

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
2005

© 2005. Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e 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 Reprodutivos - Caderno nº 5

Tiragem: 1ª edição - 2005 - 1.000 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) 315 2933 – Fax: (61) 322 3912

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

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

Autores:

Adauto Martins Soares Filho, Ana Sudária de Lemos Serra, Deurides Ribeiro Navega Cruz, Helaine Maria Besteti Pires, 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 Veronica Batista Gonçalves dos Reis.

Colaboradores:

Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos, Bernardo Augusto Numan, Carla Brasil, Carlos Alberto Machado, Carlos Augusto Alencar Júnior, Denise P. Gigante, Eduardo Campos de Oliveira, Elizabeth Accioly, Emílio Francisco Marussi, Feizi Milani, Fernanda Nogueira, Gerusa Maria Figueiredo, Gregório Loreço Acácio, Isa Paula Hamouche Abreu, Ivone Peixoto Gonçalves de Oliveira, João Eduardo Pereira, Joselito Pedrosa, Kelva Karina de Aquino, Kleber Cursino de Andrade, Laurenice Pereira Lima, Luciana Teodoro de Rezende Lara, Malaquias Batista, Maria Helena Benício, Maria Lúcia Rosa Stefanini, Maria Mercês Aquino, 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.

158 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 puerpera. humanized and qualified care. technical manual.

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL	7
2. ACOLHIMENTO	13
3. AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL	15
4. DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ	18
5. FATORES DE RISCO REPRODUTIVO	20
6. ATENÇÃO PRÉ-NATAL	23
6.1 Roteiro da primeira consulta	23
6.2 Roteiro das consultas subseqüentes	29
6.3 Calendário das consultas	30
6.4 Ações educativas	30
7. ASPECTOS EMOCIONAIS DA GRAVIDEZ E DO PUERPÉRIO	33
8. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	38
8.1 Métodos para cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP)	38
8.2 Avaliação do estado nutricional (EN) e do ganho de peso gestacional	40
8.3 Controle da pressão arterial (PA)	48
8.4 Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)	51
8.5 Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)	57
8.6 Verificação da presença de edema	61
8.7 O preparo das mamas para o aleitamento	63
9. INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS E CONDUTAS	66
9.1 Tipagem sanguínea/Fator Rh	66
9.2 Sorologia para sífilis (VDRL)	66
9.3 Urina tipo I	67
9.4 Hematimetria – dosagem de hemoglobina e hematócrito	67
9.5 Glicemia de jejum	68
9.6 Teste anti-HIV	69
9.7 IgM para toxoplasmose e sorologia para hepatite B (HBsAg)	70
10. PREVENÇÃO DO TÉTANO NEONATAL – IMUNIZAÇÃO ANTITETÂNICA	71
11. CONDUTAS NAS QUEIXAS MAIS FREQUENTES	73

12. ATENÇÃO NO PUERPÉRIO	78
13. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS MAIS FREQUENTES	87
13.1 Hiperêmese	87
13.2 Síndromes hemorrágicas	87
13.3 Anemia	90
13.4 Hipovitaminose A	91
13.5 Hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia	91
13.6 Diabetes <i>mellitus</i> na gestação	99
13.7 Hepatite B e toxoplasmose	103
13.8 Infecção do trato urinário (ITU)	107
13.9 Sífilis e infecção por HIV	108
13.10 Outras DST	112
13.11 Trabalho de parto prematuro (TPP)	115
13.12 Gestação prolongada	115
13.13 Varizes e tromboembolismo	116
13.14 Parasitoses intestinais	117
13.15 Epilepsia	121
13.16 Amniorrexe prematura	123
14. CONDIÇÕES ESPECIAIS	125
14.1 Gestação múltipla	125
14.2 Gravidez na adolescência	125
14.3 Violência contra a mulher durante a gravidez	132
15. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL	142
ANEXOS	149
Anexo 1. Cartão da gestante	149
Anexo 2. Ficha de atenção pré-natal	150
Anexo 3. Uso de drogas na amamentação	151
Anexo 4. Relação de medicamentos essenciais na atenção pré-natal	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156

APRESENTAÇÃO

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

No Brasil, vem-se registrando aumento do número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,1 consultas por parto em 2003 (SIA-Datasus e AIH-Datasus, 2004).

Apesar da ampliação na cobertura do pré-natal, a análise dos dados disponíveis demonstra comprometimento da qualidade dessa atenção. Isso pode ser evidenciado pela incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1000 nascidos vivos no SUS (PN-DST/Aids, 2002); pelo fato de a hipertensão arterial ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil e também porque somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar o elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa (SISPRENATAL).

Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério 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. Isso pode indicar que as mulheres não estão suficientemente informadas para compreenderem a importância da consulta puerperal.

Diante desta 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 País. Reiteramos aqui a importância da participação social neste processo.

O Ministério da Saúde publica esta quarta edição revisada e ampliada do Manual Técnico de atenção ao pré-natal e ao puerpério, com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde. A revisão e ampliação deste Manual foram realizadas por técnicos e consultores dos vários setores do Ministério da Saúde relacionados com a atenção obstétrica e neonatal, considerando as evidências científicas atuais e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

As secretarias estaduais e municipais de saúde devem adaptar, colocar em prática e avaliar a aplicação dessas normas, visando a garantir o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção de atitudes e condutas favoráveis ao desenvolvimento adequado da gravidez, do parto e do puerpério, em um contexto de humanização da atenção.

HUMBERTO COSTA
Ministro da Saúde

PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL



A atenção obstétrica e neonatal, prestada pelos serviços de saúde, 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.

A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão.

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;
- 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, ao 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 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 Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
 - 3.4 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;
 - Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação;
 - Sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta (se disponível).
- 3.5 Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- 3.6 Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
- 3.7 Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
- 3.8 Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
- 3.9 Tratamento das intercorrências da gestação;
- 3.10 Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subseqüentes;
- 3.11 Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
- 3.12 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 realização da consulta puerperal (entre a 30ª e 42ª semanas pós-parto).

MONITORAMENTO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PUERPÉRIO

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, 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 ao pré-natal e ao puerpério prevê a utilização de indicadores de processo, de resultado e de impacto. Para o profissional de saúde, provedor da assistência pré-natal propriamente dita, os indicadores de processo deverão ser monitorados continuamente para a avaliação da atenção prestada. O SISPRENATAL disponibilizará 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 realizam, 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

- Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município;
- Percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, 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;
- 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.

A interpretação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é importante instrumento para organização da assistência.

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. Este 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, com a participação de profissionais da saúde como parteiras tradicionais, obstetras, neonatologistas, enfermeiros, educadores para parto e maternidade 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. Levar em conta a tomada de decisão das mulheres;
10. Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres.

Estes 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 a 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 e durante a internação para o parto.

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e do seu parceiro. São também parte desta 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 julgamentos 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 nascimento tranquilo e saudável.

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.

As mulheres estão sendo estimuladas a fazer o pré-natal e estão respondendo a esse chamado. Elas acreditam que terão benefícios quando procuram os serviços de saúde. Depositam confiança e entregam seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas, legalmente, a cuidarem delas.

Como abrir mão dos papéis predeterminados socialmente, reaprender a fala popular, aproximar-se de cada sujeito respeitando sua singularidade e não perdendo de vista seu contexto familiar e social? Como ser capaz de corresponder à confiança que as mulheres demonstram ao aderir à assistência pré-natal? As respostas a essas perguntas são da competência de cada pessoa que escolheu trabalhar com a prática geral da saúde ou, especificamente, com gestantes, ou ainda que, por força das circunstâncias, depara-se com essa função no seu dia-a-dia. Este é um desafio a ser aceito.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento e a humanização podem ser percebidos por meio de atitudes e ações evidenciadas na relação diária estabelecida entre profissionais e usuários(as) dos serviços, a exemplo da forma cordial do atendimento, com os profissionais se apresentando, chamando pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade, incentivando a presença do(a) acompanhante, entre outras.

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 esta 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. 2).

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

- Diminui o número de gravidezes 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 acesso a outros métodos anticoncepcionais;
- Aumenta o intervalo interpartal, 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, exame ginecológico completo, além de alguns exames laboratoriais.

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

- Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional materno e do recém-nascido e das condições para o parto;
- 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 (5mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção);
- Medidas educativas, como orientações para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para aumento do intervalo interpartal (mínimo de dois 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: incentivar 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 a 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.

Obs.: 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:

