



A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização.

Entende-se por humanização: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

Estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência, considerando os seguintes critérios:

- Vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme definição do gestor local;
- Garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde;
- Captação precoce de gestantes na comunidade;
- Garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
- Garantia da realização dos exames complementares necessários;
- Garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário;
- Garantia de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto;

- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária;
- Vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (SAMU);
- Garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais;
- Atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido.

A ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir:

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
 - 3.1 Escuta ativa da mulher e de seus(suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
 - 3.2 Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;

3.3 Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;

3.4 Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;

3.5 Exames laboratoriais:

- ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta;
- Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
- VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
- Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
- Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível;
- Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se disponível;
- Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível;

3.6 Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos;

3.7 Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;

3.8 Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;

3.9 Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;

3.10 Tratamento das intercorrências da gestação;

3.11 Classificação de risco gestacional e detecção de problemas, a serem realizadas na primeira consulta e nas subseqüentes;

3.12 Atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;

3.13 Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.

4. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto.

MONITORAMENTO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo DATASUS um sistema informatizado, SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante.

A avaliação da atenção pré-natal e puerperal prevê a utilização de indicadores de processo, de resultado e de impacto. O profissional de saúde, provedor da atenção pré-natal e puerperal, deverá monitorar continuamente a atenção prestada por meio dos indicadores do processo. A interpretação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) é importante instrumento para organização da assistência.

O SISPRENATAL disponibiliza todos os indicadores de processo, por localidade e período.

INDICADORES DE PROCESSO

- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existente ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
- Percentual de gestantes inscritas que receberam imunização antitetânica (no mínimo duas doses durante o pré-natal ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, ou nenhuma dose nas mulheres com imunização completa);
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica.

Outros indicadores devem ser acompanhados para análise mais ampla do conjunto da atenção obstétrica.

INDICADORES DE RESULTADO

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

INDICADORES DE IMPACTO

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

RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal. Tais recomendações basearam-se em revisão sistemática de estudos controlados e da aplicação dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências. Os dez princípios fundamentais da atenção perinatal, assinalados pela OMS, indicam que o cuidado na gestação e no parto normais deve:

1. Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando conjunto mínimo de intervenções que sejam realmente necessárias;
2. Ser baseado no uso de tecnologia apropriada, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver um problema específico. Esse princípio é direcionado a reduzir o uso excessivo de tecnologia, ou a aplicação de tecnologia sofisticada, ou complexa, quando procedimentos mais simples podem ser suficientes, ou ainda ser superiores;

3. Ser baseado em evidências, o que significa ser embasado pela melhor evidência científica disponível, e por estudos controlados aleatorizados, quando seja possível, e apropriado;
4. Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário;
5. Ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais;
6. Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico;
7. Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal;
8. Ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos;
9. Compartilhar a tomada de decisão com as mulheres;
10. Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres.

Esses princípios asseguram fortemente a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo. Eles estão sendo incorporados nos materiais técnicos, bem como nas ferramentas de monitorização e avaliação da OMS.

“acolher: 1. dar acolhida a, dar agasalho a; 2. dar crédito a, dar ouvidos a; 3. admitir, aceitar, receber; 4. tomar em consideração.”

Aurélio

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente.

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano.

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

É importante acolher o(a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto. O benefício da presença do(a) acompanhante já foi comprovado. Vários estudos científicos, nacionais e internacionais, evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. Foram reduzidos o uso de medicações para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas. Além disso, alguns estudos sugerem a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto.

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e do seu parceiro. São também parte dessa história fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal.

Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir

e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos.

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

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

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

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os(as) usuários(as), em atitudes como: os profissionais se apresentando, chamando os(as) usuários(as) pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos a serem realizados, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade e a confidencialidade, incentivando a presença do(a) acompanhante, entre outras atitudes.

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

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

Ainda não podemos esperar, por parte das mulheres, expressiva porcentagem de procura espontânea para essa atividade. Mas, enquanto profissionais de saúde, podemos motivá-las para essa avaliação em momentos distintos de educação em saúde, em consultas médicas, ou de enfermagem, não esquecendo de motivar especialmente as adolescentes.

Sabe-se que pelo menos metade das gestações não são inicialmente planejadas, embora possam ser desejadas. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento deve-se à falta de orientação ou de oportunidade para a aquisição de um método anticoncepcional, e isso ocorre comumente com as adolescentes. Faz-se necessário, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar, num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e do HIV e outras DST), nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação.

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

A atenção em planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil, pois:

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

As atividades a serem desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico completo, além de alguns exames laboratoriais. É recomendada a realização do Exame Clínico das Mamas (ECM) em qualquer idade e do exame preventivo do câncer do colo do útero uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos, principalmente na faixa etária de risco (25 a 59 anos).

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

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

Em relação à prevenção e às ações a serem tomadas quanto às infecções, são consideradas eficazes as investigações para:

- Rubéola e hepatite B: nos casos negativos, providenciar a imunização prévia à gestação;
- Toxoplasmose;
- HIV/Aids: oferecer a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de teste negativo, orientar para os cuidados preventivos e, em casos positivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para redução da transmissão vertical do HIV;
- Sífilis: nos casos positivos, tratar a mulher e seu(s) parceiro(s) para evitar a evolução da doença e a sífilis congênita e orientar sobre os cuidados preventivos;
- Para as outras DST, nos casos positivos, instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar para sua prevenção.

É importante, também, a avaliação pré-concepcional do parceiro, incluindo a testagem para sífilis e HIV/Aids.

A avaliação pré-concepcional tem-se mostrado altamente eficaz quando existem doenças crônicas, tais como:

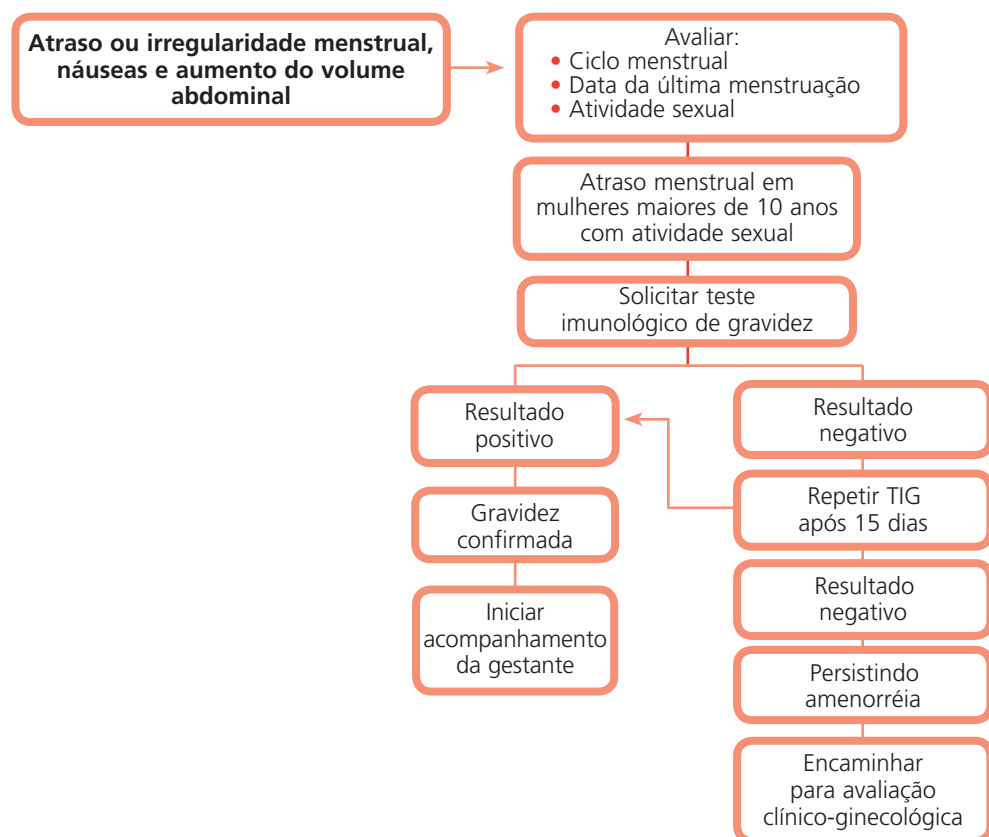
- Diabetes *mellitus*: o controle estrito da glicemia prévio à gestação e durante esta, tanto no diabetes pré-gravídico como no gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético, têm reduzido significativamente o risco de macrosomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. Um controle mais adequado do diabetes durante a gestação, comprovadamente, leva a melhores resultados maternos e perinatais;
- Hipertensão arterial crônica: a adequação de drogas, o acompanhamento nutricional e dietético e a avaliação do comprometimento cardíaco e renal são medidas importantes para se estabelecer prognóstico em gestação futura;
- Epilepsia: a orientação, conjunta com neurologista, para o uso de monoterapia e de droga com menor potencial teratogênico, por exemplo, a carbamazepina, tem mostrado melhores resultados perinatais. A orientação para o uso de ácido fólico prévio à concepção também tem-se correlacionado à redução no risco de malformação fetal, porque, nesse grupo de mulheres, a terapia medicamentosa aumenta o consumo de folato;
- Infecções pelo HIV: o controle pré-concepcional no casal portador do HIV pressupõe a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ (parâmetro de avaliação de imunidade) e a redução da carga viral de HIV circulante para níveis indetectáveis. Esses cuidados, acrescidos das técnicas de assistência preconizadas para a concepção em casais HIV+ (soroconcordantes ou sorodiscordantes) e das ações para a prevenção vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, incluindo o uso de anti-retrovirais na gestação, uso de AZT no parto e para o recém-nascido exposto e a inibição da lactação, permitem circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança;
- Além de outras situações, como anemias, carcinomas de colo uterino e de mama.

Alguns dos pontos discutidos aqui também aplicam-se ao puerpério imediato, para aquelas mulheres que não tiveram oportunidade de realizar o controle pré-gestacional, o que é muito comum na adolescência. Esses conhecimentos lhes serão úteis em gestações futuras, embora sempre deva ser estimulada a realização de consulta com a equipe de saúde antes de uma próxima gravidez

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Se ocorrer amenorréia ou atraso menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação. Na prática, para as mulheres que procuram os serviços com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional de saúde da unidade básica, por meio de um teste imunológico para gravidez (TIG), de acordo com os procedimentos especificados no fluxograma a seguir. O teste laboratorial é, inicialmente, recomendado para que o diagnóstico não demande o agendamento de consulta, o que poderia postergar a confirmação da gestação. Para as mulheres com atraso menstrual maior que 16 semanas ou que já saibam estar grávidas, o teste laboratorial é dispensável. **A consulta deve ser realizada imediatamente para não se perder a oportunidade da captação precoce.**

Se o TIG for negativo, deve ser agendada consulta para o planejamento familiar, principalmente para a paciente adolescente.

FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ



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

Nesse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento pré-natal – seqüência de consultas, visitas domiciliares e reuniões educativas. Deverão ser fornecidos:

- O cartão da gestante, com a identificação preenchida, o número do SISPRENATAL, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre este;
- O calendário de vacinas e suas orientações;
- A solicitação dos exames de rotina;
- As orientações sobre a participação nas atividades educativas – reuniões e visitas domiciliares.

É importante enfatizar que uma informação essencial que deve constar explicitamente no cartão da gestante é o nome do hospital de referência para o parto ou intercorrências durante a gestação. Se, no decorrer da gestação, surgir alguma situação que caracterize risco gestacional, com mudança do hospital ou maternidade de referência, isso também deve estar escrito no cartão. Essa informação é considerada fundamental para que a mulher e seu companheiro ou familiares possam reivindicar o direito de atendimento nessa unidade de saúde.

Para implementar as atividades do controle pré-natal, é necessário identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. **É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta.**

A avaliação de risco não é tarefa fácil. O conceito de risco está associado ao de probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicitado. Os primeiros sistemas de avaliação de risco foram elaborados com base na observação e experiência dos seus autores e só recentemente têm sido submetidos a análises, persistindo, ainda, dúvidas sobre sua efetividade como discriminadores.

Os sistemas que utilizam pontos ou notas sofrem, ainda, pela falta de exatidão do valor atribuído a cada fator e a associação entre eles, assim como a constatação de grandes variações de acordo com sua aplicação a indivíduos ou populações. Assim, a realidade epidemiológica local deverá ser levada em consideração para dar maior ou menor relevância aos fatores mencionados no quadro sobre fatores de risco para a gravidez atual.

Da mesma forma, a caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema. Na classificação a seguir, são apresentadas as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou avaliação com especialista.

FATORES DE RISCO PARA A GRAVIDEZ ATUAL

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

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

- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

2. História reprodutiva anterior:

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

3. Intercorrências clínicas crônicas:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes *mellitus*);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de anti-hipertensivo;
- Epilepsia;

- Infecção urinária;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);
- Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).

4. Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal.

Identificando-se um ou mais desses fatores, a gestante deverá ser tratada na unidade básica de saúde (UBS), conforme orientam os protocolos do Ministério da Saúde. Os casos não previstos para tratamento na UBS deverão ser encaminhados para a atenção especializada que, após avaliação, deverá devolver a gestante para a atenção básica com as recomendações para o seguimento da gravidez ou deverá manter o acompanhamento pré-natal nos serviços de referência para gestação de alto risco. Nesse caso, a equipe da atenção básica deverá manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência.

CONSULTAS

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal. Para auxiliar nesse objetivo, deve-se observar a discriminação dos fatores de risco no cartão de pré-natal, identificados pela cor amarela. A presença dessas anotações deverá ser interpretada pelo profissional de saúde como sinal de alerta.

6.1 ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

I. História clínica (observar cartão da gestante)

- Identificação:
 - nome;
 - número do SISPRENATAL;
 - idade;
 - cor;
 - naturalidade;
 - procedência;
 - endereço atual;
 - unidade de referência.
- Dados socioeconômicos;
- Grau de instrução;
- Profissão/ocupação;
- Estado civil/união;
- Número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);

- Renda familiar;
- Pessoas da família com renda;
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- Distância da residência até a unidade de saúde;
- Antecedentes familiares:
 - hipertensão arterial;
 - diabetes *mellitus*;
 - doenças congênitas;
 - gemelaridade;
 - câncer de mama e/ou do colo uterino;
 - hanseníase;
 - tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);
 - doença de Chagas;
 - parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.
- Antecedentes pessoais:
 - hipertensão arterial crônica;
 - cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
 - diabetes *mellitus*;
 - doenças renais crônicas;
 - anemias e deficiências de nutrientes específicos;
 - desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
 - epilepsia;
 - doenças da tireóide e outras endocrinopatias;
 - malária;
 - viroses (rubéola, hepatite);
 - alergias;
 - hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;
 - portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? quais?);
 - infecção do trato urinário;
 - doenças neurológicas e psiquiátricas;
 - cirurgia (tipo e data);
 - transfusões de sangue.
- Antecedentes ginecológicos:
 - ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
 - uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
 - infertilidade e esterilidade (tratamento);
 - doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);

- doença inflamatória pélvica;
 - cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
 - mamas (alteração e tratamento);
 - última colpocitologia oncótica (papanicolau ou “preventivo”, data e resultado).
- Sexualidade:
 - início da atividade sexual (idade da primeira relação);
 - dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
 - prática sexual nessa gestação ou em gestações anteriores;
 - número de parceiros da gestante e de seu parceiro, em época recente ou pregressa;
 - uso de preservativos masculino ou feminino (uso correto? uso habitual?).
- Antecedentes obstétricos:
 - número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
 - número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
 - número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
 - número de filhos vivos;
 - idade na primeira gestação;
 - intervalo entre as gestações (em meses);
 - isoimunização Rh;
 - número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
 - número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
 - mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
 - mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
 - natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
 - recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sangüíneo-transfusões;
 - intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
 - complicações nos puerpérios (descrever);
 - história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).
- Gestação atual:
 - data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);
 - peso prévio e altura;
 - sinais e sintomas na gestação em curso;
 - hábitos alimentares;
 - medicamentos usados na gestação;
 - internação durante essa gestação;

- hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- identificar gestantes com fraca rede de suporte social.

II. Exame físico

- Geral:
 - determinação do peso e da altura;
 - medida da pressão arterial (técnica no item 8.3);
 - inspeção da pele e das mucosas;
 - palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
 - ausculta cardiopulmonar;
 - exame do abdômen;
 - exame dos membros inferiores;
 - pesquisa de edema (face, tronco, membros).
- Específico (gineco-obstétrico):
 - exame clínico das mamas (ECM). Durante a gestação e amamentação, também podem ser identificadas alterações, que devem seguir conduta específica, segundo as recomendações do INCA. Realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contra-indicada – portadoras de HIV/HTLV –, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição de fórmula infantil;
 - palpação obstétrica e, principalmente no terceiro trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;
 - medida da altura uterina;
 - ausculta dos batimentos cardíacos fetais (com sonar, após 12 semanas, e com estetoscópio de Pinard, após 20 semanas);
 - inspeção dos genitais externos;
 - exame especular e toque vaginal de acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da paciente, e quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico;
 - o exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do *Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes*.

III. Exames complementares

Na primeira consulta, solicitar:

- dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);
- grupo sanguíneo e fator Rh;
- sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana;
- glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana;

- exame sumário de urina (Tipo I): repetir próximo à 30ª semana;
- sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste”. Repetir próximo à 30ª semana, sempre que possível;
- sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de gestação, onde houver disponibilidade para realização;
- sorologia para toxoplasmose, onde houver disponibilidade.

Outros exames podem ser acrescidos a essa rotina mínima:

- **protoparasitológico**: solicitado na primeira consulta;
- **colpocitologia oncótica**: muitas mulheres freqüentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal. Assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, embora sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes;
- **bacterioscopia da secreção vaginal**: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;
- **sorologia para rubéola**: quando houver sintomas sugestivos;
- **urocultura** para o diagnóstico de **bacteriúria assintomática**;
- **eletroforese de hemoglobina**: quando houver suspeita clínica de anemia falciforme;
- **ultra-sonografia obstétrica**: onde houver disponibilidade.

A **ultra-sonografia de rotina durante a gestação**, embora seja procedimento bastante corriqueiro, permanece controversa. Não existe comprovação científica de que, rotineiramente realizada, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Vale lembrar que, no Brasil, a interrupção precoce da gravidez por malformações fetais incompatíveis com a vida, ainda não é legalmente permitida. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem ainda incertos. **A não realização de ultra-sonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal.**

Outra situação completamente distinta é a indicação do exame ultra-sonográfico mais tardiamente na gestação, **por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica**, notadamente como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto. Está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultra-sonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.

Investigação de HIV/AIDS

O diagnóstico da infecção pelo HIV, no período pré-concepcional ou no início da gestação, possibilita melhor controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Por esse motivo, **obrigatoriamente esse teste deve ser oferecido**, com aconselhamento pré e pós-teste, **para todas as gestantes** na primeira consulta do pré-natal, independentemente de sua aparente situação de risco para o HIV.

Aconselhamento pré-teste

- O profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV/Aids e outras DST e informá-la sobre o que ela não sabe, especialmente acerca de seu agente etiológico, meios de transmissão, sobre a diferença entre ser portador da infecção e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), sobre os conceitos “vulnerabilidade” e “situações de risco acrescido”, e sua importância na exposição ao risco para a infecção pelo HIV, em ocasião recente ou pregressa;
- Explicar o que é o teste anti-HIV, como é feito, o que mede, suas limitações, explicando o significado dos resultados negativo, indeterminado e positivo (ver item 9.6);
- Explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez para a mulher e para o bebê, reforçando as chances de reduzir a transmissão vertical pelo acompanhamento especializado e as medidas profiláticas durante a gestação, no parto e no pós-parto, e o controle da infecção materna;
- Garantir o caráter confidencial e voluntário do teste anti-HIV. Durante todo esse processo, a gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a essas informações.

IV. Condutas:

- cálculo da idade gestacional e data provável do parto;
- orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- fornecimento de informações necessárias e respostas às indagações da mulher ou da família;
- orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso;
- referência para atendimento odontológico;
- encaminhamento para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a gestante não estiver imunizada;
- referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica.

6.2 ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Revisão da ficha pré-natal;
- Anamnese atual sucinta;
- Verificação do calendário de vacinação.

I. Controles maternos:

- cálculo e anotação da idade gestacional;
- determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC) (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional);
- medida da pressão arterial (observar a aferição da PA com técnica adequada);
- palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- pesquisa de edema;
- avaliação dos resultados de exames laboratoriais e instituição de condutas específicas;
- verificação do resultado do teste para HIV e, em casos negativos, repetir próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível. Em casos positivos, encaminhar para unidade de referência.

II. Controles fetais:

- ausculta dos batimentos cardíacos;
- avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

III. Condutas:

- interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários;
- tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário;
- prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5 mg/dia), para profilaxia da anemia;
- orientação alimentar;
- acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos. Os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos dessa faixa etária, abordando temas de interesse do grupo. Recomenda-se dividir os grupos em faixas de 10-14 anos e de 15-19 anos, para obtenção de melhores resultados;
- agendamento de consultas subsequentes.

6.3 CALENDÁRIO DAS CONSULTAS

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

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. **Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal).**

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número **mínimo** de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.

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

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

6.4 AÇÕES EDUCATIVAS

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

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

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

ASPECTOS A SEREM ABORDADOS NAS AÇÕES EDUCATIVAS

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

- Importância do pré-natal;
- Cuidados de higiene;
- A realização de atividade física, de acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, pode proporcionar benefícios por meio do ajuste corporal à nova situação. Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas na assistência pré-natal e puerperal (ver página 96). Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;
- Nutrição: promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);
- Preparo para o parto: planejamento individual considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;

- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pelo Lei nº 11.108, de 7/4/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

O avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado habilidades fundamentais a médicos e enfermeiros, permitindo-lhes a prática de atendimento que gera, realmente, estado de confiança maior na mulher. No entanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal, notadamente, no caso de gestantes adolescentes que, pelas especificidades psicossociais da etapa evolutiva, vivenciam sobrecarga emocional trazida pela gravidez.

Nesse sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua inteireza, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação entre sujeito e sujeito e valorizando a unicidade e individualidade de cada caso e de cada pessoa.

Muitos dos sintomas físicos manifestos mascaram problemáticas subjacentes. Por isso, em vez de fazer uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, é importante encorajar a mulher a falar de si. Essa abordagem é chamada de “entrevista centrada na pessoa”. Saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer, pois essa habilidade pode ser crucial para a elaboração de um diagnóstico correto.

Outra habilidade importante de ser desenvolvida pelos profissionais de saúde é a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade de outra pessoa, mesmo quando não se teve as mesmas experiências. Uma presença sensível infunde serenidade e confiança à mulher.

Hoje, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são amplamente reconhecidos, e a maioria dos estudos converge para a idéia de que esse período é um tempo de grandes transformações psíquicas, de que decorre importante transição existencial.

O presente objetivo aqui, portanto, é enumerar alguns desses aspectos emocionais – ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos – e sugerir formas possíveis de abordá-los no espaço de interação do profissional com a gestante, visando, principalmente, aliviar e trabalhar os problemas mais emergentes.

NA PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

Ao procurar o profissional para a primeira consulta de pré-natal, pressupõe-se que a mulher já pôde refletir sobre o impacto do diagnóstico da gravidez. Nesse momento, de certa maneira, já ocorreram decisões conscientes quanto a dar continuidade à gestação. No entanto, existem inseguranças e, no primeiro contato

com o profissional, a gestante busca:

- Confirmar sua gravidez;
- Amparar suas dúvidas e ansiedades;
- Certificar-se de que tem bom corpo para gestar;
- Certificar-se de que o bebê está bem;
- Apoiar-se para seguir nessa “aventura”.

É importante que o profissional de saúde:

- Reconheça o estado normal de ambivalência com relação à gravidez. Toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos primitivos afloram, daí a necessidade de compreender essa circunstância, sem julgamentos;
- Acolha as dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar esse novo papel de forma adequada;
- Reconheça as condições emocionais 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;
- Compreenda esse estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;
- Perceba que a gestante pode estar buscando figura de apoio; assim, o profissional fica muito idealizado e, por isso, passa a ser constantemente procurado, às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas terrivelmente ameaçadoras para ela;
- Estabeleça relação de confiança e respeito mútuos;
- Proporcione espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo equilíbrio adequado nas novas relações estabelecidas com a chegada de um novo membro à família.

NAS CONSULTAS SUBSEQÜENTES

Dando continuidade ao pré-natal, observam-se, ao longo da gestação, algumas ansiedades típicas, que podem ser percebidas de acordo com o período gestacional.

Primeiro trimestre:

- Ambivalência (querer e não querer a gravidez);
- Medo de abortar;
- Oscilações do humor (aumento da irritabilidade);
- Primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço;
- Desejos e aversões por determinados alimentos.

Segundo trimestre:

- Introspecção e passividade;
- Alteração do desejo e do desempenho sexual;
- Alteração da estrutura corporal, que, para a adolescente, tem uma repercussão ainda mais intensa;
- Percepção dos movimentos fetais e seu impacto (presença do filho é concretamente sentida).

Terceiro trimestre:

- As ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto;
- Manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte);
- Aumentam as queixas físicas.

É importante que o profissional:

- Evite o excesso de tecnicismo, estando atento, também, para essas características comuns das diferentes etapas da gravidez, criando condições para escuta acolhedora, em que os sentimentos bons e ruins possam aparecer;
- Observe e respeite a diferença de significado da ecografia para a mãe e para o médico. Os médicos relacionam a ecografia com embriologia do feto, e os pais, com as características e a personalidade do filho. Eles necessitam ser guiados e esclarecidos, durante o exame, pelo especialista e pelo obstetra;
- Forneça, para alívio das ansiedades da mulher, orientações antecipatórias sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa. Deve-se, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras

e observar o seu impacto em cada mulher, na sua individualidade;

- Prepare a gestante para o parto normal, ajudando a diminuir sua ansiedade e insegurança, assim como o medo do parto, da dor, de o bebê nascer com problemas e outros.

Puerpério:

- Estado de alteração emocional essencial, provisório, em que existe maior vulnerabilidade psíquica, tal como no bebê, e que, por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas. A puérpera adolescente é mais vulnerável ainda, portanto necessita de atenção especial nessa etapa;
- A relação inicial entre mãe e bebê é, ainda, pouco estruturada, com o predomínio de uma comunicação não-verbal e, por isso, intensamente emocional e mobilizadora;
- A chegada do bebê desperta muitas ansiedades, e os sintomas depressivos são comuns;
- O bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real e diferente da mãe;
- As necessidades próprias da mulher são postergadas em função das necessidades do bebê;
- A mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como ao longo da gravidez;
- As alterações emocionais no puerpério manifestam-se basicamente das seguintes formas:
 - materno ou *baby blues*: 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: menos freqüente, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas, e os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê;
 - lutos vividos na transição entre a gravidez e a maternidade;
 - perda do corpo gravídico e não retorno imediato do corpo original;
 - separação entre mãe e bebê.

- Amamentação:
 - medo de ficar eternamente ligada ao bebê;
 - preocupação com a estética das mamas;
 - *“e se não conseguir atender às suas necessidades?”*;
 - *“o meu leite será bom e suficiente?”*;
 - dificuldades iniciais sentidas como incapacitação.
- Puerpério do companheiro: ele pode se sentir participante ativo ou completamente excluído. A ajuda mútua e a compreensão desses estados podem ser fonte de reintegração e reorganização para o casal;
- Se o casal já tem outros filhos: é bem possível que apareça o ciúme, a sensação de traição e o medo do abandono, que se traduz em comportamentos agressivos por parte das outras crianças. Há a necessidade de rearranjos na relação familiar;
- No campo da sexualidade, as alterações são significativas, pois há necessidade de reorganização e redirecionamento do desejo sexual, levando-se em conta as exigências do bebê, as mudanças físicas decorrentes do parto e da amamentação.

É importante que o profissional:

- Esteja atento a sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fujam da adaptação “normal” característica do puerpério;
- Leve em conta a importância do acompanhamento no pós-parto imediato e no puerpério, prestando o apoio necessário à mulher no seu processo de reorganização psíquica quanto ao vínculo com o seu bebê, nas mudanças corporais e na retomada do planejamento familiar.

Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde realize correta e uniformemente os procedimentos técnicos durante o exame clínico e obstétrico. Do contrário, ocorrerão diferenças significativas, prejudicando a comparação e a interpretação dos dados. Cabe aos profissionais de formação universitária promover a capacitação dos demais membros da equipe, visando garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos.

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

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

CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

Objetivo: estimar o tempo de gravidez/a idade do feto.

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

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

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

- Uso do calendário: 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 mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

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

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

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

- Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, habitualmente ocorrendo entre 16 e 20 semanas. Podem-se utilizar a altura uterina mais o toque vaginal, considerando os seguintes parâmetros:
 - até a sexta semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;
 - na oitava semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
 - na décima semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
 - na 12ª semana, enche a pelve de modo que é palpável na sínfise púbica;
 - na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
 - na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
 - a partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.
- Quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente, solicitar o mais precocemente o exame de ultra-sonografia obstétrica.

CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO

Objetivo: estimar o período provável para o nascimento.

- Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas a partir da DUM), mediante a utilização de calendário;
- Com o disco (gestograma), colocar a seta sobre o dia e mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto;
- Uma outra forma de cálculo é somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março) – Regra de Nägele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 ao final do cálculo do mês.

Exemplos:

Data da última menstruação: 13/9/04
Data provável do parto: 20/6/05 ($13+7 = 20$ / $9-3 = 6$)

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

Data da última menstruação: 27/1/04
Data provável do parto: 3/11/04 ($27+7 = 34$ / $34-31 = 3$ / $1+9+1 = 11$)

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

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

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

Atividade: medida do peso e da altura da gestante.

Avaliação do estado nutricional durante a gestação.

TÉCNICAS PARA A TOMADA DAS MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA

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

I. Procedimentos para pesagem

Balança de adulto, tipo plataforma, com escala apresentando intervalos de 100 g, ou eletrônica, se disponível.

- Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada;
- A gestante, descalça e vestida apenas com avental ou roupas leves, deve subir na plataforma e ficar em pé, de costas para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio;
- Mover o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança incline-se para baixo, voltar, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima);
- Mover o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja equilíbrio entre o peso da escala e o peso da gestante (o braço da balança fica em linha reta, e o cursor aponta para o ponto médio da escala);

- Ler o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o menor valor. Por exemplo: se o cursor estiver entre 200 e 300 g, considerar 200 g;
- Anotar o peso encontrado no prontuário e no cartão da gestante.

II. Procedimentos para medida da altura

- A gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo. Quando disponível, poderá ser utilizado o antropômetro vertical;
- Calcanhares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança. No caso de se usar antropômetro vertical, a gestante deverá ficar com calcanhares, nádegas e espáduas encostados no equipamento;
- A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo;
- O encarregado de realizar a medida deverá baixar lentamente a haste vertical, pressionando suavemente os cabelos da gestante até que a haste encoste no couro cabeludo;
- Fazer a leitura na escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o menor valor. Anotar o resultado no prontuário.

III. Procedimentos para avaliação da idade gestacional (seguir as instruções do item 8.1)

ORIENTAÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO E O ACOMPANHAMENTO DO ESTADO NUTRICIONAL DA GESTANTE

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

NA PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

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

I. Calcule o IMC por meio da fórmula:

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

II. Realize o diagnóstico nutricional, utilizando o Quadro 1:

1. Calcule a semana gestacional;

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

Exemplo:

Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas

Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas

2. Localize, na primeira coluna do **Quadro 1**, a semana gestacional calculada e identifique, nas colunas seguintes, em que faixa está situado o IMC da gestante, calculado conforme descrito no item I;
3. Classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo o IMC por semana gestacional, da seguinte forma:
 - **Baixo peso:** quando o valor do IMC for igual ou menor que os valores apresentados na coluna correspondente a baixo peso;
 - **Adequado:** quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a adequado;
 - **Sobrepeso:** quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a sobrepeso;
 - **Obesidade:** quando o valor do IMC for igual ou maior que os valores apresentados na coluna correspondente a obesidade.

QUADRO 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.

4. Classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo IMC/semana gestacional em: **BP (baixo peso)**, **A (adequado)**, **S (sobrepeso)**, **O (obesidade)**.

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

III. Condutas segundo a avaliação do estado nutricional encontrado:

- **Baixo peso (BP):** investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes; dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual;
- **Adequado (A):** seguir calendário habitual, explicar à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional, dar orientação nutricional, visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis;
- **Sobrepeso e obesidade (S e O):** investigar obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla; dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual.

Estime o ganho de peso para gestantes utilizando o Quadro 2.

QUADRO 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	–	0,3	7,0

Fonte: IOM, 1992, adaptado.

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

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

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

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

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

NAS CONSULTAS SUBSEQUENTES

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

Esse exame pode ser feito com base em dois instrumentos: o **Quadro 2**, que indica qual o ganho recomendado de peso segundo o estado nutricional da gestante no início do pré-natal, e o **Gráfico 1**, no qual se acompanha a curva de índice de massa corporal segundo a semana gestacional (ascendente, horizontal, descendente).

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

Baixo peso (BP), adequado (A), sobrepeso (S) e obesidade (O).

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

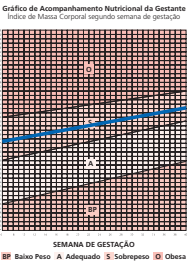
1. Calcule a semana gestacional;
2. Calcule o IMC conforme descrito no item (I) do tópico anterior;
3. Localize, no eixo horizontal, a semana gestacional calculada e identifique, no eixo vertical, o IMC da gestante;
4. Marque um ponto na interseção dos valores de IMC e da semana gestacional;
5. Classifique o EN da gestante, segundo IMC por semana gestacional, conforme legenda do gráfico: BP, A, S, O;
6. A marcação de dois ou mais pontos no gráfico (primeira consulta e subseqüentes) possibilita construir o traçado da curva por semana gestacional. Ligue os pontos obtidos e observe o traçado resultante;
7. Em linhas gerais, considere **traçado ascendente** como ganho de peso adequado, e **traçado horizontal ou descendente** como ganho de peso inadequado (gestante de risco).

Vale ressaltar que a inclinação recomendada para o traçado ascendente irá variar de acordo com o estado nutricional inicial da gestante, conforme quadro abaixo:

GRÁFICO 1 – CURVA DE 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 ou à curva que delimita a parte superior dessa faixa, a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior dessa faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior dessa faixa no gráfico.



Obesidade (O)

Deve apresentar inclinação semelhante ou inferior à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.

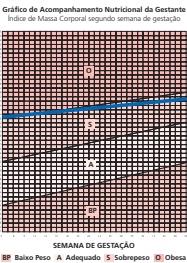
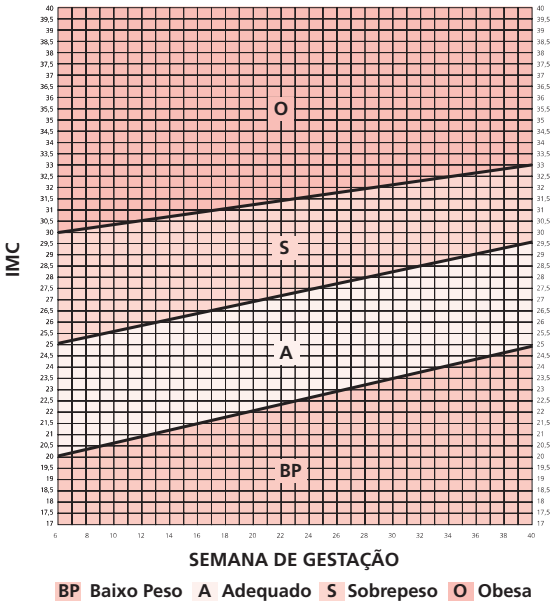


Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante
Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação



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

Gestante adolescente – observações

Deve-se observar que a classificação do estado nutricional na gestação aqui proposta não é específica para gestantes adolescentes, devido ao crescimento e à imaturidade biológica nessa fase do ciclo de vida. No entanto, essa classificação pode ser usada, desde que a interpretação dos achados seja flexível e considere a especificidade desse grupo. Para adolescentes que engravidaram dois ou mais anos depois da menarca (em geral maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente à das adultas. Para gestantes que engravidaram menos de dois anos após a menarca, é provável que se observe que muitas serão classificadas como de baixo peso. Nesses casos, o mais importante é acompanhar o traçado, que deverá ser ascendente; tratar a gestante adolescente como de risco nutricional; reforçar a abordagem nutricional e aumentar o número de visitas à unidade de saúde.

8.3 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)

Objetivo: detectar precocemente estados hipertensivos.

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação:

1. A observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica, mantidos em duas ocasiões e resguardado intervalo de quatro horas entre as medidas. Esse conceito é mais simples e preciso;
2. O aumento de 30 mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15 mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação. É um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns, entretanto apresenta alto índice de falso positivo, sendo melhor utilizado como **sinal de alerta** e para agendamento de controles mais próximos;
3. A presença de pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg em uma única oportunidade ou aferição.

TÉCNICA DE MEDIDA DA PRESSÃO OU TENSÃO ARTERIAL

- Certificar-se de que o aparelho de pressão (esfigmomanômetro) esteja calibrado;
- Explicar o procedimento à mulher;
- Certificar-se de que a gestante: a) não está com a bexiga cheia; b) não praticou exercícios físicos; c) não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida;
- Com a gestante sentada, 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-lhe o braço;
- Localizar a artéria braquial por palpação;
- Colocar o manguito ao redor do braço da gestante, ajustando-o acima da dobra do cotovelo;
- Palpar a artéria na dobra do cotovelo e sobre ela colocar a campânula do estetoscópio, com leve pressão local. Nunca prendê-la sob o manguito;
- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos;
- Solicitar à mulher que não fale durante o procedimento da medida;
- Inflar o manguito rapidamente, até mais de 30 mmHg após o desaparecimento dos ruídos;
- Desinflar lentamente o manguito;
- Proceder à leitura:
 - o ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (máxima);
 - a pressão diastólica (mínima) será lida no momento em que os ruídos desaparecerem completamente. Nos casos em que o desaparecimento completo dos ruídos não ocorrer, proceder à leitura da pressão diastólica no ponto onde se perceba marcado abafamento.
- Esperar um a dois minutos antes de realizar novas medidas;
- Anotar o resultado na ficha e no cartão da gestante.

A pressão arterial também poderá ser medida com a mulher em decúbito lateral esquerdo, no braço direito, mas **NUNCA EM POSIÇÃO SUPINA** (deitada de costas).

QUADRO 3 – AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Achado

Conduta

Níveis de **PA conhecidos** e normais antes da gestação:

- Manutenção dos mesmos níveis de PA

Níveis de **PA desconhecidos** antes da gestação:

- Valores da pressão inferiores a 140/90 mmHg

Níveis tensionais normais:

- Manter calendário habitual
- Cuidar da alimentação
- Praticar atividade física
- Diminuir a ingestão de sal
- Aumentar a ingestão hídrica

Níveis de **PA conhecidos** e normais antes da gestação:

- Aumento da PA em nível menor do que 140/90 mmHg (sinal de alerta)

Níveis de **PA desconhecidos** antes da gestação:

- Valores da PA, $\geq 140/90$ mmHg e $\leq 160/110$, sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500 g semanal

Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia leve:

- Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após quatro horas)
- Remarcar consulta em 7 ou 15 dias
- Orientar para presença de sintomas como: cefaléia, epigastralgia, escotomas, edema, redução, volume ou presença de “espuma” na urina, redução de movimentos fetais
- Orientar repouso, principalmente pós-prandial e controle de movimentos fetais
- Verificar presença de proteína em exame de urina tipo 1. Se possível, solicitar proteinúria por meio de fita urinária (positivo: + ou mais) e/ou dosagem em urina de 24 horas (positivo: a partir de 300 mg/24h)

Níveis de PA superiores a 140/90 mmHg, proteinúria positiva e/ou sintomas clínicos (cefaléia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática porém com níveis de PA superiores a 160/110 mmHg

Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave:

- Referir imediatamente ao pré-natal de alto risco e/ou unidade de referência hospitalar

Paciente com hipertensão arterial crônica moderada, ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva

Paciente de risco:

- Referir ao pré-natal de alto risco

Obs.: o acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho súbito de peso e/ou presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500 g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando maior risco de pré-eclâmpsia (**Quadro 3**).

8.4 PALPAÇÃO OBSTÉTRICA E MEDIDA DA ALTURA UTERINA (AU)

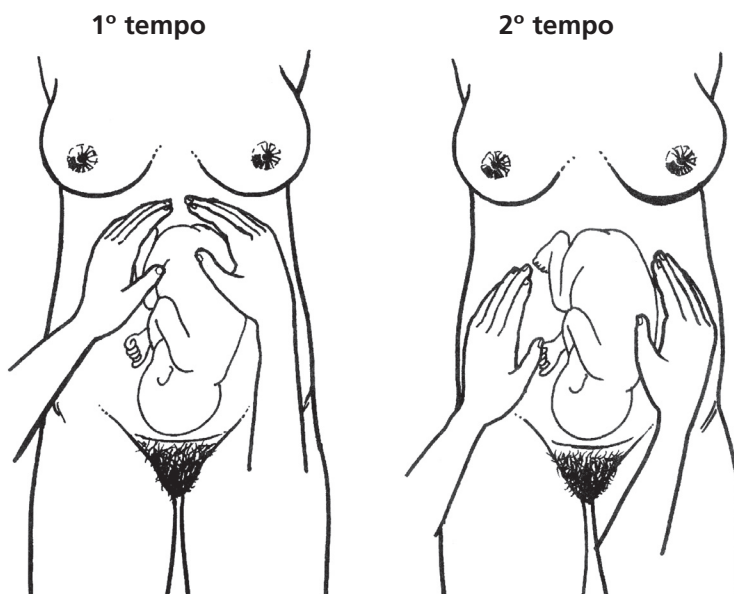
Objetivos:

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

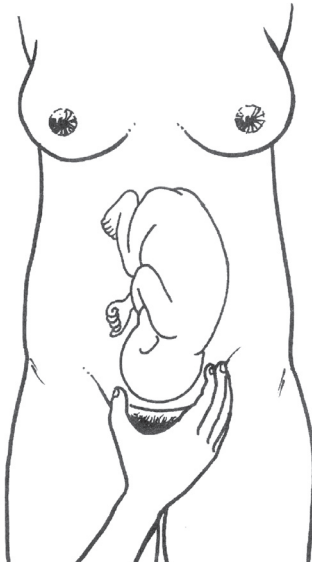
PALPAÇÃO OBSTÉTRICA

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

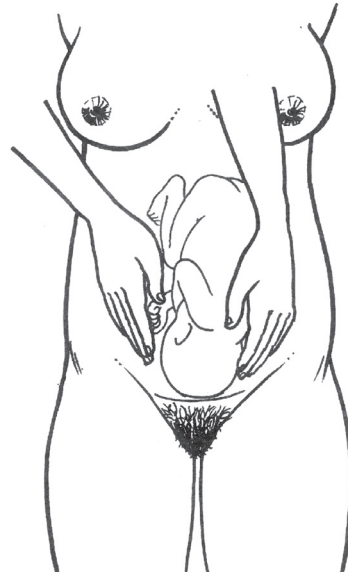
Manobras de palpação:



3º tempo

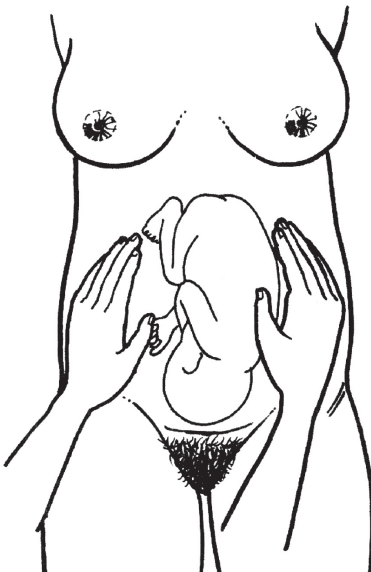


4º tempo

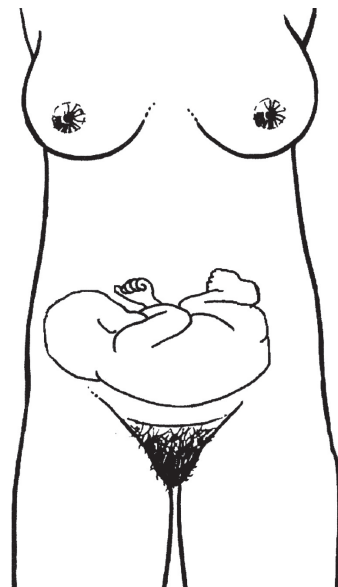


O feto pode estar em situação longitudinal (mais comum) ou transversa. A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional. As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.

Situação:

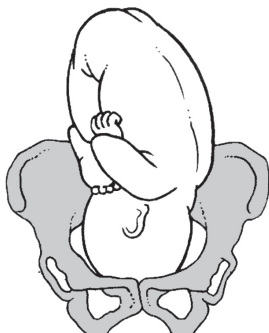


Longitudinal



Transversa

Apresentação:



Cefálica



Pélvica

Condutas:

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

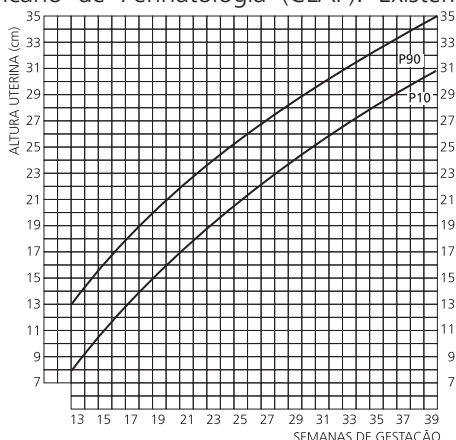
MEDIDA DA ALTURA UTERINA

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

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

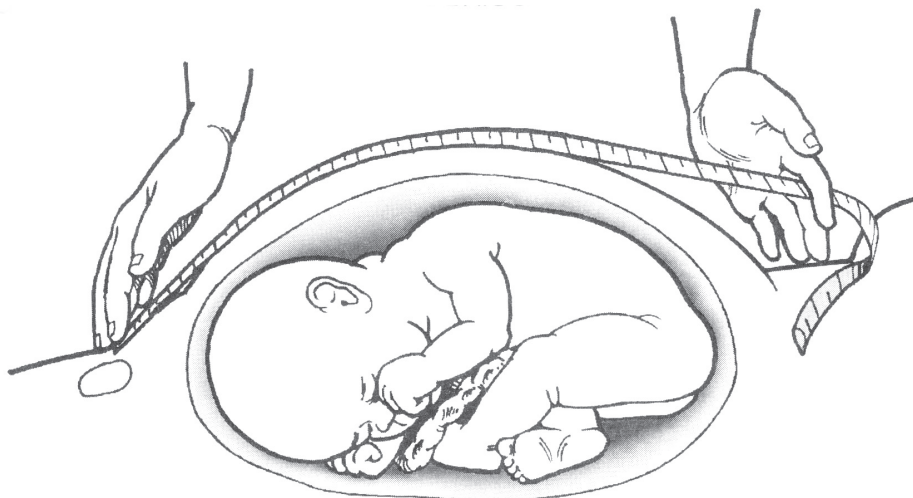
Ponto de corte: serão considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10, para o limite inferior, e o percentil 90, para o limite superior.

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



TÉCNICA DE MEDIDA DA ALTURA UTERINA

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



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

INTERPRETAÇÃO DO TRAÇADO OBTIDO E CONDUTAS (GRÁFICOS 2 E 3)

GRÁFICO 2 – AVALIAÇÃO DA ALTURA UTERINA

Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

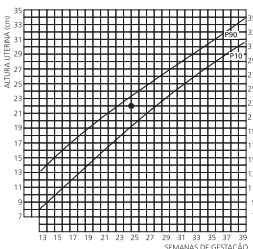
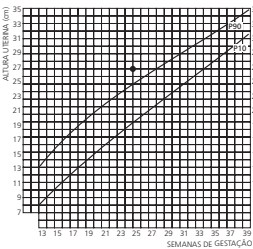
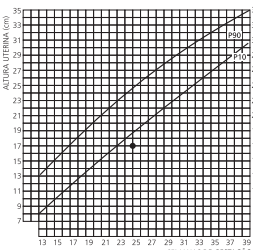
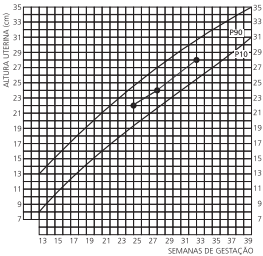
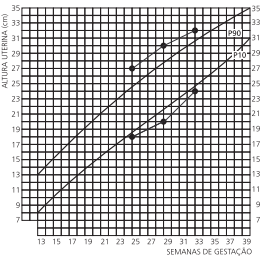
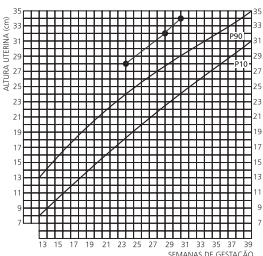
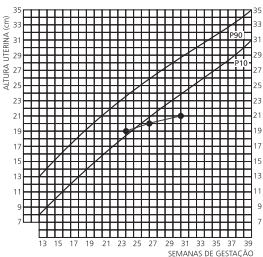
Gráfico	Ponto	Conduta
	Entre as curvas inferiores e superiores	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir calendário de atendimento de rotina
	Acima da curva superior	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). Deve ser vista pelo médico da unidade e avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrosomia, gemelar, mola hidatiforme, miomatose e obesidade • Solicitar ultra-sonografia, se possível • Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco
	Abaixo da curva inferior	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG. Deve ser vista pelo médico da unidade para avaliar possibilidade de feto morto, oligodrâmnio ou restrição de crescimento intra-uterino • Solicitar ultra-sonografia, se possível • Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco

GRÁFICO 3 – CURVA DE ALTURA UTERINA DE ACORDO COM A SEMANA DE GESTAÇÃO

Consultas subsequentes

Gráfico	Traçado	Interpretação	Conduta
	Evoluindo entre as curvas superiores e inferiores	Crescimento normal	<ul style="list-style-type: none">• Seguir calendário básico
	Evoluindo acima da curva superior e com a mesma inclinação desta; ou Evoluindo abaixo da curva inferior e com a mesma inclinação desta	É possível que a IG seja maior que a estimada; É possível que a IG seja menor que a estimada	<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar gestante à consulta médica para:<ul style="list-style-type: none">– confirmar tipo de curva– confirmar a IG, se possível com ultra-sonografia– referir ao pré-natal de alto risco, na suspeita de desvio do crescimento fetal
	Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta	É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrosomia ou outra situação	<ul style="list-style-type: none">• Referir ao pré-natal de alto risco. Se possível, solicitar ultra-sonografia
	Evoluindo com inclinação persistentemente menor que a curva inferior	Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, provável restrição do crescimento fetal	<ul style="list-style-type: none">• Referir ao pré-natal de alto risco

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

8.5 AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS (BCF)

Objetivo: constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF).

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

Ausculata dos batimentos cardíacos fetais (BCF) com estetoscópio de Pinard:



- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Identificar o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto;
- Segurar o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal. Quando disponível, utilizar o sonar doppler;
- Encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio;
- Fazer, com a cabeça, leve pressão sobre o estetoscópio e só então retirar a mão que segura o tubo;
- Procurar o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;

- Controlar o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;
- Contar os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e ritmo;
- Registrar os BCF na ficha perinatal e no cartão da gestante;
- Avaliar resultados da ausculta dos BCF (**Quadro 4**).

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

QUADRO 4 – AVALIAÇÃO DOS BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS (BCF)

Achado	Conduta
BCF não audível com estetoscópio de Pinard, quando a IG for \geq 24 semanas	<p>Alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar erro de estimativa de idade gestacional • Afastar condições que prejudiquem boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal • Em se mantendo a condição, recorrer ao <i>sonar doppler</i> e, em caso de persistir inaudível, solicitar ultra-sonografia ou referir para serviço de maior complexidade
Bradicardia e taquicardia	<p>Sinal de alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afastar febre e/ou uso de medicamentos pela mãe • Deve-se suspeitar de sofrimento fetal <p>O médico da unidade deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhar a gestante para serviço de maior complexidade ou pronto-atendimento obstétrico</p>

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

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

REGISTRO DE MOVIMENTOS FETAIS

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

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

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

Não existe na literatura padronização quanto ao método de registro. O importante é utilizar técnica simples e por período de tempo não muito longo, para não se tornar exaustivo e facilitar a sua realização sistemática pela mulher. Em gestação de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir de 34 semanas de idade gestacional. Existem vários métodos descritos (ver *Gestação de Alto Risco*. Manual Técnico, MS, 2000). O método a seguir é recomendado por sua praticidade.

MÉTODO DE REGISTRO DIÁRIO DE MOVIMENTOS FETAIS (RDMF)

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

- Escolher um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;
- Alimentar-se previamente ao início do registro;
- Sentar-se com a mão sobre o abdômen;
- Registrar os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro (**Quadro 5**).

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

QUADRO 5 – FORMULÁRIO PARA REGISTRO DIÁRIO DE MOVIMENTOS FETAIS

- [illegible]

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

2. Técnica:

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

3. Interpretação do resultado:

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

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

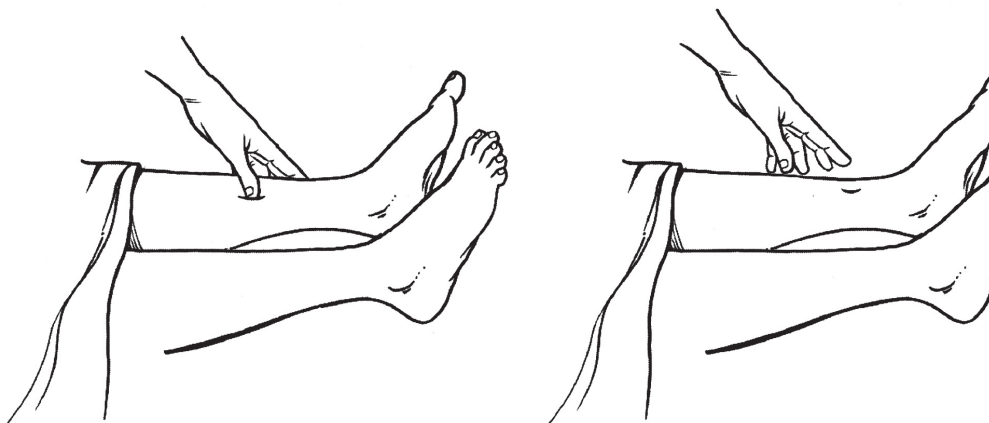
8.6 VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA

Objetivo: detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.

DETECÇÃO DE EDEMA

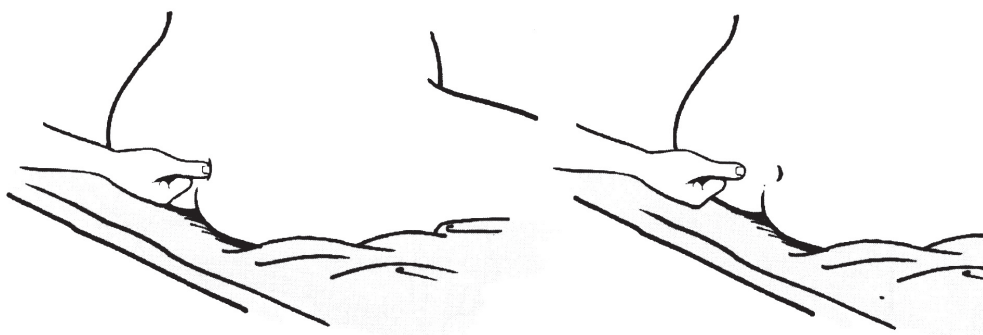
Nos membros inferiores:

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial).



Na região sacra:

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



Na face e em membros superiores:

- Identificar a presença de edema pela inspeção.

QUADRO 6 – AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA

Achado	Anote	Conduta
Edema ausente	-	<ul style="list-style-type: none">• Acompanhar a gestante seguindo o calendário de rotina
Apenas edema de tornozelo sem hipertensão ou aumento súbito de peso	+	<ul style="list-style-type: none">• Verificar se o edema está relacionado:<ul style="list-style-type: none">– à postura– ao fim do dia– 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 + (urina I)	++	<ul style="list-style-type: none">• Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo• Verificar a presença de sinais/sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogar sobre os movimentos fetais• Marcar retorno em sete dias, na ausência de sintomas• Deve ser avaliada e acompanhada pelo médico da unidade• Encaminhar para serviço de alto risco
Edema generalizado (face, tronco e membros), ou que já se manifesta ao acordar acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso	+++	<ul style="list-style-type: none">• Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências• Deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos		Suspeita de processos trombóticos (tromboflebitis, TVP). Deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco

8.7 O PREPARO DAS MAMAS PARA O ALEITAMENTO

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

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

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

ALGUMAS VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO

Para a mulher:

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

Para a criança:

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

Para a família e a sociedade:

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

MANEJO DA AMAMENTAÇÃO

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

Posição:

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

Pega:

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

PREPARANDO AS MAMAS PARA O ALEITAMENTO

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

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

De acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, é critério fundamental para o acompanhamento pré-natal a solicitação dos seguintes exames:

- Grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente);
- Sorologia para sífilis (VDRL);
- Urina tipo I;
- Hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);
- Glicemia de jejum;
- Teste anti-HIV com aconselhamento pré-teste e consentimento da mulher;
- Sorologia para hepatite B (HBsAg), se disponível;
- Sorologia para toxoplasmose, se disponível;
- Colpocitologia oncótica, quando indicada.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E CONDUTAS

9.1 TIPAGEM SANGÜÍNEA/FATOR Rh

- **Fator Rh positivo:** escrever no cartão o resultado e informar à gestante sobre seu tipo sanguíneo;
- **Fator Rh negativo** e parceiro com **fator Rh positivo** e/ou **desconhecido:** solicitar teste de Coombs indireto. Se o resultado for negativo, repeti-lo em torno da 30ª semana. Quando o **Coombs indireto** for **positivo**, encaminhar a gestante ao **pré-natal de alto risco**.

9.2 SOROLOGIA PARA SÍFILIS (VDRL)

- **VDRL negativo:** escrever no cartão e informar à gestante sobre o resultado do exame e o significado da negatividade, orientando-a para o uso de preservativo (masculino ou feminino). Repetir o exame em torno da 30ª semana, no momento do parto ou em caso de abortamento, em virtude dos riscos sempre presentes de infecção/reinfecção;

- **VDRL positivo:** solicitar testagem do(s) parceiro(s) e o teste confirmatório (FTA-Abs ou MHATP), sempre que possível. **Se o teste confirmatório for "não reagente"**, descartar a hipótese de sífilis e considerar a possibilidade de reação cruzada pela gravidez e outras doenças, como lúpus, e encaminhar a gestante para consulta com especialista. **Se o teste confirmatório for "reagente"**, o diagnóstico de sífilis está afirmado, devendo ser instituído o tratamento e o acompanhamento, segundo esquema descrito no item 13.10.
- Na impossibilidade de se realizar teste confirmatório em tempo hábil, e a história passada de tratamento não puder ser resgatada, **considerar o resultado positivo em qualquer titulação como sífilis em atividade. O tratamento será instituído imediatamente à mulher e a seu(s) parceiro(s) sexual(ais) na dosagem e periodicidade adequadas correspondente a sífilis tardia latente de tempo indeterminado.**

9.3 URINA TIPO I

Valorizar a presença dos seguintes componentes:

- **Proteínas: "traços"** sem sinais clínicos de pré-eclâmpsia (hipertensão, ganho de peso) – repetir em 15 dias; **"positivo"** na presença de hipertensão – pré-eclâmpsia leve. Orientar repouso e controle de movimentos fetais, alertar para a presença de sinais clínicos, se possível solicitar proteinúria em urina de 24 horas e agendar retorno em, no máximo, sete dias; e **"maciça"** referir imediatamente ao pré-natal de alto risco;
- **Bactérias/leucócitos/piócitos sem sinais clínicos de infecção do trato urinário:** deve-se solicitar urocultura com antibiograma e agendar retorno mais precoce que o habitual para resultado do exame. Se o resultado for positivo, tratar segundo o item 13.9;
- **Hemáceas se associadas à bacteriúria:** proceder da mesma forma que o anterior. Se **hematúria** isolada, excluir sangramento genital e referir para consulta especializada;
- **Cilindros:** referir ao pré-natal de alto risco.

9.4 HEMATIMETRIA – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA E HEMATÓCRITO

- **Hemoglobina ≥ 11 g/dl: ausência de anemia.** Manter a suplementação de 40 mg/dia de ferro elementar e 5 mg de ácido fólico, a partir da 20ª semana, devido à maior intolerância digestiva no início da gravidez. Recomenda-se ingestão uma hora antes das refeições.
- **Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl: diagnóstico de anemia leve a moderada.** Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes, segundo o item 13.16. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de

anemia ferropriva (120 a 240 mg de ferro elementar/dia), de três a seis drágeas de sulfato ferroso/dia, via oral, uma hora antes das principais refeições.

SULFATO FERROSO: um comprimido = 200 mg, o que corresponde a 40 mg de ferro elementar.

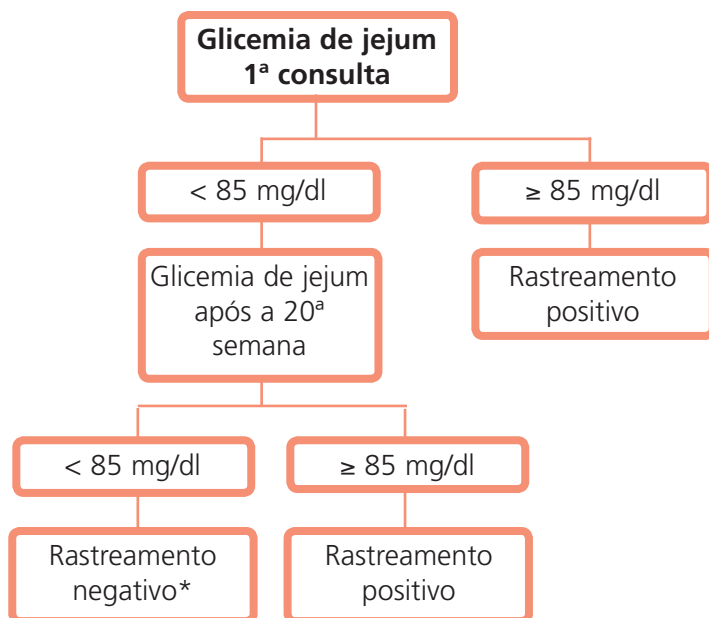
Repetir o exame em 60 dias. Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl, quando deverá ser mantida a dose de suplementação (60 mg ao dia), e repetir o exame em torno da 30ª semana. Se os níveis de hemoglobina permanecerem estacionários ou em queda, referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

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

9.5 GLICEMIA DE JEJUM

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

RASTREAMENTO DO DIABETES GESTACIONAL



***Em caso de forte suspeita clínica ou nos casos de rastreamento positivo, continuar a investigação, conforme item 13.6.**

9.6 TESTE ANTI-HIV

Deve ser **sempre oferecido** e acompanhado do aconselhamento pré e pós-teste, embora a decisão de realizar, ou não, seja da mulher. O aconselhamento pré-teste está descrito no item 6.1. Com o resultado do exame em mãos, o profissional de saúde (que também deverá estar capacitado para aconselhar adolescentes), fará o aconselhamento pós-teste, conforme segue.

- **Resultado negativo:** esse resultado poderá significar que a mulher não está infectada ou que foi infectada tão recentemente que não houve tempo para seu organismo produzir anticorpos em quantidade que possa ser detectada pelo teste utilizado (janela imunológica). Nesses casos, a necessidade de novo teste poderá ser considerada pelo profissional, com base nas informações colhidas durante o processo de aconselhamento pré-teste. Diante dessa suspeita, o teste anti-HIV deverá ser repetido entre 30 e 90 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. O profissional de saúde deverá colocar-se à disposição da mulher, sempre que necessário, para prestar esclarecimento e suporte durante o intervalo de tempo que transcorrerá até a realização da nova testagem.

Em todos os casos, o profissional deverá:

- discutir o significado do resultado;
- reforçar as informações sobre os modos de transmissão do HIV, de outras DST e as medidas preventivas;
- reforçar a informação de que teste negativo não significa prevenção, nem imunidade;
- informar que o teste deve ser repetido a cada nova gestação.

- **Resultado indeterminado:** esse resultado poderá significar falso positivo ou verdadeiro positivo de infecção recente, cujos anticorpos anti-HIV circulantes não estão, ainda, em quantidade suficiente para serem detectados pelo teste utilizado. Nessa situação, o teste deverá ser repetido em 30 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. Diante desse resultado, o profissional deverá:
 - discutir o significado do resultado;
 - encorajar para a nova testagem, oferecendo apoio emocional sempre que se fizer necessário;
 - orientar para procurar o serviço de saúde, caso surjam sinais e sintomas não atribuíveis à gestação;
 - reforçar sobre as medidas para prevenção do HIV e de outras DST.

Nota: se a gestante se enquadrar em um dos seguintes critérios de vulnerabilidade (portadora de alguma DST e usuária ou parceira de usuário de drogas injetáveis em prática de sexo inseguro) e tiver o resultado da nova testagem negativa, o exame deve ser repetido no final da gestação (36ª e 37ª semanas) ou no momento da internação para o parto (teste rápido anti-HIV).

- **Resultado positivo:** diante desse resultado, o profissional deverá:
 - discutir o significado do resultado, ou seja, reforçar a informação de que estar infectada pelo HIV não significa portar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), que é o estágio avançado da infecção, e que existem remédios para controlar a infecção materna e reduzir muito a possibilidade de transmissão para o bebê, devendo, para isso, a mãe ser avaliada e medicada adequadamente por profissional especializado na assistência a pessoas portadoras do HIV.

9.7 SOROLOGIA PARA HEPATITE B (HBsAg)

Recomenda-se, sempre que possível, a triagem para a hepatite B. O HBsAg – antígeno de superfície do vírus da hepatite B (VHB) – é o primeiro marcador que aparece no curso da infecção aguda pelo VHB e desaparece com a cura. Sua persistência por mais de 6 meses é indicativa de hepatite crônica. Portanto, HBsAg positivo indica presença de infecção pelo VHB, podendo ser aguda ou crônica.

9.8 SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE

Recomenda-se, sempre que possível, a triagem para toxoplasmose por meio da detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou imunofluorescência). Em caso de IgM positiva, significa doença ativa e o tratamento deve ser instituído.

PREVENÇÃO DO TÉTANO NEONATAL – IMUNIZAÇÃO ANTITETÂNICA

10

O tétano neonatal, também conhecido como “mal de sete dias” ou “tétano umbilical”, é uma doença aguda, grave, não transmissível e imunoprevenível, causada pelo *Clostridium tetani*, que acomete recém-nascidos, geralmente na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias.

O problema ocorre por contaminação durante a secção do cordão umbilical, com uso de substâncias e instrumentos contendo esporos do bacilo e/ou pela falta de higiene nos cuidados com o recém-nascido.

A prevenção do tétano neonatal se dá por meio da garantia de atenção pré-natal de qualidade com vacinação das gestantes, do atendimento higiênico ao parto, com uso de material estéril para o corte e clampeamento do cordão umbilical e do curativo do coto umbilical, utilizando solução de álcool a 70%.

Vacinação da gestante: a vacinação das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes e não gestantes, é medida essencial para a prevenção do tétano neonatal. Deve ser realizada com a vacina dupla tipo adulto (dT – contra a difteria e o tétano) nas mulheres que não têm vacinação prévia ou têm esquema vacinal incompleto. De acordo com protocolo do PHPN, a gestante pode ser considerada imunizada com, no mínimo, duas doses da vacina antitetânica, sendo que a segunda dose deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto.

QUADRO 7 – ESQUEMAS BÁSICOS DE VACINAÇÃO

Observar história de imunização antitetânica comprovada pelo cartão de vacina

Conduta

Sem nenhuma dose registrada

Iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional, com três doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias

Menos de três doses

Completar as três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias

Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos

Não é necessário vacinar

Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de cinco anos

Uma dose de reforço

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

É de extrema importância que o profissional investigue a história pregressa de vacinação para proceder à administração de doses subseqüentes; entretanto, a imunização somente deverá ser considerada com a apresentação do comprovante – cartão de vacina. Caso a gestante já tenha tomado alguma dose de vacina, recomenda-se a continuação do esquema vacinal, aplicando-se as doses que faltam para conclusão deste, independentemente do momento em que foi aplicada a última dose.

Fora da gravidez, a dose de reforço deve ser administrada a cada dez anos. Em caso de nova gestação, deverá ser observado o esquema do **Quadro 7**. O objetivo a ser atingido é a vacinação de 100% das mulheres em idade fértil (gestantes e não-gestantes).

Eventos adversos

Caso ocorram eventos adversos à vacina, estes podem manifestar-se na forma de dor, calor, vermelhidão, edema ou enduração local, ou febrícula de duração passageira, podendo ocasionar mal-estar geral.

A continuidade do esquema de vacinação está contra-indicada quando houver reação de hipersensibilidade (reação anafilática) após a administração de qualquer dose.

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

As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, doenças clínicas mais complexas. A maioria dos sintomas e sinais diminui e/ou desaparece com orientações alimentares, posturais e, na maioria das vezes, sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

1. Náuseas, vômitos e tonturas:

- Explicar que esses são sintomas comuns no início da gestação;
- Orientar a mulher para: alimentação fracionada (seis refeições leves ao dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos; ingerir alimentos sólidos antes de levantar-se pela manhã;
- Agendar consulta médica para avaliar a necessidade de usar medicamentos ou referir ao pré-natal de alto risco, em caso de vômitos frequentes;
- Nos casos em que essas medidas não forem efetivas, reportar ao item 13.1 (hiperêmese).

2. Pirose (azia):

Orientar a gestante para:

- Alimentação fracionada, evitando frituras;
- Evitar café, chá preto, mates, doces, alimentos gordurosos, picantes e irritantes da mucosa gástrica, álcool e fumo.

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

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 gestante para deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

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;
- Explicar à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

5. Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal:

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas;
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugerir exercícios apropriados;
- Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal:
 - orientar alimentação rica em fibras: consumo de frutas laxativas e com bagaço, verduras, de preferência cruas, e cereais integrais;
 - recomendar que aumente a ingestão de água e evite alimentos de alta fermentação;
 - recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;
 - solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.

6. Hemorróidas:

Recomendar à gestante:

- Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositórios de glicerina;
- Não usar papel higiênico colorido ou áspero (molhá-lo) e fazer higiene perianal com água e sabão neutro, após evacuação;
- Fazer banhos de vapor ou compressas mornas;
- Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

7. Corrimento vaginal:

- Explicar que aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;

- Não prescrever cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal. A presença de fluxo vaginal pode estar relacionada a complicações consideráveis, como rotura prematura de membranas, parto prematuro ou endometrite pós-parto, entre outras;
- O diagnóstico pode ser clínico e os achados mais comuns são:
 - prurido vulvar e presença de conteúdo vaginal com placas esbranquiçadas e aderidas à parede vaginal – candidíase. Tratar, preferencialmente, com antifúngico tópico por 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. Tratar com metronidazol tópico (uma aplicação vaginal por sete noites) ou sistêmico (metronidazol 250 mg, VO, de 8/8 horas por sete dias ou secnidazol 2 g, VO, em dose única) após o primeiro trimestre.
- Se for possível, deve-se solicitar análise microscópica da secreção vaginal com exames: a fresco, com KOH10%, ou pelo método de Gram. Os seguintes achados sugerem os respectivos diagnósticos:
 - *clue-cells* (células-chave) ou flora vaginal escassa ou ausente: vaginose bacteriana;
 - microorganismos flagelados móveis: tricomoníase;
 - hifas ou esporos de leveduras: candidíase.
- Em outros casos, ver condutas no *Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-Aids/MS*.

8. Queixas urinárias:

- Explicar que, geralmente, o aumento da frequência de micções é comum no início e no fim da gestação (aumento do útero e compressão da bexiga);
- Solicitar exame de urina tipo I e orientar segundo o resultado.

9. Falta de ar e dificuldade para respirar:

Esses sintomas são freqüentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou 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 e para achados no exame cardiopulmonar. Agendar a consulta médica, caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico.

10. Dor nas mamas:

- Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas;
- Não perder a oportunidade de orientar para o preparo das mamas para a amamentação.

11. Dor lombar (dores nas costas):

Recomendar à gestante:

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

12. Cefaléia (dor de cabeça):

- Afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se idade gestacional maior que 24 semanas);
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores;
- Eventualmente, prescrever analgésico (acetaminofen), por tempo limitado;
- Referir à consulta médica, se persistir o sintoma.

13. Sangramento nas gengivas:

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

14. Varizes:

Recomendar à gestante:

- Não permanecer muito tempo em pé ou sentada;
- Repousar (20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
- Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante.

15. Câimbras:

Recomendar à gestante:

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

16. Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto):

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

17. Estrias:

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

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

Objetivos:

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

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

“Primeira Semana de Saúde Integral” – ações a serem desenvolvidas

Acolhimento da mulher e do RN por profissional de saúde habilitado:

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

AÇÕES EM RELAÇÃO À PUÉRPERA

Anamnese

Verificar o cartão da gestante ou perguntar à mulher sobre:

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

Perguntar como se sente e indagar sobre:

- Aleitamento (frequência das mamadas – dia e noite –, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- Alimentação, sono, atividades;
- Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- Condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- Condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas).

Avaliação clínico-ginecológica:

- Verificar dados vitais;
- Avaliar o estado psíquico da mulher;
- Observar estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e membros inferiores;

- Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- Examinar abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- Verificar possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo-ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe;
- Observar formação do vínculo entre mãe e filho;
- Observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região);
- Identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada.

Condutas

- Orientar sobre:
 - higiene, alimentação, atividades físicas;
 - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids;
 - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
 - cuidados com o recém-nascido;
 - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Orientar sobre planejamento familiar e ativação de método contraceptivo, se for o caso:
 - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
 - explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
 - se a mulher não deseja, ou não pode, usar a LAM, ajudar na escolha de outro método;
 - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso, o que deve ser feito se este apresentar efeitos adversos e instruções para o seguimento.

- Aplicar vacinas, dupla tipo adulto e tríplice viral, se necessário;
- Oferecer teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto;
- Prescrever suplementação de ferro: 40 mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;
- Tratar possíveis intercorrências;
- Registrar informações em prontuário;
- Agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

AÇÕES EM RELAÇÃO AO RECÉM-NASCIDO

Na primeira consulta:

- Verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providenciar abertura imediata;
- Verificar se a Caderneta de Saúde da Criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, procurar verificar se há alguma informação sobre o peso, comprimento, apgar, idade gestacional e condições de vitalidade;
- Verificar as condições de alta da mulher e do RN;
- Observar e orientar a mamada reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, não havendo necessidade de oferecer água, chá, ou qualquer outro alimento;
- Observar e avaliar a mamada para garantia de adequado posicionamento e pega da aréola;
- Observar a criança no geral: peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, ectoscopia, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdômen (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicitar avaliação médica imediatamente;
- Identificar o RN de risco ao nascer
Critérios principais:
 - Baixo peso ao nascer (menor que 2.500 g)
 - Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento

- História de morte de criança < 5 anos na família
- RN de mãe HIV positivo

Critérios associados:

Dois ou mais dos critérios abaixo:

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

Obs.: caso sejam identificados alguns desses critérios, solicitar avaliação médica imediatamente.

- Realizar o teste do pezinho e registrar o resultado na caderneta da criança;
- Verificar se foram aplicadas, na maternidade, as vacinas BCG e de hepatite B. Caso não tenham sido, aplicá-las na unidade e registrá-las no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança.
- Agendar as próximas consultas de acordo com o calendário previsto para seguimento da criança: 2º; 4º; 6º; 9º; 12; 18 e 24º mês de vida.

CONSULTA PUERPERAL (ATÉ 42 DIAS)

Atividades

Caso a mulher e o recém-nascido já tenham comparecido para as ações da primeira semana de saúde integral, realizar avaliação das condições de saúde da mulher e do recém-nascido; registro das alterações; investigação e registro da amamentação; retorno da menstruação e atividade sexual; realização das ações educativas e condução das possíveis intercorrências.

Passos para a consulta:

- Escutar a mulher, verificando como se sente, suas possíveis queixas e esclarecendo dúvidas;
- Realizar avaliação clínico-ginecológica, incluindo exame das mamas;
- Avaliar o aleitamento;
- Orientar sobre:
 - higiene, alimentação, atividades físicas;

- atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids;
- cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
- cuidados com o recém-nascido;
- direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Orientar sobre planejamento familiar e ativação de método contraceptivo se for o caso:
 - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
 - explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
 - se a mulher não deseja, ou não pode, usar a LAM, ajudar na escolha de outro método;
 - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso, o que deve ser feito se este apresentar efeitos adversos, e instruções para o seguimento.
- Tratar de possíveis intercorrências.

Caso a mulher não tenha comparecido para consulta na primeira semana após o parto, realizar as ações previstas para a “Primeira Semana de Saúde Integral”.

USO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL DURANTE ALEITAMENTO

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

1. Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorréia, está associada à diminuição da fertilidade. Porém, esse efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, o que ocorrer primeiro. O efeito inibidor da fertilidade, que o aleitamento exclusivo com amenorréia tem, pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção – LAM (método da amenorréia da lactação).

2. Quando o efeito inibidor da fertilidade produzido pelo LAM deixa de ser eficiente (complementação alimentar ou retorno das menstruações) ou quando a mulher deseja utilizar um outro método associado ao LAM, é preciso escolher um método que não interfira na amamentação. Nesses casos, deve-se primeiro considerar os métodos não hormonais – DIU e métodos de barreira.

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

4. O uso do preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado.
5. O anticoncepcional hormonal oral só de progesterona (minipílula) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.
6. O anticoncepcional injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml – pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.
7. O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal **não devem ser utilizados em lactantes**, pois interferem na qualidade e quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê.
8. Os métodos comportamentais – tabelinha, muco cervical, entre outros – só poderão ser usados após a regularização do ciclo menstrual.

DIFICULDADES COM O ALEITAMENTO NO PERÍODO PUERPERAL

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

1. Pega incorreta do mamilo

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

2. Fissuras (rachaduras)

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

3. Mamas ingurgitadas

Acontecem, habitualmente, na maioria das mulheres, do terceiro ao quinto dia após o parto. As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (pele brilhante), às vezes, avermelhadas e a mulher pode ter febre.

Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente. Sempre que a mama estiver ingurgitada, a expressão manual do leite deve ser realizada para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento mamário é transitório e desaparece entre 24 e 48 horas.

4. Mastite

É um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante, habitualmente a partir da segunda semana após o parto. Geralmente, é unilateral e pode ser conseqüente a um ingurgitamento indevidamente tratado. Essa situação exige avaliação médica para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado. A amamentação na mama afetada deve ser mantida, sempre que possível e, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas.

Ordenha manual

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

Contra-indicações

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

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

São poucas as medicações que contra-indicam a amamentação. **Nenhuma medicação deve ser utilizada, sem orientação médica, pela puérpera que está amamentando.** Na eventualidade da medicação utilizada ser classificada como de uso criterioso ou contra-indicada durante a amamentação, o procedimento de escolha é optar por outras alternativas terapêuticas e não suspender o aleitamento. Para mais detalhes, ver o **Anexo 1** e o *Manual de Amamentação e Uso de Drogas* (MS, 2000).

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

O risco de transmissão do HIV pelo leite materno é elevado, entre 7% a 22%, e renova-se a cada exposição (mamada). A transmissão ocorre tanto pelas mães sintomáticas quanto pelas assintomáticas.

O risco de transmissão do HTLV1 e 2 (vírus linfotrófico humano de células T) pela amamentação é variável e bastante alto, sendo mais preocupante pelo HTLV1.

Há referências que apontam para risco de 13% a 22%. Quanto mais a criança mama, maior será a chance de ela ser infectada.

As gestantes HIV+ e HTLV+ deverão ser orientadas para não amamentar.

Quando por falta de informação o aleitamento materno tiver sido iniciado, torna-se necessário orientar a mãe para suspender a amamentação o mais rapidamente possível, mesmo em mulheres em uso de terapia anti-retroviral. Após o parto, a lactação deverá ser inibida mecanicamente (enfaixamento das mamas ou uso de sutiã apertado) e deve-se considerar o uso de inibidores de lactação, como a cabergolina, bromocriptina e outros, respeitando-se as suas contra-indicações. A amamentação cruzada – aleitamento da criança por outra nutriz – está formalmente contra-indicada.

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

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

13.1 HIPERÊMESE

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

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

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

Antieméticos orais:

Metoclopramida – 10 mg de 4/4 h;

Dimenidrato – 50 mg de 6/6 h.

Antieméticos injetáveis:

Metoclopramida – 10 mg (uma amp. = 10 ml) de 4/4 h;

Dimenidrato – 50 mg (uma amp. = 1 ml) de 6/6 h.

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

13.2 SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

As mais importantes situações hemorrágicas na gravidez são:

- **Primeira metade:** abortamento, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme);
- **Segunda metade:** placenta prévia (PP), descolamento prematuro da placenta (DPP).

ABORTAMENTO

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

O diagnóstico é clínico e ultra-sonográfico. O atraso menstrual, a perda sangüínea uterina e a presença de cólicas no hipogástrio são dados clínicos a serem considerados.

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

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

AMEAÇA DE ABORTO OU ABORTAMENTO EVITÁVEL

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

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

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

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

Na admissão hospitalar devido a abortamento, evitável ou não, deve-se solicitar o VDRL para afastar o diagnóstico de sífilis. Em caso de resultado reagente, iniciar o tratamento com antibioticoterapia, conforme esquema descrito no item 13.10.

GRAVIDEZ ECTÓPICA

Corresponde à nidação do ovo fora da cavidade uterina. A mulher, freqüentemente, apresenta história de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sangüínea 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 zonas anexiais pode provocar dor e demonstrar presença de tumor.

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

MOLA HIDATIFORME

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

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

DESCOLAMENTO CÓRIO-AMNIÓTICO

Caracteriza-se por sangramento genital de pequena intensidade. É diagnosticado por exame ultra-sonográfico. A evolução em geral é boa, não representando quadro de risco materno e/ou ovular.

A conduta é conservadora e, basicamente, consiste no esclarecimento à gestante.

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. As mulheres múltíparas e com antecedentes de cesáreas são consideradas de maior risco.

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

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

DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA

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

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

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

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

13.3 ANEMIA

Conceitua-se anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11 g/dl (OMS,1974). No entanto, os valores de hemoglobina, assim como os de hematócrito e do número total de glóbulos vermelhos, ficam na dependência do aumento da massa eritrocitária, ambos variáveis nas gestantes. Assim, mesmo as mulheres saudáveis apresentam redução das concentrações de hemoglobina durante a gravidez não complicada. Essa redução manifesta-se em torno da oitava semana, progride lentamente até a 34ª semana e, então, permanece estabilizada até o parto. Não causa danos à mãe ou ao feto pois, embora a concentração da hemoglobina esteja diminuída, a hipervolemia possibilita a perfusão e a oxigenação adequadas dos tecidos.

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

A anemia ferropriva, evidenciada por alterações dos níveis de hemoglobina, deve ser tratada de acordo com esquema terapêutico descrito no item 9.4.

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

13.4 HIPOVITAMINOSE A

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

O Programa de Suplementação de Vitamina A acontece em todos os estados da Região Nordeste e municípios do estado de Minas Gerais (região norte e Vales do Jequitinhonha e Mucuri), pois são áreas consideradas endêmicas para a deficiência de vitamina A.

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

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

13.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GESTAÇÃO E ECLÂMPSIA

Complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal; ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações; são mais comuns em mulheres nulíparas, em gestação múltipla, mulheres com hipertensão há mais 4 anos, história de hipertensão em gravidez prévia e de doença renal, ou mulheres com história familiar de pré-eclâmpsia.

É fundamental diferenciar a pré-eclâmpsia, que é uma síndrome de vaso-constricção aumentada com redução da perfusão, de uma hipertensão primária ou crônica preexistente.

Classificação da hipertensão arterial em mulheres gestantes

1. Hipertensão arterial crônica

Corresponde à hipertensão de qualquer etiologia (nível da pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg) presente antes da gravidez ou diagnosticada até a 20ª semana da gestação. Mulheres hipertensas que engravidam têm maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia/eclâmpsia.

2. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia

A pré-eclâmpsia geralmente ocorre após a 20ª semana de gestação, classicamente pelo desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria.

Apresenta-se quando o nível da pressão arterial for maior ou igual a 140/90 mmHg, com proteinúria (> 300 mg/24h) e após 20 semanas de gestação. Pode evoluir para eclâmpsia. É mais comum em nulíparas ou gestação múltipla.

Mulheres com hipertensão arterial pregressa, por mais de quatro anos, têm aumento do risco de desenvolver pré-eclâmpsia de cerca de 25%.

Outro fator de risco é história familiar de pré-eclâmpsia e de doença renal.

A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato.

Em gestante com quadro convulsivo, o primeiro diagnóstico a ser considerado deve ser a eclâmpsia.

3. Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia associada

É o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal. Nessas gestantes, essa condição agrava-se e a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez.

4. Hipertensão gestacional

É o desenvolvimento de hipertensão sem proteinúria que ocorre após 20 semanas de gestação. O diagnóstico é temporário e pode representar hipertensão crônica recorrente nessa fase da gravidez. Pode evoluir para pré-eclâmpsia e, se severa, levar a altos índices de prematuridade e retardo de crescimento fetal.

5. Hipertensão transitória

De diagnóstico retrospectivo, a pressão arterial volta ao normal cerca de 12 semanas após o parto. Pode ocorrer nas gestações subseqüentes e prediz hipertensão arterial primária futura. É importante considerar a presença de outros fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e outras co-morbidades.

QUADRO 8 – CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM ADULTOS

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHG)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	≥160	≥100

O valor mais alto da sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação de estágio (**Quadro 8**).

HIPERTENSÃO CRÔNICA DURANTE A GESTAÇÃO

Mulheres com estágio 1 de hipertensão arterial têm baixo risco de complicações cardiovasculares durante a gestação e são candidatas a somente modificarem seu estilo de vida como estratégia terapêutica (não existem evidências de que o tratamento farmacológico tenha melhores resultados neonatais).

Além disso, normalmente a pressão arterial cai na primeira metade da gestação, facilitando o controle da hipertensão sem medicamentos ou com suspensão dos medicamentos que estiverem sendo usados.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (< 2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial.

A prática de atividade física regular, além de ajudar no controle da pressão arterial, pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares e mortalidade em geral, facilitando ainda o controle de peso. Na gestação, a caminhada deve ser realizada com moderação, 2 a 3 vezes por semana, e não oferecer sensação de cansaço que, se ocorrer, indica necessidade de interrupção da atividade. O término da caminhada deve ser precedido por uma diminuição gradativa. A frequência cardíaca não deve exceder 140 bpm. O melhor horário para sua realização é antes das 10 h e após as 16 h. É importante a ingestão de líquidos e o uso de roupas leves e calçado adequado durante sua realização. A hidroginástica é bastante indicada por proporcionar diversas vantagens à condição gestacional, mas é preciso que seja orientada por profissional especializado e com experiência no trabalho com gestantes. Apesar disso, exercícios aeróbicos devem ser restritos com base na possibilidade de fluxo placentário inadequado e aumento do risco de pré-eclâmpsia. É necessária avaliação cuidadosa e individualizada da gestante antes do início da atividade física.

Uso de álcool e/ou cigarro deve ser fortemente desencorajado durante a gestação.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA HIPERTENSÃO

A meta principal do tratamento da hipertensão crônica na gravidez é reduzir o risco materno, mas a escolha do medicamento é mais dirigida para a segurança do feto. As gestantes que apresentarem HAS leve/moderada podem ser tratadas com metildopa ou beta-bloqueadores, embora seu uso seja controverso devido aos riscos de diminuição da perfusão placentária em relação aos reais benefícios maternos e/ou fetais. Quando houver indicação, deve-se manter os medicamentos utilizados previamente à gravidez. Sempre que for possível sua suspensão, faz-se necessária rigorosa monitorização dos níveis pressóricos e dos sinais de pré-eclâmpsia.

PRÉ-ECLÂMPSIA

São indicativos de:

- **Urgência** – pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg com ausência de sintomatologia clínica: o não comprometimento de órgãos-alvo permite o controle pressórico em até 24 h, se o quadro não se agravar;
- **Emergência** – pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg com presença de sintomatologia clínica: o controle pressórico deve ser rápido, em até uma ou duas horas. A impossibilidade de previsão na evolução do quadro impõe, como medida ideal, o encaminhamento e a internação da paciente para acompanhamento hospitalar.

Na presença de PA muito elevada, acompanhada de sintomas, há necessidade de uma adequada avaliação clínica, incluindo exame físico detalhado e exame fundoscópico do olho com pupila dilatada.

Nas emergências hipertensivas, recomenda-se controlar a pressão mais rapidamente, enquanto nas urgências hipertensivas o controle pode ser gradual, num período de até 24

horas. Idealmente, as pacientes em emergência hipertensiva devem ser encaminhadas para internação em unidade de tratamento intensivo, com monitorização da pressão arterial e do eletrocardiograma.

A urgência hipertensiva pode ser tratada com a instituição de tratamento medicamentoso convencional.

- **Hidralazina:** o cloridrato de hidralazina é relaxante direto da musculatura arterial lisa, sendo a **droga preferida** para o tratamento agudo da hipertensão arterial grave na gestação. Cada ampola contém 20 mg. Dilui-se o conteúdo de 1 ampola em 9 ml de solução salina ou água destilada. A dose inicial recomendada é de 5 mg ou 2,5 ml da solução por via intravenosa (IV), seguida por período de 20 minutos de observação. Se não for obtido controle da pressão arterial (queda de 20% dos níveis iniciais ou PAD entre 90 e 100 mmHg), pode-se administrar de 5 mg a 10 mg (2,5 ml a 5,0 ml da solução) em intervalos de 20 minutos, até dose cumulativa máxima de 20 mg. A ausência de resposta deve ser considerada como hipertensão refratária. O efeito hipotensor tem duração entre duas e seis horas. Apresenta como efeitos colaterais rubor facial, cefaléia e taquicardia.

Obs.: em situações de pré-eclâmpsia grave, quando o profissional não descarta a possibilidade de evolução para eclâmpsia, recomenda-se a administração de sulfato de magnésio nas mesmas doses e vias preconizadas para a eclâmpsia (p. 98); revisões da literatura indicam a possibilidade de 50% de redução no curso desse agravamento.

- **Nifedipina:** bloqueador de canal de cálcio, produz relaxamento da musculatura arterial lisa. A administração é por via oral, na dose de 5 a 10 mg a cada 30 minutos até completar um máximo de 30 mg. A administração da nifedipina de ação rápida (10 mg sublingual) apresenta dificuldade no controle do ritmo e grau de redução da pressão arterial. Seu uso tem sido controverso devido à possibilidade de efeitos colaterais sérios, como HIPOTENSÃO SEVERA, COM RISCO TANTO MATERNO QUANTO FETAL. Outros efeitos colaterais são a taquicardia, cefaléia e rubor facial. Os riscos e a existência de alternativas eficazes tornam **o uso da nifedipina de ação rápida não recomendável nessa situação**.
- **Furosemide: ATENÇÃO** – não deve ser utilizado na hipertensão aguda, pois reduz o volume intravascular e a perfusão placentária. Somente tem indicação em casos de insuficiência renal aguda comprovada ou em edema agudo de pulmão.
- A alfametildopa e os betabloqueadores orais não são indicados na crise hipertensiva, pois apresentam tempo para início de ação entre quatro e 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.

ECLÂMPSIA

Constitui-se em **emergência** e a paciente deve ser transferida o mais rápido possível para o hospital de referência. Enquanto se procede a transferência, devem-se tomar algumas providências: medidas gerais, terapia anticonvulsivante e anti-hipertensiva.

Medidas gerais:

- Manutenção das vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração;
- Oxigenação com a instalação de cateter nasal ou máscara de oxigênio úmido (cinco litros/minuto);
- Sondagem vesical de demora;
- Punção venosa em veia calibrosa;
- Terapia anti-hipertensiva;
- Terapia anticonvulsivante.

Sulfato de magnésio é a droga anticonvulsivante de eleição (a grande vantagem sobre os demais anticonvulsivantes consiste no fato de não produzir depressão do SNC).

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

ESQUEMA PARA USO DO SULFATO DE MAGNÉSIO

Deve-se estar atento para as diferentes concentrações das **apresentações** existentes no mercado:

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

MgSO₄.7H₂O a 20%: uma amp = 10 ml = 2 g

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

Dose de ataque (esquema misto EV e IM) para transferência da gestante

Administrar sulfato de magnésio 4 g (quatro ampolas a 10% ou duas ampolas a 20%), EV, lentamente, em 20 minutos. Logo após, aplicar mais 10 g de sulfato de magnésio a 50% (duas ampolas) divididas em duas aplicações, IM, uma ampola (5 g) em cada glúteo, profundamente.

- **Benzodiazepínicos:** são potentes no controle de convulsões em geral.
 - esquema terapêutico: dose de ataque – 10 mg, EV, em um ou dois minutos;
 - efeitos indesejáveis: sedação prolongada com risco aumentado para aspiração, dificuldade de controle neurológico, aumento de salivação e secreção brônquica. No recém-nascido, ocorre maior depressão respiratória, hipotermia e hipotensão. Os benzodiazepínicos só devem ser utilizados se não houver outra opção terapêutica.
- **Fenitoína:** droga 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.

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 a sobrevivência da gestante. Nessa situação, a gestante deve estar sempre com:

- Vaga confirmada em centro de referência, idealmente hospital terciário;
- Veia periférica calibrosa cateterizada (evitando-se a hiper-hidratação);
- Sonda vesical, com coletor de urina instalado;
- Pressão arterial controlada com hidralazina (5–10 mg, EV) ou nifedipina (10 mg, VO);
- Dose de ataque de sulfato de magnésio aplicada, ou seja, 4 g de sulfato de magnésio, EV, em 20 minutos. E manutenção com o esquema IM (10 g de sulfato de magnésio, sendo aplicados 5 g em cada nádega). Esse esquema deve ser o preferido, pois produz cobertura terapêutica por quatro horas após as injeções e evita os riscos de infusão descontrolada de sulfato de magnésio durante o transplante;
- O médico deve, obrigatoriamente, acompanhar a mulher durante a remoção.

Estratégias para facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo

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

A educação em saúde é o primeiro passo a ser dado na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudanças de hábitos e transformação no modo de viver. Porém, isso não é tarefa fácil diante de vários fatores que influenciam o comportamento e determinam as mudanças necessárias para o controle efetivo da doença.

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

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

ABORDAGEM NA PRÉ-CONCEPÇÃO

De preferência, as mulheres que desejam engravidar devem ser avaliadas para conhecer sua pressão arterial prévia e, se hipertensa, avaliar sua severidade, possíveis causas secundárias (sobretudo feocromocitoma), presença de lesão de órgão-alvo e planejar estratégias de tratamento.

Nas mulheres hipertensas que desejam engravidar, é fundamental que se avaliem as drogas que estão sendo utilizadas e, caso necessário, que se faça a troca por aquela que é reconhecidamente segura para o feto e a gestante, como metildopa e betabloqueadores.

Inibidores da ECA devem ser suspensos logo que a gravidez for confirmada.

A mulher que tem doença renal progressiva deve ser aconselhada e encorajada a ter o número de filhos que desejar enquanto sua função renal estiver relativamente preservada. Insuficiência renal leve com creatinina sérica igual ou menor que 1,4 mg/dl tem efeitos mínimos sobre o feto e a função renal subjacente, geralmente, não piora durante a gestação.

Todavia, moderada e severa insuficiência renal na gestação pode acelerar a hipertensão e a doença subjacente e reduz, notadamente, a sobrevida fetal.

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DURANTE A LACTAÇÃO

Mães hipertensas podem amamentar normalmente com segurança, desde que se tenham cuidados e condutas especiais.

Todavia, as drogas anti-hipertensivas estudadas são excretadas pelo leite humano; sendo assim, mulheres hipertensas no estágio 1 e que desejem amamentar por alguns meses podem suspender a medicação anti-hipertensiva com cuidadoso monitoramento da pressão arterial e reinstituir a medicação logo que suspender o período de amamentação.

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

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

HIPERTENSÃO RECORRENTE

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

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

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

13.6 DIABETES *MELLITUS* NA GESTAÇÃO

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

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

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

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

O diabetes é responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrosomia fetal e malformações congênitas.

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

Diabetes tipo 1 (ex-diabetes juvenil): cerca de 10% dos casos. O termo tipo 1 indica destruição de células beta que pode levar ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando sua administração é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

Diabetes tipo 2 (ex-diabetes do adulto): cerca de 90% dos casos. O termo tipo 2 designa deficiência relativa de insulina. Nesses casos, a administração de insulina não visa evitar cetoacidose, mas sim controlar o quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito graves. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura.

Diabetes gestacional é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, que geralmente desaparece no período pós-parto, mas pode retornar anos depois. Seu diagnóstico é controverso. A OMS recomenda os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez.

Estágios de desenvolvimento do diabetes

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

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

- História prévia de diabetes gestacional;
- Diabetes na família com parentesco em 1º grau;
- Baixa estatura (< 1,50 m);
- Idade superior a 25 anos;
- Obesidade ou grande aumento de peso durante a gestação;
- Síndrome do ovário policístico e outras patologias que levam ao hiperinsulinismo;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrosomia ou diabetes gestacional;
- Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, crescimento fetal excessivo e polidrâmnio.

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DO DIABETES GESTACIONAL

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

Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, ocorrendo a suspeita clínica a partir de fatores de risco para o diabetes.

É de fundamental importância detectar precocemente níveis elevados de glicose no sangue no período gestacional.

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

- **Glicemia de jejum:** nível de glicose sangüínea após um jejum de 8 a 12 horas;
- **Teste oral de tolerância à glicose (TTG-75 g):** o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão;
- **Glicemia casual:** realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições.

CRITÉRIOS LABORATORIAIS PARA O DIAGNÓSTICO DE DIABETES

Sintomas de diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada)
+
Glicemia casual ≥ 200 mg/dl
ou
Glicemia de jejum* ≥ 126 mg/dl
ou
Glicemia de 2 horas ≥ 200 mg/dl no teste de tolerância à glicose

*O jejum é definido como falta de ingestão calórica em período mínimo de oito horas.

Nota: o diagnóstico de diabetes gestacional (DG) deve sempre ser confirmado pela repetição da glicemia de jejum e do teste oral de tolerância à glicose em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

QUADRO 9 – INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA GLICEMIA DE JEJUM E DO TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE

CLASSIFICAÇÃO		GLICEMIA DE JEJUM	GLICEMIA 2 h APÓS TTG-75 g (em mg/dl)
Normal		< 110	< 140
Regulação glicêmica alterada	Glicemia de jejum	110 a 125	
	Tolerância à glicose diminuída		140 - 199
Diabetes <i>mellitus</i>		≥ 126	≥ 200

Quando os níveis glicêmicos estão acima dos parâmetros considerados “normais”, mas não estão suficientemente elevados para caracterizar um diagnóstico de diabetes, classifica-se a pessoa como portadora de **regulação glicêmica alterada**. Essas gestantes apresentam alto risco para o desenvolvimento do diabetes.

Exames complementares para avaliação do diabetes gestacional:

- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada;
- Colesterol total e HDL-C e triglicerídeos;
- Creatinina sérica e clearance de creatinina;
- TSH;
- Sumário de urina (para verificar infecção urinária, proteinúria, corpos cetônicos, glicosúria) e urocultura;
- Proteinúria de 24 horas ou microalbuminúria;
- Fundoscopia;
- ECG;
- Ultra-sonografia obstétrica – no primeiro trimestre, para determinação da idade gestacional – e ultra-sonografia morfológica, entre 16 e 20 semanas, para rastrear malformações fetais. Quando houver indicação, complementar com ecocardiografia fetal.

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

CONDUTA NO DIABETES GESTACIONAL

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

1. Planejar a gravidez pela importância da sétima e oitava semanas da concepção, quando ocorre a formação embrionária de vários órgãos essenciais do feto;
2. Controlar rigorosamente o nível de glicose no sangue;
3. Detectar precocemente os fatores de risco, evitando suas complicações;
4. Adotar, de forma sistemática, hábitos de vida saudáveis (alimentação balanceada e controlada, prática de atividades físicas regulares);

5. Consultar regularmente o médico para adequar a dosagem de insulina, já que ela é variável durante o período gestacional (menor quantidade no início, com tendência a aumentar no decorrer da gestação).

TRATAMENTO

É fundamental manter adequado controle metabólico, que pode ser obtido pela terapia nutricional (que deve estar baseada nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável), aumento da atividade física (ver na página 96), suspensão do fumo, associados ou não à insulinoterapia. Os hipoglicemiantes orais são contra-indicados na gestação, devido ao risco aumentado de anomalias fetais.

A insulina 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 nas medidas de glicemia. O monitoramento da glicemia em casa, com fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado, é o método ideal de controle.

As gestantes com diagnóstico de diabetes devem ser sempre acompanhadas conjuntamente pela equipe da atenção básica e pela equipe do pré-natal de alto risco.

13.7 HEPATITE B

Doença viral, causada pelo vírus da hepatite B (VHB), que pode cursar de forma assintomática ou sintomática. Os sintomas mais freqüentes são: mal-estar, cefaléia, febre baixa, icterícia, anorexia, astenia, fadiga, artralgia, náuseas, vômitos, desconforto no hipocôndrio direito e aversão por alguns alimentos.

De 5 a 10% dos adultos infectados e de 70 a 90% dos recém-nascidos filhos de mãe portadora do VHB desenvolvem a forma crônica da doença e podem, no futuro, apresentar suas complicações, tais como cirrose e carcinoma hepatocelular.

O VHB é altamente infectante e facilmente transmitido através da via sexual, transfusões de sangue, contato com sangue contaminado e pela transmissão vertical (mãe-filho).

Segundo a OMS, o Brasil apresenta média prevalência da infecção pelo VHB, ocorrendo alta endemicidade do VHB na região Amazônica, Espírito Santo e oeste de Santa Catarina. A medida mais segura para sua prevenção é a vacinação. No Brasil, a vacina é indicada para toda a população menor de 20 anos e para pessoas de grupos populacionais com maior vulnerabilidade para a doença. O esquema básico de vacinação é de 3 doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose.

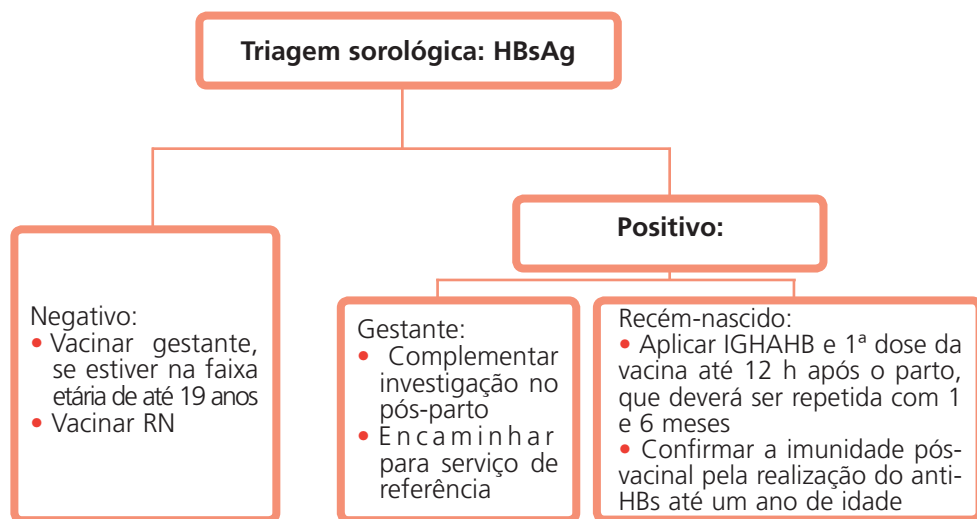
Com o objetivo de prevenir a transmissão vertical da hepatite B, recomenda-se a triagem sorológica durante o pré-natal, por meio do HBsAg – antígeno de superfície do VHB – que deve ser realizada, preferencialmente, próximo à 30ª semana de gestação.

Caso a gestante seja HBsAg positivo, ela deve ser encaminhada, após o parto, para avaliação em serviço de referência. Para a prevenção da transmissão vertical do VHB, **nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido**, deve-lhe ser administrada a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e a imunização ativa (vacina). A criança deve receber doses subsequentes da vacina, com um e seis meses. É necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs – anticorpo contra o HBsAg – na criança até um ano de idade. O anti-HBs aparece de 1 a 3 meses após a vacinação contra a hepatite B, ou após a recuperação de uma infecção aguda.

A garantia da primeira dose da vacina contra a hepatite B nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido deve ser a meta para todos os serviços e maternidades.

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

Fluxograma de conduta para hepatite B



13.8 TOXOPLASMOSE

Infecção causada pelo *Toxoplasma gondii* (TG), que assume especial relevância quando ocorre no período gestacional pela possibilidade de acometimento do feto. A toxoplasmose pode ser transmitida por três vias: a ingestão de oocistos provenientes do solo, areia, latas de lixo contaminadas com fezes de gatos infectados; ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos, especialmente carne de porco e carneiro; infecção transplacentária, ocorrendo em 40% dos fetos de mães que adquiriram a infecção durante a gestação.

A gravidade das manifestações clínicas no feto ou no recém-nascido é inversamente proporcional à idade gestacional de ocorrência da transmissão transplacentária da infecção. Achados comuns são prematuridade, baixo peso, coriorretinite, estrabismo, icterícia e hepatomegalia. A infecção no primeiro trimestre é mais grave, embora menos freqüente, acarretando desde abortamento espontâneo até a Síndrome da Toxoplasmose Congênita, caracterizada por: alterações do SNC (microcefalia, calcificações cerebrais, retardo mental, espasticidade, convulsões, entre outras), alterações oculares (coriorretinite, microftalmia), alterações auditivas (surdez) e outras. Se a infecção ocorre no último trimestre, o recém-nascido pode ser assintomático ou apresentar, principalmente, ausência de ganho de peso, hepatite com icterícia, anemia, plaquetopenia, coriorretinite, miocardite ou pneumonia.

Como a toxoplasmose é habitualmente assintomática e a anamnese é pouco fidedigna para determinar o comprometimento passado, recomenda-se que a hipótese dessa doença seja considerada em todos os processos febris ou adenomegálicos que acometam a gestante, especialmente se houver história de contato com felinos e manuseio de terra ou carne crua (sem proteção com luva).

Além disso, recomenda-se, sempre que possível, a triagem, por meio da detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou imunofluorescência) para todas as gestantes que iniciam o pré-natal. A detecção de anticorpos IgG, apesar de ser classicamente realizada, não modifica a tomada de decisão terapêutica, não sendo considerada, portanto, como essencial para o diagnóstico laboratorial da toxoplasmose.

Interpretação dos exames e conduta

Toda gestante com sorologia negativa (IgM) deve ser orientada para evitar a ingestão de carnes cruas ou mal cozidas, usar luvas e lavar as mãos após manipular carne crua ou terra de jardim, e evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo.

Na presença de anticorpos IgM positivos, está indicada a utilização imediata da espiramicina, até o diagnóstico da infecção fetal, independentemente da idade gestacional, na dose de 1 g de 8/8 horas, VO.

Quando disponível, realizar testes confirmatórios da infecção aguda, como o teste de avidade de IgG. Caso se confirme a infecção aguda – baixa avidade de IgG, a medicação deverá ser mantida até o parto. Se o teste demonstrar alta avidade de IgG, deve-se considerar como diagnóstico de infecção antiga e, nesse caso, interromper o uso da espiramicina e continuar o seguimento pré-natal normal.

Diagnóstico de infecção fetal

A gestante com diagnóstico de infecção aguda, após ser informada sobre os riscos da infecção para o feto/recém-nascido, deve ser encaminhada para acompanhamento conjunto em serviço de referência para diagnóstico da infecção fetal. Este pode ser feito por meio da pesquisa do microorganismo ou de anticorpos no líquido amniótico ou no sangue do cordão umbilical (PCR). A ultra-sonografia fetal só diagnostica as complicações tardias dessa infecção (alterações morfológicas).

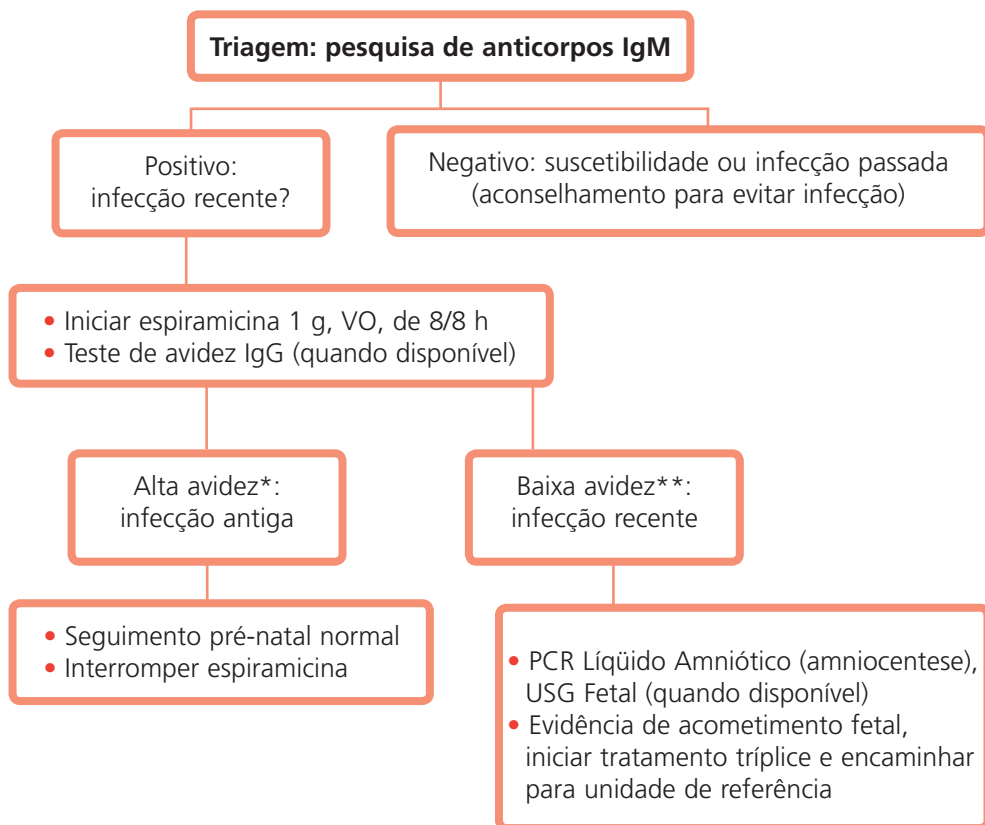
Na ocorrência de comprometimento fetal confirmado, está indicada a terapia tríplice

por 3 semanas, com sulfadiazina, na dose de 500 a 1.000 mg, VO de 6/6 horas, associada a pirimetamina, na dose de 25 mg, VO, três vezes ao dia, nos primeiros três dias, seguido de 25 mg de 12/12 horas, VO, a partir do quarto dia, e ácido folínico, na dose de 10 mg/dia. O tratamento tríplice acima citado deve ser alternado a cada três semanas com a espiramicina, por 3 semanas, isoladamente, até o termo.

Caso seja afastada a infecção fetal, após propedêutica invasiva, deve-se manter o uso da espiramicina até o termo e controle ultra-sonográfico mensal.

A pirimetamina está contra-indicada no primeiro trimestre da gestação, devido ao potencial efeito teratogênico, e o uso da sulfadiazina, no terceiro trimestre, deve ser monitorado, devido à possibilidade de kernicterus no recém-nascido. Deve-se, portanto, interromper o uso da sulfadiazina duas semanas antes do parto.

Fluxograma de conduta para toxoplasmose



*Alta avides: < 30% – indica infecção recente.

**Baixa avides: > 60% – indica infecção pregressa (não necessita de novos exames).

Entre 30 e 60%: resultado inconclusivo quanto ao provável período da infecção.

13.9 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

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

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

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

O tratamento pode ser realizado, preferencialmente guiado pela suscetibilidade no antibiograma, com um dos seguintes esquemas terapêuticos:

QUADRO 10 – TRATAMENTO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

ANTIBIÓTICO	DOSE/DIA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO POR DRÁGEA/COMPRIMIDO	POSOLOGIA/TEMPO DE TRATAMENTO
Cetalosporinade 1ª geração (cefalexina)	2 g/dia	Via oral	500 mg	Uma drágea 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
Nitrofurantoína	400 mg/dia	Via oral	100 mg	Um comprimido de 6/6 h, por 10 dias

Entre os efeitos adversos mais comuns da antibioticoterapia está o desenvolvimento de candidíase vaginal, que deve ser tratada o mais precocemente possível.

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura de três a sete dias após o término do tratamento.

CISTITE

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

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura de três a 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, ou amoxicilina 250 mg/dia, até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis semanas.

PIELONEFRITE AGUDA

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

Na suspeita de pielonefrite, a gestante deve ser encaminhada para o hospital de referência.

13.10 SÍFILIS

Doença infecciosa, de caráter sistêmico e de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. O agente etiológico, o *Treponema pallidum*, é uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual ou materno-fetal (vertical), podendo produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença.

A sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical.

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

A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas estão circulantes e, portanto,

mais grave e freqüente será o comprometimento fetal. Nesse caso, o risco de acometimento fetal varia de 70% a 100% e as manifestações clínicas podem variar do abortamento precoce ao natimorto ou do nascimento de crianças assintomáticas (o mais comum) aos quadros sintomáticos extremamente graves e potencialmente fatais. Essas considerações justificam a necessidade de testar, sistematicamente, no mínimo duas vezes na gestação (início do pré-natal e próximo à 30ª semana) e no momento da internação hospitalar, seja para parto ou curetagem uterina pós-abortamento, segundo a Portaria GM/MS nº 766/2004. **A realização do VDRL no início do terceiro trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero. Quando o teste é feito durante a internação para o parto, além de interromper a evolução da infecção e suas seqüelas irreversíveis, possibilita o tratamento precoce da criança.**

CLASSIFICAÇÃO DA SÍFILIS		
SÍFILIS	TEMPO DE EVOLUÇÃO	FASE
Adquirida recente	< 1 ano	primária, secundária e latente recente
Adquirida tardia	>1 ano	latente tardia e terciária
Congênita recente	diagnóstico até o 2º ano de vida	
Congênita tardia	diagnóstico após o 2º ano de vida	

O diagnóstico clínico, na fase primária, é dado pela identificação do cancro duro. Esse sinal, quando localizado internamente (vagina, colo uterino), pode passar despercebido na mulher. Na fase secundária, o diagnóstico clínico é dado por erupções cutâneas generalizadas (roséolas sífilíticas), em especial quando se observam lesões palmoplantares, além de queda de cabelo (alopecia e placas úmidas na região vulvar e perineal (condiloma plano). Na fase terciária, a lesão característica é a goma sífilítica, que pode ocorrer em pele, ossos, cérebro etc.

Na gestação, a sífilis pode ser causa de abortamento tardio (a partir do quarto mês), natimortos, hidropsia fetal e parto prematuro. Estudos mostram fetos abortados com nove semanas de gestação que apresentavam o treponema ao exame histopatológico, indicando que abortamentos precoces também podem ser causados por sífilis.

O exame microbiológico apenas é possível quando da existência de lesões, principalmente, cancro duro e lesões de secundarismo. Placenta, cordão umbilical e lesões cutâneo-mucosas da criança também podem ser ótimas fontes de material para o diagnóstico, utilizando-se a técnica de campo escuro ou a imunofluorescência direta.

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

O VDRL, teste diagnóstico mais utilizado, torna-se reativo a partir da segunda

semana depois do aparecimento do cancro (sífilis primária) e, em geral, está mais elevado na fase secundária da doença. Os títulos tendem a decrescer gradativamente até a negatificação com a instituição do tratamento a partir do primeiro ano de evolução da doença, podendo permanecer baixos por longos períodos.

Seguimento e controle de cura:

Conduta nos títulos baixos de VDRL

VDRL < 1/8 – Solicitar teste treponêmico (FTA-abs ou TPHA) sempre que possível.

- Resultado negativo: deve-se investigar collagenoses, o VDRL será chamado de falso-positivo;
- Resultado positivo: investigar história e antecedentes. Se a história for ignorada, gestante e parceiro devem ser imediatamente tratados. Nos casos em que a história for conhecida e o tratamento adequado, considerar como cicatriz sorológica;
- 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 com seguimento sorológico.

Cura sorológica:

- Queda dos títulos no VDRL: 2 diluições ou diminuição de 4 vezes os títulos: por exemplo, de 1/8 para 1/2; ou 1/128 para 1/32.

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

Tratamento:

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

Recomendações:

- **O(s) parceiro(s) deve(m) sempre ser testado(s) e tratado(s);**
- As gestantes tratadas requerem seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, devendo ser novamente tratadas, mesmo na ausência de sintomas, se não houver resposta ou se houver aumento de, pelo menos, duas diluições em relação ao último título de VDRL (ex.: de 1/2 para 1/8);
- **As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para centro de referência para dessensibilização.** Na impossibilidade, deve ser administrada a eritromicina na forma de estearato, 500 mg, VO, de 6/6 h por 15 dias para sífilis recente e por 30 dias para sífilis tardia. O uso dessa droga exige estreita vigilância, pela menor eficácia, e **o feto não deve ser considerado tratado;**
- Portadoras de HIV podem ter a história natural da sífilis modificada, desenvolvendo neurosífilis mais precoce e facilmente. Nesses casos, está indicada, quando possível, a punção lombar para que se possa definir o esquema terapêutico mais apropriado, devendo ser encaminhada ao centro de referência. Quando não for possível a realização da punção lombar, deve ser instituído tratamento para neurosífilis;
- Notificar a sífilis materna e a forma congênita (obrigatória) em fichas de notificação próprias do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação);
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Fazer o aconselhamento pré-teste e oferecer a realização de sorologia anti-HIV, que deverá ser repetida três meses depois, se negativa, caso a infecção tenha sido adquirida no transcorrer da gestação;
- Orientar a abstenção das relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas (quando presentes), orientar o uso de preservativo, que deve ser mantido, após o tratamento, em todas as relações sexuais.

13.11 INFECÇÃO POR HIV

De acordo com dados de estudos sentinelas, a infecção por HIV tem prevalência em gestantes de 0,6%. O diagnóstico durante a gestação, ou ainda no momento do trabalho de parto, com instituição de medidas apropriadas, pode reduzir significativamente a transmissão vertical (da mãe para o filho).

O teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal e repetido próximo à 30ª semana gestacional (sempre que possível), a todas as gestantes, de

acordo com as recomendações descritas no item 9.6 desse manual.

Condutas diante do diagnóstico de infecção por HIV na gestação:

- Prestar suporte psicológico necessário, informar sobre o uso da terapia anti-retroviral (TARV) e a necessidade de acompanhamento médico especializado durante toda a gestação;
- Na impossibilidade de referência imediata para o serviço especializado, o profissional poderá solicitar avaliação da carga viral e dos níveis de T-CD4+, instituir a zidovudina (AZT) oral se a gestante estiver após a 14ª semana e assintomática, encaminhando-a, em caráter prioritário, para profissional que assista portadoras do HIV, informando à gestante sobre a necessidade de acompanhamento médico especializado para avaliação clínico-laboratorial criteriosa e instituição da terapêutica anti-retroviral mais adequada para o controle de sua infecção. Se disponível, a gestante poderá ser igualmente encaminhada para serviço de pré-natal que seja referência para gestantes infectadas pelo HIV (SAE materno-infantil);
- Informar sobre os riscos da transmissão vertical pela amamentação, orientando sobre como alimentar o bebê com fórmula infantil (*Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses que Não Podem Ser Amamentadas*, disponível no site www.aids.gov.br/biblioteca);
- Informar também sobre a contra-indicação do aleitamento cruzado (amamentação por outra mulher);
- Discutir a necessidade da testagem do parceiro e do uso de preservativo (masculino ou feminino) nas relações sexuais;
- Informar sobre a necessidade de acompanhamento periódico da criança em serviço especializado de pediatria para crianças expostas ao HIV e oferecer informações sobre onde poderá ser feito esse acompanhamento;
- Continuar o acompanhamento da gestante encaminhada, com atenção para a adesão às recomendações/prescrições.

Obs.: para mais informações, consultar o documento de consenso vigente do Ministério da Saúde/PN-DST/Aids *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes*.

13.12 OUTRAS DST

As DST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional. Atenção especial deve ser dirigida ao parceiro sexual, para tratamento imediato ou encaminhamento para o SAE, 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. As causas mais comuns são, à exceção da sífilis primária, o cancro mole e o herpes genital.

Tratamento da gestante:

- Sífilis primária: penicilina G benzatina 1.200.000 UI, IM em cada glúteo em dose única, totalizando 2.400.000 UI, ou estearato de eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 h, por dez dias (ver o item 13.10);
- Herpes: o tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, poderá ser feito nos casos de primo-infecção ou em situações de grande número de recorrências, especialmente próximo ao parto, com aciclovir 400 mg, VO, de 8/8h, durante sete a dez dias;
- Cancro mole: estearato de eritromicina, 500 mg, VO, de 6/6 h, por sete dias ou ceftriaxona, 250 mg, IM, dose única.

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

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 nenhum tratamento sistêmico. Para vaginose bacteriana e /ou tricomoníase, está indicado o uso de **metronidazol 2 g, VO, dose única, ou 250 mg 3 vezes ao dia, VO, durante 7 dias, ou metronidazol 400 mg, de 12/12 h, VO, por 7 dias**, após completado o primeiro trimestre. Nos casos de tricomoníase, o parceiro também deve ser tratado.

3. Síndrome de corrimento cervical: presença de corrimento mucopurulento proveniente do orifício externo do colo do útero, acompanhado ou não por hiperemia, ectopia ou colpíte. As causas mais comuns são infecção por gonococo e clamídia.

Tratamento da gestante:

Deve ser feito com:

- Amoxicilina: 500 mg, VO, de 8/8h, por sete dias; ou
- Eritromicina (estearato): 500 mg, VO, de 6/6h, por sete dias; ou

- Azitromicina: 1 g, VO, dose única.

Associado a:

- Cefixima: 400 mg, VO, dose única; ou
- Ceftriaxona: 250 mg, IM, dose única; ou
- Espectinomicina: 2 g, IM, dose única.

4. Condiloma acuminado: caracterizado por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, períneo e região perianal. Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são fortemente associados a neoplasia cervical (subtipos 16, 18, 31 e 35).

Tratamento da gestante:

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, sejam pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Como as lesões durante a gestação podem proliferar e tornar-se friáveis, muitos especialistas indicam a sua remoção nessa fase. É importante orientar o uso de preservativo e avaliação do parceiro sexual, com suspensão de atividade sexual durante o tratamento.

Não está estabelecido o valor preventivo da operação cesariana, portanto esta não deve ser realizada baseando-se apenas na prevenção da transmissão do HPV para o recém-nascido, já que o risco da infecção nasofaríngea do feto é muito baixa. Apenas em raros casos, 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 deverá ser indicada.

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

- **Nunca usar PODOFILINA, PODOFILOTOXINA ou IMIQUIMOD durante qualquer fase da gravidez;**
- Lesões pequenas, isoladas e externas: eletro ou criocauterização em qualquer fase da gravidez;
- Lesões grandes e externas: ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência (exérese por alça diatérmica ou LEEP) em qualquer fase da gravidez. Esse procedimento exige profissional habilitado, visto que pode provocar sangramento considerável;
- Lesões pequenas, colo, vagina e vulva: eletro ou criocauterização, apenas a partir do segundo trimestre;

- Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.

SEGUIMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS APÓS A GESTAÇÃO

Sífilis

A mulher tratada em decorrência de sífilis, durante a gestação ou no momento do parto, deverá ser acompanhada com VDRL no pós-parto em intervalos trimestrais. A negatização do teste indica alta ambulatorial, o que, geralmente, acontece no primeiro ano. A elevação dos títulos em duas diluições pode indicar reinfecção (parceiro não tratado ou novo parceiro), neurosífilis ou manifestações tardias por tratamento inadequado, indicando reavaliação clínico-laboratorial completa.

Condiloma acuminado

Mulheres com condilomatose durante a gravidez devem ser acompanhadas com realização da citologia oncológica. Portadora de lesões tratadas durante a gravidez terá seguimento regular para manutenção do tratamento, se necessário. O parceiro deverá ser avaliado para possível tratamento conjunto.

Outras DST

Casos diagnosticados e tratados durante a gestação devem ser reavaliados no puerpério para verificar a necessidade de retratamento. Em casos de recorrências frequentes, o(s) parceiro(s) deve(m) ser avaliado(s) quanto à necessidade de tratamento concomitante, exceto para tricomoníase, em que o parceiro sempre deve ser tratado.

HIV/Aids

As mulheres identificadas como portadoras assintomáticas do HIV no período pré-concepcional, durante a gestação, ou no parto/puerpério imediato, seguirão a rotina de consultas nas unidades básicas de saúde, em conjunto com os serviços de referência para portadoras do HIV, de acordo com a frequência determinada pelo profissional de saúde assistente. Lembramos que a amamentação está contraindicada.

13.13 TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)

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

O trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas

a cada dez minutos, com ritmo e frequência regulares. Podem ser acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

Condutas:

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

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

13.14 GESTAÇÃO PROLONGADA

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

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

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

Conduta

O controle da gestante nessa situação visa identificar a eventualidade de hipóxia conseqüente à insuficiência placentária. Dessa forma, os cuidados dirigem-se ao controle das condições de vitalidade fetal. Ela pode ser avaliada na unidade básica de

saúde pelo registro materno da movimentação fetal (mobilograma) e pela normalidade na evolução do pré-natal.

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

13.15 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 freqüentes 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 11 desta publicação.

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

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

13.16 PARASITOSES INTESTINAIS

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

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

As helmintíases mais comuns são: ancilostomíase, ascaridíase, enterobíase, estrongiloidíase, himenolepiase, teníase e tricuriase.

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

2. Protozooses: causadas por protozoários que passam a habitar o trato intestinal, permanecendo a ele limitados, ou eventualmente invadindo outros órgãos. Alguns protozoários não são considerados patogênicos para o tubo digestivo: *Entamoeba coli*, *Lodamoeba 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 extra-intestinal. A grande maioria dos acometidos apresenta a doença benigna, manifestando-se sob a forma intestinal diarréica.
- **Giardíase:** as manifestações clínicas estão presentes em 50% das vezes ou mais, relacionando-se, possivelmente, com a participação de fatores predisponentes, como alterações da flora intestinal e desnutrição. A manifestação mais comum é a diarreia, às vezes acompanhada de desconforto abdominal ou dor em cólica, flatulência, náuseas e vômitos. Na giardíase não se observam, de modo geral, manifestações sistêmicas e não ocorrem alterações do hemograma, não provocando também a eosinofilia.

QUADRO 11 – MEDICAMENTOS INDICADOS NA TERAPÊUTICA DAS HELMINTÍASES E PROTOZOOSSES 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	250 mg, três vezes ao dia, por VO, durante dez dias
Giardíase	Metronidazol	250 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante sete dias seguidos

13.17 EPILEPSIA

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

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

EPILEPSIA EM MULHERES

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

EFEITO DA GRAVIDEZ NAS CRISES CONVULSIVAS

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

EFEITO DA EPILEPSIA NA GRAVIDEZ

Tem-se associado inúmeras complicações durante a gestação, o parto e o puerpério de mulheres com epilepsia e uso de anticonvulsivantes. Essas complicações incluem abortamentos espontâneos, morte perinatal, prematuridade, anomalias congênitas e anormalidades de crescimento fetal e desenvolvimento nessas crianças, 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.

Malformação fetal em gestantes epiléticas medicadas

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

Conduta

Não existem evidências de que crises parciais simples ou complexas, crises de ausência ou mioclônicas tenham efeito adverso na gestação ou no feto. No entanto, as crises generalizadas tônico-clônicas podem levar a acidentes graves e, potencialmente, podem levar à 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 **três meses antes** da gestação;
3. Em pacientes sem crises há mais de dois anos, discutir a suspensão da droga na periconcepção e primeiro trimestre;
4. Uso preferencial de DAE em monoterapia e em doses fracionadas. **Porém, não alterar o regime terapêutico durante a gestação, a não ser sob orientação de especialista;**
5. Não existe uma droga de escolha para ser usada durante a gestação. Além disso, nenhuma DAE apresenta perfil de teratogenicidade específico. A exceção é para o uso de valproato, que tem sido associado com risco de 1% a 2% de espinha bífida, mas seu uso em combinação com a carbamazepina parece diminuir esse risco (única ocasião em que a politerapia com DAE diminui os efeitos teratogênicos);
6. A dosagem será sempre individualizada, na dependência da frequência das crises.

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.

As gestantes com epilepsia podem ter o acompanhamento pré-natal realizado na unidade básica de saúde. É importante enfatizar que a droga anticonvulsivante não deve ser suspensa só porque a mulher engravidou, ou porque tenha apresentado crises convulsivas mesmo com o uso da droga. Nessa condição, é recomendável referir a gestante para a avaliação de especialista para adequar o tratamento, aumentando a dosagem da droga,

trocando-a ou associando.

Seria, ainda, recomendável, sempre que possível, solicitar exame de ultra-sonografia, especificamente para o rastreamento de possíveis malformações fetais. Uma recomendação adicional refere-se, ainda, ao uso de vitamina K (Kanakion ®), uma ampola, IM/dia, duas a quatro semanas prévias ao parto, pelo efeito anticoagulante dos anticonvulsivantes.

Amamentação

As medicações anticonvulsivantes estão presentes no leite, porém não há contra-indicação 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.

13.18 AMNIORREXE PREMATURA

Conceitua-se amniorrexe prematura quando a rotura da bolsa se dá antes de instalado o trabalho de parto. Constitui causa importante de partos prematuros (cerca de 1/3 dos casos), o que contribui para o aumento da morbidade perinatal. A morbidade materna também é agravada pelos riscos de infecção.

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

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

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

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

- Prova de cristalização: consiste em colher material do fundo de saco vaginal e próximo do orifício do colo sobre uma lâmina. Após a secagem do material coletado, a observação ao microscópio permite confirmar a presença de líquido amniótico no conteúdo vaginal se ocorrer cristalização na forma de samambaia. Entretanto, são comuns os resultados falso-negativos, sobretudo quando decorrido maior tempo entre a rotura de membranas e o exame;
- Verificação de pH do conteúdo vaginal: a indicação direta ou indireta de valores mais elevados de pH (> 6) sugere o diagnóstico de amniorrexe, embora várias

situações estejam relacionadas com resultados falso-positivos e negativos;

- Exame de ultra-sonografia com a medida do índice de líquido amniótico (ILA): a estimativa de medida de ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional em uma curva de valores normais é útil na confirmação diagnóstica.

Conduta

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

AMNIORREXE PREMATURA EM MULHERES PORTADORAS DE HIV

Existem evidências de que a prematuridade e o tempo de rotura de membranas estão associados a maior risco de transmissão vertical do HIV. A taxa de transmissão aumenta progressivamente após quatro horas de bolsa rota durante o trabalho de parto (cerca de 2% a cada hora até 24 horas). No entanto, não existem dados que possam definir, com segurança, a melhor conduta a ser tomada quando a gestante HIV apresenta rotura de membranas antes da 34ª semana de gestação. Assim sendo, a conduta deverá ser instituída conforme as rotinas previstas para amniorrexe prematura nas mulheres em geral, buscando promover a maturidade fetal, a redução dos riscos de transmissão perinatal do HIV e da morbimortalidade materna.

14.1 GESTAÇÃO MÚLTIPLA

Gravidez que ocorre com presença de dois ou mais fetos. Relaciona-se com:

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

O diagnóstico de suspeição é feito por meio de dados clínicos, 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 a mais que 10 cm e com frequências diferentes. A ultra-sonografia confirma o diagnóstico.

A mortalidade 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 e, secundariamente, à presença de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão etc. Está, também, aumentado o risco materno pelo aparecimento mais freqüente de hiperêmese, trabalho de parto prematuro, síndromes hipertensivas, anemia, quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas etc.

Conduta

Cabe ao profissional de saúde ter conhecimento de todas as condições de risco, acompanhar a gestante com consultas mais freqüentes e encaminhá-la ao pré-natal de alto risco na presença de qualquer intercorrência clínica. O acompanhamento pré-natal das gestações gemelares pode ser realizado nas unidades de saúde, desde que o profissional esteja ciente dos riscos potenciais e tenha facilidade de encaminhamento para unidade ou hospital que preste assistência à gestação de alto risco.

14.2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é importante etapa do desenvolvimento do ser humano para atingir a maturidade biopsicossocial.

Nessa etapa, a sexualidade manifesta-se em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais, em desconhecidos desejos e na busca de relacionamento

interpessoal, ocasionados pelas alterações hormonais da puberdade, sendo foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos. A maneira como os adolescentes vão lidar com a sua sexualidade, como vão vivê-la e expressá-la é influenciada por vários fatores, entre os quais estão a qualidade das relações afetivas que vivenciaram e, ainda, vivenciam com pessoas significativas na sua vida, pelas transformações corporais, psicológicas e cognitivas trazidas pelo crescimento e desenvolvimento, até os valores, normas culturais e crenças da sociedade na qual estão inseridos.

Se entre mulheres, como um todo, houve, nas quatro últimas décadas, um decréscimo na taxa de fecundidade, entre adolescentes e jovens, o sentido é inverso. Até os anos 90, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26%.

Diferentes fatores contribuem para esse fato, entre os quais se encontra o início cada vez mais precoce da puberdade a partir da década de 40, o que acarreta decréscimo da idade da primeira menstruação, instalando-se, cada vez mais cedo, a capacidade reprodutiva. Isso se confirma na pesquisa *Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids* (BERQUÓ,1999), a qual aponta que a vida sexual dos jovens começa cada vez mais cedo. Entre os homens, a iniciação sexual ocorre mais cedo do que entre as mulheres, média de idade que varia de 14,5 a 16,4 e média de idade que varia de 15,2 a 20,6 respectivamente. Muitas dessas relações ocorrem sem utilização de métodos contraceptivos e de preservativo, com maior exposição à gravidez e às infecções pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

No entanto, se compararmos os números do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc/Datasus) disponíveis desde 1994, nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos, observamos elevação do número de nascidos vivos até o ano 2000. A partir de 2000, observamos queda no número de nascidos vivos nas faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 24 anos. A partir de 2001, observamos o decréscimo dos valores também na faixa etária de 10 a 14 anos, cujos fatores causais ainda estão por ser estudados.

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

Para a verificação de situações de abuso e violência devem ser verificados os seguintes Indicadores Sentinela:

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

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

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

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

Assim, o aumento da gravidez nessa fase da vida, que no contexto social vigente de percepção das idades e de suas funções deveria ser dedicada à preparação para a idade adulta, principalmente relacionada aos estudos e a um melhor ingresso no mercado de trabalho, vem preocupando não só o setor saúde, como outros setores que trabalham com adolescentes e, também, as famílias, porque as repercussões de uma gravidez em idades precoces, e se desprotegida, podem trazer riscos para as adolescentes. O abandono do parceiro ou da família, a perda de unicidade com o grupo de iguais, a descontinuidade e mesmo a interrupção de projetos de vida e riscos materno-fetais são alguns desses riscos.

Os ônus relacionados à maternidade e à constituição da família podem dificultar o progresso da escolarização das mães, afetando a sua inserção exitosa no mercado de trabalho, colaborando, assim, para a continuidade do ciclo de pobreza com todas as más conseqüências para a qualidade de vida dessas jovens. Os homens adolescentes, também, carregam o ônus de uma gravidez precoce, quando assumem a paternidade sem estrutura econômica, e às vezes emocional, para cuidar e educar um filho, devendo ser contemplados na atenção dentro do âmbito da saúde reprodutiva.

Essa realidade multicausal revela deficiências na implementação de políticas públicas, exigindo movimento do governo e da sociedade para promover a saúde e o desenvolvimento da juventude.

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

- O encorajamento de comportamentos sexuais e reprodutivos responsáveis e saudáveis, incluindo a abstinência voluntária e a disponibilidade de serviços e aconselhamento adequados, especificamente destinados a esse grupo etário;

- Os países devem garantir o acesso dos adolescentes aos serviços e informações de que necessitam. Esses serviços devem salvaguardar o direito dos adolescentes à privacidade, confidencialidade, consentimento expresso e respeito às crenças religiosas, bem como direitos, deveres e responsabilidades dos pais;
- Os países devem proteger e promover o direito dos adolescentes à educação, informação e cuidados de saúde reprodutiva e reduzir, consideravelmente, o número de casos de gravidez na adolescência.

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

O art. 8º assegura 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.*

Sendo a adolescência uma fase em que o ser humano está em *condição peculiar de desenvolvimento* (ECA), pelas mudanças biológicas, psicológicas e sociais ainda não bem estruturadas, a superposição da gestação acarreta sobrecarga física e psíquica, principalmente para as adolescentes de 10 a 15 anos de idade, aumentando a vulnerabilidade aos agravos materno-fetais e psicossociais, como já foi explicitado anteriormente.

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

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

- Participação ativa de adolescentes e jovens no planejamento, desenvolvimento, divulgação e avaliação das ações.

PRINCÍPIOS ÉTICOS

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

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

A viabilização desses princípios no atendimento de adolescentes e jovens contribui para iniciativas interpessoais mais eficientes, colaborando para melhor relação entre cliente e profissional, o que favorece a descrição das condições de vida, problemas e dúvidas. Esses princípios também ampliam a capacidade do profissional de saúde no encaminhamento das ações necessárias e favorece a possibilidade de retorno de adolescentes e jovens aos serviços. Também asseguram a adolescentes e jovens o direito de serem reconhecidos como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. Quanto ao atendimento específico à adolescente gestante, os profissionais devem guiar-se pelas recomendações do PHPN e pelo *Manual de Organização de Serviços* da ASAJ.

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

Para a correta interpretação e aplicação das diversas normas de tutela, deve-se compreender, primeiramente, a concepção dos direitos que envolve a assistência à saúde do adolescente – o direito à saúde e os direitos da criança e do adolescente.

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

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

O direito à saúde constitui direito humano fundamental, concebido numa perspectiva integradora e harmônica dos direitos individuais e sociais, um direito tutelar

que exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado – a saúde da pessoa humana.

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

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

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

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

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

A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família por si só demonstra desarmonia, que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o direito do adolescente em exercer seu direito à saúde. Dessa forma, recomenda-se que, havendo resistência fundada e receio de que a comunicação ao responsável legal implique afastamento do usuário ou dano à sua saúde, aceite-se pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo 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 Promotoria da Infância e Juventude, de forma que possibilite a participação de seus integrantes na condução das questões excepcionais, de forma harmônica com os princípios éticos que regem esse atendimento.

SIGILO PROFISSIONAL E ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

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

Código Penal

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

É vedado ao médico:

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

Código de Ética Médica

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

É vedado ao médico:

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

Código de Ética Médica

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

- a) Que a equipe médica busque sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação legal de proteção e orientação de seus filhos ou tutelados;
- b) 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”.

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

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

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

14.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DURANTE A GRAVIDEZ

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, da qual o Brasil é signatário, define como violência contra a mulher todo ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, como na privada.

As estatísticas sobre violência contra a mulher revelam elevada incidência e prevalência do problema. Estima-se que a violência sexual acometa 12 milhões de pessoas a cada ano, em todo o mundo. Nos EUA e no Canadá, cerca de 25% das mulheres experimentaram algum tipo de contato sexual não consentido. O agressor, freqüentemente, é próximo e conhecido da mulher. No Japão, 75% das mulheres

foram submetidas a alguma forma de violência física, psicológica ou sexual por parte de seu companheiro. Taxas igualmente expressivas foram reportadas em Porto Rico (58%); Nicarágua (52%); Bolívia (46%); Quênia (42%); Colômbia (40%); **Brasil (38%)**; Canadá (29%); Chile (26%) e Nova Zelândia (20%).

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

Ao contrário do que se espera, a violência contra a mulher não diminui necessariamente durante a gravidez. De fato, cerca de 13% das mulheres relatam aumento da frequência ou severidade da violência durante esse período. A prevalência de violência física e sexual durante a gravidez oscila entre 1% e 20%, com índices igualmente altos nos primeiros seis meses após o parto, atingindo 25% das mulheres. Adolescentes grávidas são particularmente mais vulneráveis à violência, apresentando risco duas vezes maior de serem estupradas, se comparado ao risco das grávidas adultas.

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

A violência contra a mulher constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, representando inaceitável violação de direitos humanos, sexuais e reprodutivos. Mas é igualmente necessário entendê-la como grave problema de saúde pública. Dados do Banco Mundial revelam que a violência contra a mulher encontra-se entre as principais causas de anos de vida perdidos por incapacidade, superando os efeitos das guerras contemporâneas ou dos acidentes de trânsito. As consequências psicológicas, embora mais difíceis de mensurar, produzem danos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. A violência exerce grande impacto para a saúde da gestante, com consequências que podem, também, comprometer a gestação e o recém-nascido.

De toda forma, a violência pode ser mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia e, lamentavelmente, pode-se afirmar que o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção para a mulher. No entanto, a assistência pré-natal é momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e, muitas vezes, a única oportunidade de interromper o seu ciclo. O atendimento apropriado para grávidas que sofrem violência física, sexual ou psicológica representa apenas uma de muitas medidas a serem adotadas para enfrentar o fenômeno da violência. Entretanto, a oferta de serviços permite acesso imediato a cuidados de saúde que podem mudar dramaticamente o destino dessas mulheres. Destacam-se, a seguir, as principais medidas a serem adotadas no atendimento a gestantes em situação de violência.

1. Doenças sexualmente transmissíveis

As DST adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar graves consequências físicas e emocionais. Estudos consistentes têm mostrado que entre 16% e 58% das mulheres que sofrem violência sexual são infectadas por, pelo menos, uma DST. Entre grávidas que sofrem abuso sexual, a prevalência de DST é duas vezes maior, quando comparada com grávidas não violentadas. Embora não estejam devidamente esclarecidos os efeitos para os resultados perinatais, admite-se que as DST ofereçam grande impacto para o binômio materno-fetal.

Parte importante das DST decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Gonorréia, sífilis, clamidiose, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia profilática. Embora não seja possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais, é certo que melhores resultados são obtidos quanto mais precocemente se inicia a medida, principalmente dentro das primeiras 72 horas da violência sexual.

A profilaxia das infecções de transmissão sexual não virais em grávidas que sofrem violência sexual visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da mulher. O esquema recomendado de associação de medicamentos encontra-se no **Quadro 12**.

QUADRO 12 – PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS PARA GRÁVIDAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Associar os medicamentos

Penicilina G benzatina Profilaxia da sífilis	2.400.000 UI	IM	dose única	+
Ceftriaxona Profilaxia da gonorréia	500 mg	IM	dose única	+
Azitromicina Profilaxia da clamídia e do cancro mole	1 g	VO	dose única	+/-
Metronidazol* Profilaxia da tricomoníase	2 g	VO	dose única	

*Evitar uso no primeiro trimestre de gravidez.

A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a profilaxia para as DST não virais. O metronidazol e suas alternativas (tinidazol e secnidazol) devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez e o tianfenicol é contra-indicado em todo o período gestacional. O uso de quinolonas (ofloxacina) é contra-indicado em gestantes.

2. Hepatite B

A imunoprofilaxia para a hepatite B está indicada em casos de violência sexual em que ocorrer exposição da gestante ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. Gestantes imunizadas para hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber uma dose da vacina e completar o esquema posteriormente (0,1 e 6 meses). A dose da vacina em microgramas ou mililitros varia de acordo com o fabricante, devendo-se seguir as orientações da bula e as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI). A abordagem sorológica da gestante em situação de violência sexual em relação à profilaxia da hepatite B pode ser observada no **Quadro 13**.

QUADRO 13 – ABORDAGEM SOROLÓGICA E PROFILAXIA DA HEPATITE B EM GESTANTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

HBsAg	ANTI-HBc TOTAL	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
+	+	Infecção aguda ou crônica	• Anti-HBc IgM
+	-	Fase de incubação ou falso +	• Repetir HBsAg
-	+	Contato prévio ou falso +	• Solicitar anti-HBs
-	-	Susceptível	• Vacinação e IGHAHB

A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a imunização para a hepatite B. As grávidas em situação de violência sexual também devem receber dose única de IGHAHB, 0,06 ml/kg, IM. A IGHAHB pode ser utilizada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual. A vacina para hepatite B deve ser aplicada em deltóide. **Não deve ser realizada na região glútea**, por resultar em menor imunogenicidade. Para a hepatite C, não existem alternativas de imunoprofilaxia.

QUADRO 14 – IMUNOPROFILAXIA DA HEPATITE B PARA GRÁVIDAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Associar os medicamentos

Vacina anti-hepatite B Imunização ativa	IM aplicar em deltóide	0,1 e 6 meses
Imunoglobulina humana anti-hepatite B Imunização passiva	0,06 ml/kg, IM aplicar em glúteo	dose única

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 freqüente em casos de violência sexual doméstica.
- 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.
- Estudos indicam o uso de IGHAHB apenas quando o agressor sabidamente tem hepatite B aguda. Devido à dificuldade prática de se comprovar o fato nas circunstâncias de violência sexual, o PNI e o Programa Nacional de Hepatites Virais recomendam o uso de IGHAHB em todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema incompleto.

3. Infecção pelo HIV

A infecção pelo HIV representa a principal preocupação para cerca de 70% das mulheres em situação de violência sexual. Os poucos estudos existentes indicam que a possibilidade de contaminação pelo HIV, em casos de violência sexual, oscila entre 0,8 e 2,7%. Esse risco é comparável e até mesmo superior ao observado em outras formas de exposição sexual única ou em acidentes perfurocortantes entre profissionais de saúde.

Pouco se conhece, até o momento, sobre a profilaxia do HIV com uso de anti-retrovirais em situações de violência sexual. De fato, não há estudos definitivos que assegurem proteção. Da mesma forma, não existem investigações que afastem essa possibilidade. Entretanto, cabe considerar o êxito da profilaxia anti-retroviral na drástica redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o parto, bem como nos acidentes entre profissionais de saúde. Além disso, serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência sexual têm alcançado indicadores consistentes da eficácia profilática dos anti-retrovirais, com expressiva adesão das mulheres ao tratamento.

Quando o agressor é sabidamente HIV+, a profilaxia para o HIV está indicada nos casos de penetração vaginal e/ou anal com contato direto do agressor com as mucosas da gestante. Em situações de violência sexual com sexo oral exclusivo, não existem subsídios para assegurar a indicação profilática dos anti-retrovirais até o momento, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nesses casos, riscos e benefícios do uso profilático dos anti-retrovirais devem ser cuidadosamente ponderados.

Em casos em que o estado sorológico do agressor não pode ser conhecido em tempo elegível, a profilaxia pode ser indicada em situações de penetração vaginal, anal e/ou oral. Sugere-se que critérios de maior gravidade sejam considerados na tomada de decisão de indicar a profilaxia (sexo anal, extensão e gravidade das lesões mucosas, número de agressores etc.), juntamente com a motivação e o desejo da gestante em se submeter a esse tipo de tratamento.

Mulheres em situação de violência sexual que estejam amamentando deverão ser orientadas a suspender o aleitamento durante a quimioprofilaxia anti-retroviral, pela possibilidade de exposição da criança aos anti-retrovirais (passagem pelo leite materno) e, também, para evitar o risco de transmissão vertical.

A profilaxia anti-retroviral para o HIV está disponível na norma técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* e no consenso vigente das *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia anti-retroviral em Adultos e Adolescentes*, observando a necessidade da instituição de tratamento após a avaliação. Os medicamentos para gestantes, de acordo com o Quadro 15 a seguir, **devem ser introduzidos no menor prazo possível, com limite de 72 horas da violência, e mantidos, sem interrupção, por 28 dias consecutivos.**

QUADRO 15 – PROFILAXIA DA INFECÇÃO PELO HIV PARA GRÁVIDAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Associar os medicamentos

Zidovudina

300 mg VO a cada 12 horas café e jantar +

Lamivudina

150 mg VO a cada 12 horas café e jantar +

Nelfinavir

750 mg VO a cada 8 horas café, almoço e jantar ou

1250 mg VO a cada 12 horas café e jantar

Importante

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

4. Controle laboratorial

QUADRO 16 – CONTROLE LABORATORIAL PARA GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

	Admissão	2 semanas	6 semanas	3 meses	6 meses
Conteúdo vaginal*					
Sífilis (VDRL ou RSS)					
Anti-HIV					
Hepatite B					
Hepatite C					
Transaminases					
Hemograma					

*A avaliação do conteúdo vaginal compreende a coleta de material para a realização de bacterioscopia, a cultura e biologia molecular, com investigação do gonococo, clamídia e HPV, quando houver disponibilidade e suporte laboratorial.

A coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal, realizada na admissão da gestante que sofre violência sexual, é necessária para estabelecer a eventual presença de DST ou HIV prévios à violência sexual. A realização de teste anti-HIV nos serviços de emergência deve ser feita após o aconselhamento e consentimento verbal da gestante. A realização de hemograma e transaminases é necessária somente para as gestantes que iniciarem a profilaxia com anti-retrovirais (**Quadro 16**).

5. Traumatismos físicos

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

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

Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer grande diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes. Nas lesões vulvoperineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas com assepsia 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.

6. 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. Cerca de 96% 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, preferencialmente em ambiente climatizado. Nos serviços que dispõem de congelamento do material, tal medida poderá ser adotada. O material não deve ser acondicionado em sacos plásticos que, por manterem umidade, facilitam a proliferação bacteriana, que destrói células e DNA. Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, pela possibilidade de desnaturar o DNA. O material deverá ficar arquivado no serviço, em condições adequadas, à disposição da Justiça.

7. 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. Constitui direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva.

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

Na eventual identificação desses casos durante a assistência pré-natal, é necessário que a mulher seja esclarecida sobre seus direitos e suas opções. Deve ser informada das possibilidades de manter a gestação, de proceder com a doação da criança após o nascimento ou de interromper a gestação de até 20 semanas de idade gestacional. 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*.

8. Aspectos éticos e legais

A violência contra a mulher é condição intersetorial e interdisciplinar, com importante interface com questões policiais e judiciais. Embora não seja possível 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 peritos podem fazer o exame de forma indireta, com base no prontuário médico. 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 médico.**

9. Recomendações finais

A grávida em situação de violência que recorre aos serviços de saúde encontra-se, geralmente, fragilizada e vulnerável. É comum que manifeste sentimentos de humilhação, vergonha, culpa, medo, desestruturação psíquica ou depressão. Existe forte necessidade de acolhimento e o profissional de saúde deve ter postura cuidadosa e sensível, lembrando a importância de estabelecer bom vínculo. 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 limitações emocionais e a fragilidade de cada mulher, especialmente no momento do exame clínico. Os profissionais de saúde devem estar preparados para o manejo clínico e psicológico das gestantes em situação de violência. Negligenciar esses aspectos, particularmente os emocionais, pode resultar na revitimização da mulher, lamentavelmente produzida pelos serviços de saúde.

I. Construindo a qualidade no pré-natal

Na atenção integral à saúde da mulher, a atenção pré-natal e puerperal deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e o puerpério, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso, num contexto de humanização da assistência.

A organização da atenção obstétrica na rede SUS consiste na organização e regulação da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de atenção e garantam o adequado atendimento à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Dentro desse contexto, o sistema de saúde deve assegurar a cobertura de toda a população de mulheres na gestação e após o parto, garantindo a atenção obstétrica e neonatal de maneira integrada, mediante regulação do atendimento nos níveis ambulatorial básico e especializado e do controle de leitos obstétricos e neonatais.

Condições para atenção pré-natal e puerperal efetiva:

1. Humanização da atenção obstétrica e neonatal como fator essencial para o adequado acompanhamento das mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério, e do recém-nascido;
2. Diálogo permanente com a população, em especial com as mulheres, sobre aspectos relacionados à assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias;
3. Captação precoce das gestantes para acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, visando a intervenções oportunas em todo o período gestacional e no puerpério, sejam elas de promoção, de prevenção ou de tratamento. Deve-se garantir às mulheres realização do teste de gravidez na unidade de saúde, sempre que necessário. O início precoce da atenção pré-natal e sua continuidade requerem cuidado permanente com o estabelecimento de vínculos solidários entre os profissionais de saúde e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção;
4. Acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres na gestação e no puerpério, tanto na unidade de saúde como em seu domicílio, visando garantir o seguimento durante toda a gestação, com classificação do risco gestacional na primeira consulta e nas consultas subsequentes, assegurando esclarecimentos e orientações necessários por meio da realização de ações educativas;
5. Cumprimento das responsabilidades nos três níveis de gestão:

FEDERAL

- Assessorar Estados, municípios e Distrito Federal na organização de seus respectivos sistemas de atenção obstétrica e neonatal, com definição das unidades de referência e contra-referência, estruturação das centrais de regulação e implantação dos sistemas móveis de atendimento;
- Alocar recursos destinados ao co-financiamento das ações referentes à atenção obstétrica e neonatal;
- Monitorar o desempenho do sistema de atenção obstétrica e neonatal e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito federal.

ESTADUAL

- Elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde, os planos regionais, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem todos os níveis de atenção;
- Estruturar e garantir o funcionamento das centrais estaduais de regulação obstétrica e neonatal;
- Assessorar municípios na estruturação das centrais municipais e regionais de regulação obstétrica e neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;
- Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento;
- Monitorar o desempenho do sistema de atenção obstétrica e neonatal e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;
- Assessorar os municípios no processo de implementação, controle, avaliação e acompanhamento da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério.

MUNICIPAL

- Participar da elaboração dos planos regionais para organização da atenção obstétrica e neonatal, em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde;
- Garantir o atendimento de pré-natal e puerpério em seu próprio território e realizar o cadastramento e acompanhamento das gestantes;

- Garantir o acesso à realização dos exames laboratoriais de seguimento do pré-natal em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional;
- Garantir o atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde e assegurar internamento, sempre que necessário, em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional;
- Estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional;
- Estruturar e garantir o funcionamento da central municipal de regulação obstétrica e neonatal e o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar;
- Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério;
- Monitorar o desempenho do sistema de atenção obstétrica e neonatal e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal.

REQUISITOS PARA DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES

- 1. Disponibilidade de recursos humanos** que possam acompanhar a gestante segundo os princípios e diretrizes da política nacional de atenção integral à saúde da mulher adulta e adolescente, no seu contexto familiar e social.
- 2. Área física adequada** para atendimento à gestante e familiares na unidade de saúde, com boas condições de higiene e ventilação. É fundamental garantir a privacidade nas consultas e exames clínicos ou ginecológicos.
- 3. Equipamentos e instrumentais mínimos:**
 - mesa e cadeiras (para entrevista);
 - mesa de exame ginecológico;
 - escada de dois degraus;
 - foco de luz;
 - balança para adultos (peso/altura);
 - esfigmomanômetro (aparelho de pressão);
 - estetoscópio clínico;
 - estetoscópio de Pinard;
 - fita métrica flexível e inelástica;
 - espéculos;
 - pinças de Cheron;

- material para coleta de exame colpocitológico;
- *sonar doppler* (se possível);
- gestograma ou disco obstétrico;
- disco para IMC (Índice de Massa Corporal).

4. Apoio laboratorial para a unidade básica de saúde, garantindo a realização dos seguintes exames de rotina:

- dosagem de hemoglobina (Hb);
- dosagem de hematócrito (Ht);
- grupo sanguíneo e fator Rh;
- sorologia para sífilis (VDRL);
- glicemia de jejum;
- exame sumário de urina (Tipo I);
- colpocitologia oncótica;
- teste anti-HIV;
- sorologia para hepatite B (HBsAg);
- sorologia para toxoplasmose (se possível);
- urocultura;
- teste de tolerância à glicose (TTG);
- coombs indireto.

5. Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, visando permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, por meio da coleta e da análise dos dados obtidos na unidade de saúde ou no domicílio. O fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra-referência, deve ser garantido. Para tanto, devem ser utilizados:

- **cartão da gestante:** instrumento de registro. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, os quais são importantes para a referência e contra-referência. Deverá ficar, sempre, com a gestante;
- **ficha perinatal:** instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério;
- **ficha de cadastramento de gestante:** instrumento com informações da gestante;
- **mapa de registro diário:** instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal. Deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta prestada.

6. Medicamentos essenciais: antiácidos, antieméticos, sulfato ferroso, ácido fólico, dimeticona, supositório de glicerina, hioscina, analgésicos, antibióticos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, cremes vaginais (Anexo 2).

7. Avaliação permanente da atenção pré-natal, com vistas à identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como o desempenho do serviço. Deve subsidiar, também, quando necessário, a mudança de estratégia com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência. A avaliação será feita segundo os indicadores construídos a partir dos

dados registrados na ficha perinatal, no cartão da gestante, nos mapas de registro diário da unidade de saúde, nas informações obtidas no processo de referência e contra-referência e no sistema de estatística de saúde do Estado.

Para avaliação da atenção prestada, deverão ser utilizados os indicadores de processo disponibilizados pelo SISPRENATAL e os indicadores de impacto descritos no Capítulo 1 deste manual, no item “Monitoramento da atenção pré-natal e puerperal”.

II. Execução da atenção pré-natal e puerperal – papel da equipe multiprofissional

A atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde. As consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo profissional médico ou de enfermagem. De acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 –, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pelo(a) enfermeiro(a).

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- Realiza visitas domiciliares, identificando gestantes e desenvolvendo atividade de educação da gestante e de seus familiares, orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Deve encaminhar a gestante ao serviço de saúde ou avisar o enfermeiro ou o médico de sua equipe caso apresente: febre, calafrio, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes, e dor ao urinar;
- Deve avisar o médico, ou o enfermeiro, no caso de adolescente, sobre a não aceitação da gravidez pela adolescente ou por sua família;
- Orienta sobre a periodicidade das consultas, identifica situações de risco e encaminha para diagnóstico e tratamento;
- Realiza a captação precoce de gestante para a primeira consulta e para consultas subsequentes;
- Realiza visitas no período puerperal, acompanha o processo de aleitamento, orienta a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- Realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias;
- Verifica o peso, a altura e a pressão arterial e anota os dados no cartão da gestante;
- Fornece medicação, mediante receita médica, ou medicamentos padronizados para o programa;
- Aplica vacina antitetânica;
- Participa das atividades educativas.

ENFERMEIRO(A)

- Realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias;
- Realiza consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço;
- Encaminha gestantes identificadas como de risco para o médico;
- Realiza atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera etc.;
- Realiza visita domiciliar, quando for o caso;
- Fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Realiza coleta de exame citopatológico.

MÉDICO(A)

- Realiza consulta de pré-natal, intercalando com o(a) enfermeiro(a);
- Solicita exames e orienta tratamento conforme as normas técnicas e operacionais;
- Orienta as gestantes quanto aos fatores de risco;
- Identifica as gestantes de risco e as encaminha para a unidade de referência;
- Realiza coleta de exame citopatológico;

- Fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Participa de grupos de gestantes e realiza visita domiciliar quando for o caso;
- Atende às intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência, quando necessário.

III. Visitas domiciliares

As visitas domiciliares deverão ser realizadas, preferencialmente, pelos agentes comunitários, na frequência necessária para cada caso. Recomenda-se, porém, no mínimo, duas por gestante.

Elas deverão reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde e, apesar de estarem voltadas à gestante, deverão ter caráter integral e abrangente sobre a família e o seu contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fator de risco para a gestante, ou para outro membro da família, deve ser observado e discutido com a equipe na unidade de saúde.

O acompanhamento domiciliar da gestante deve ter como objetivos:


- Captar gestantes não inscritas no pré-natal;
- Reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que podem surgir complicações;
- Acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período, seja considerado inconveniente ou desnecessário;
- Completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar;
- Reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde.


Deverá ser visto o cartão da gestante e deverão ser discutidos os aspectos ligados a consultas, vacinação, sintomas que a gestante está apresentando e aspectos relacionados com os demais membros da família, entre outros. Qualquer alteração deverá ser anotada e informada ao enfermeiro e ao médico da unidade, sendo avaliada em equipe a necessidade de mudança no esquema de consultas preestabelecido.


ANEXO 1

Uso de drogas na amamentação

GRUPOS DE DROGAS	USO CONTRA-INDICADO DURANTE A LACTAÇÃO	USO CRITERIOSO DURANTE A LACTAÇÃO	USO COMPATIVEL COM A LACTAÇÃO
ANALGÉSICOS, ANTITÉRMICOS, ANTINFELMATÓRIOS E OPIÁCEOS	Sais de ouro.	Penibutazona, 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 ANTINFECIOSOS		Clindamicina, cloranfenicol, imipenem. Sulfametoxazol, sulfonamidas, nitrofurantoina, ácido nalidixico. Quinolonas: evitar ciprofloxacina, preferir norfloxacina. Antivirais: Escabidas: lindano e monossulfiran. Antimicóticos: cetoconazol, itraconazol, terconazol, isconazol. Metronidazol, tinidazol, furazolidona. Antimaláricos. Primetamina. Clofazimina, dapsona.	Penicilinas, ampicilina, amoxicilina, carbenicilina, oxacilina, cefalosporinas, aminoglicosídeos, aztreonam, teicoplanina, vancomicina, entricomicina, azitromicina, claritromicina, lincomicina, tetraciclina, rifampicina, tuberculostáticos. Antivirais: aciclovir, idoxuridine. Escabidas: exceto lindano e monossulfiran. Antimicóticos: miconazol, nistatina, fluconazol, clotrimazol, anifoterina B, griseofulvina. Anti-helmínticos. Antiesquistossomóticos. Pentamina, antimoníato de meglumina.
MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Anfetaminas, cocaína, heroína, LSD, maconha.	Antidepressivos: amitriptilina, imipramina, lítio, moclobemida, fluoxetina, maprotilina, paroxetina. Anticonvulsivantes: fenobarbital, butabarbital, primidona, difenilhidantoina, etosuximida, clonazepam. Antipsicóticos: haloperidol, droperidol, pimozida, sulpirida, clorpromazina, levopromazina, flufenazina, pericazina, tioridazina, pibotiazina. Derivados da ergotamina (antiemáquea). Antiparkinsonianos.	Benzodiazepínicos: oxazepam e lorazepam. Anticonvulsivantes: carbamazepina, ácido valpróico. Clomipramina.
HORMÔNIOS E ANTAGONISTAS	Tamoxifen. Andrógenos: Bromocriptina, cabergolina. Misoprostol. Mifepristone. Estrogénos: doses elevadas.	Hipoglucemiantes orais: Propiltiuraci, carbamizol, metimazol. Corticosteróides: doses elevadas/uso prolongado. Ocitocina, ergonovina.	Adrenalina, insulina, tiroxina. Anticoncepcionais: progesterona (microdosagem), espermaticidas, DIU com progestogênio. Corticosteróides: uso de curta duração.
MISCELÂNEA	Amiodarona. Antineoplásicos: citotóxicos/immunossupressores. Substâncias radiativas: Fenindiona.	Omeprazol, lansoprazol, pantoprazol. Teofilina, aminofilina. Iodetos, iodopovidona. Antitussígenos. Natárolina, oximetazolina, fenilefrina. Carisoprodo. Clonidina. Pizotifeno. Reserpina. Bebidas alcoólicas. Nicotina.	Antiácidos. Cimetidina, ranitidina, famotidina, cisaprida, metoclopramida, bromoprida, alisaprida, domperidona. Anti-histamínicos: preferir loratadina. Descongestionantes. Mucolíticos: exceto iodetos. Broncodilatadores orais e inalados. Heparina, warfarin, dlcumarol. Betabloqueadores: preferir propranolol, labetalol. Digitálicos. Bloqueadores de canais de cálcio: nifedipina, verapamil. Anti-hipertensivos: metildopa, captopril, hidralazina. Diuréticos. Lidocaina. Laxativos. Vitaminas. Imunoglobulinas. Vacinas.

 Suspender a amamentação temporária ou definitivamente.

 Podem ser usados em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais.

 Uso potencialmente seguro em doses habituais.

ANEXO 2

Relação de 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	Comp. 5 mg
5	Ácido folínico	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 15 mg
6	Alfa-metildopa	Hipertensão arterial	Comp. rev. 250 mg
7	Aminofilina	Asma + apnéia do RN, embolia pulmonar	Comp. 100 mg Sol. inj. 24 mg/ml
8	Amoxicilina	Antibioticoterapia	Cáp. 500 mg Pó susp. oral 50 mg/mL
9	Ampicilina	Infecção urinária, infecções RN, abortamento infectado septicemia, infecção puerperal, endocardite bacteriana	Pó para sol. inj. 1 g Pó para sol. inj. 500 mg Comp. 500 mg
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	
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 <i>falciparum</i> , 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	Hipertensão arterial	Comp. 20 mg

53	Nistatina creme vag.	Corrimentos, colpite	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 <i>Pneumocystis carinii</i> , antibioticoterapia	Comp. 400 + 80 mg Sol. inj. 80 + 16 mg/ml Susp. oral 40 + 8 mg/ml
66	Sulfato de magnésio a 50%	Eclâmpsia (convulsão e hipertensão arterial), hipomagnesemia RN	Sol. inj. 500 mg/ml

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATALAH, E. S. et al. *Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas*. Rev. Med. Chile, v. 125, (12) : 1429-1436, 1997.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. *Aumento da fecundidade entre adolescentes e jovens no Brasil: uma nova tendência ou um evento isolado?* Trabalho apresentado no Encontro Anual da Associação Americana de População – PAA em 2005, na Filadélfia.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Amamentação e uso de drogas*. Brasília, 2000.

_____. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 4ª ed. Brasília, 2004, 2 v.

_____. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 4ª ed. Brasília, 2000.

_____. *Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV*. Brasília, 2003

_____. *Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis*. 4ª ed. Brasília, 2006.

_____. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília, 2006, 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2001.

_____. *Plano nacional de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, 2001.

_____. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*. Brasília, 2004, 47 p.

_____. Portaria nº 156/GM, de 19 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde.

_____. Portaria nº 766/GM, de 21 de dezembro de 2004. Resolve expandir, para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde, a realização do exame de VDRL para todas as parturientes internadas e inclui o teste rápido para o HIV na tabela SIA/SIH.

_____. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

_____. Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências.

_____. Portaria nº 2.418/GM, 2 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade

com o art. 1º da Lei nº 11.108, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS.

_____. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília, 2005, 68 p.

_____. *Programa de humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília, 2000.

_____. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes (consenso vigente)*. Brasília, 2004.

_____. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília, 2006.

_____. *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Brasília, 2006

_____. *Saúde do adolescente: competência para habilidades.(no prelo)*

_____. *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*. Brasília, 2005. 44 p

_____. *Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna*. Brasília, 2000.

_____. *VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Série A: normas e manuais técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 119 p.

_____. *Divisão Nacional de Epidemiologia. Programa Nacional de Imunizações. Manual de Vacinação*. Brasília, 1984, 69 p. (Série A: Normas e manuais técnicos, 15).

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

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO. *Atenção pré-natal e do parto de baixo risco*. Publicação Científica do CLAP, [s.l.], n. 1321, mar. 1996.

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

COCHRANE LIBRARY. *Cochrane Review*. Oxford: Update Software, Issue 4, n. 2201.

CUNHA, M.V; AMARAL, M. J. *Diabetes e hipertensão na gravidez: manual de*

orientação/ FEBRASCO. São Paulo: Ponto, 2004.

CUNNINGHAM, F. G. et al. *Williams obstetrics*. 21 ed. [S.l.]: McGraw-Hill, 2001.

DREZETT, J. *Violência sexual e aspectos éticos da assistência*. In: Rosas, C. Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia. São Paulo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, p. 71-8, 2002.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GUIGLIANI, Elsa R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. [et al] 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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

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

HEILBORN, M. L. *Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema*. In: Vieira, E. M. et al. (Org.). *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, p. 23-32.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1994, 255 p.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Nutrition during pregnancy*. Washington: National Academy Press, 1990.

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

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

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

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

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

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

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *Violência contra mulheres: interfaces com a*

saúde. Comunicação, Saúde, Educação, [s.l.], v. 3, n. 5, p. 11-27, 1999.

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

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. São Paulo, 2002.

ISBN 85-334-0885-4



9 788533 440885 2

Disque Saúde
0800 61 1997

Ministério
da Saúde