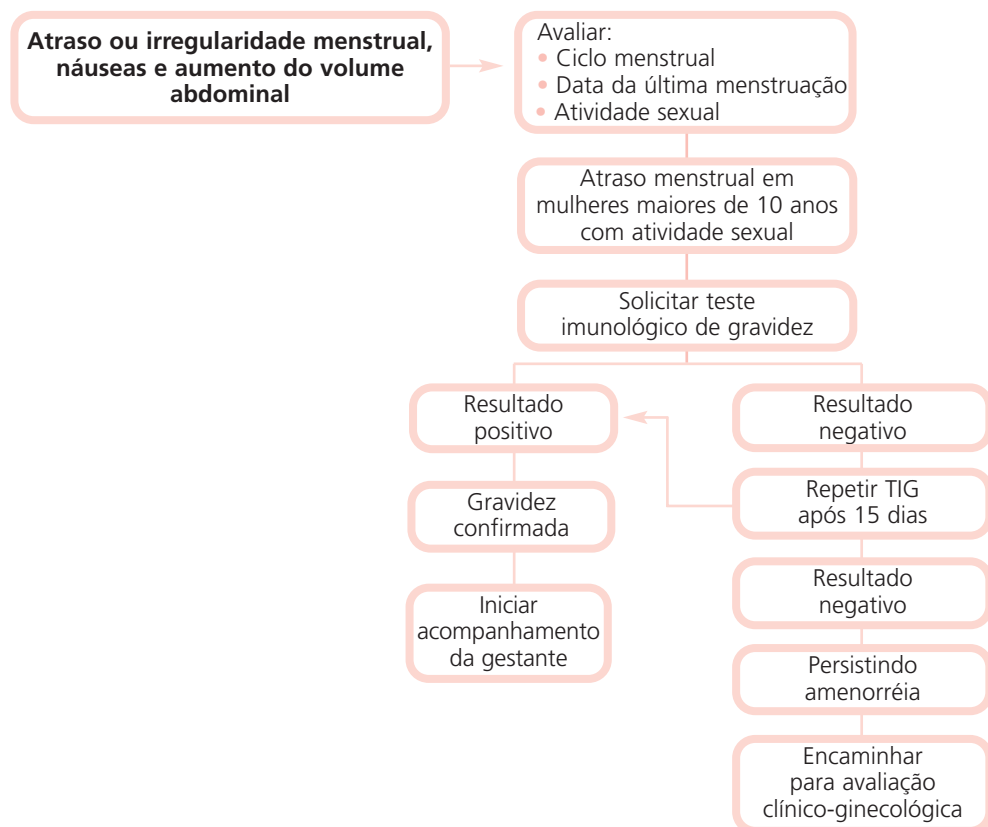
- Diabetes *mellitus*: o controle estrito da glicemia prévio à gestação, e durante esta, tanto no diabetes pré-gravídico, como no gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético, têm reduzido significativamente o risco de macrosomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. O melhor controle 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 monotropia 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 neste 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 da 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+ (sorodiscordantes ou soroconcordantes) e das ações para a prevenção da transmissão vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, incluindo a não amamentação, permitem que a gestação ocorra em circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança, promovendo melhores resultados maternos e perinatais;
- 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. Frente a uma 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 a que cada gestante está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. **É indispensável que esta 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 do 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 1,45m;
- Peso menor que 45kg e maior que 75kg;
- 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 em 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 collagenoses);
- 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 destes 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;
 - distúrbios nutricionais (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 nesta 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 2.500g) e com mais de 4.000g;
 - 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, exsangüíneo-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 esta 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.

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;
 - determinação da frequência cardíaca;
 - exame do abdômen;
 - exame dos membros inferiores;
 - pesquisa de edema (face, tronco, membros).
- Específico (gineco-obstétrico):
 - exame de mamas (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 da fórmula infantil);
 - palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal;
 - medida da altura uterina;
 - ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
 - inspeção dos genitais externos;
 - exame especular:
 - a) inspeção das paredes vaginais;
 - b) inspeção do conteúdo vaginal;
 - c) inspeção do colo uterino;
 - d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), se houver indicação, e para a pesquisa de infecção por clamídia e gonococo, se houver sinais de inflamação e corrimento cervical mucopurulento;
 - toque vaginal;
 - 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 próxima à 30ª semana;
- sorologia anti-HIV, com o consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste” (ver item IV);
- sorologia para hepatite B (HBsAg, de preferência próximo à 30ª semana de gestação);
- sorologia para toxoplasmose (IgM para todas as gestantes e IgG, quando houver disponibilidade para realização).

Outros exames podem ser acrescidos a esta rotina mínima em algumas situações especiais:

- **protoparasitológico**: solicitado na primeira consulta, sobretudo para mulheres de baixa renda;
- **colpocitologia oncótica** (papanicolau), se a mulher não a tiver realizado nos últimos três anos ou se houver indicação;
- **bacterioscopia da secreção vaginal**: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;
- **sorologia** para rubéola;
- **urocultura** para o diagnóstico de **bacteriúria assintomática**, em que exista disponibilidade para esse exame;
- **ultra-sonografia obstétrica** realizada precocemente durante a gestação nas unidades já estruturadas para isso, com o exame disponível.

A **ultra-sonografia de rotina durante a gestação**, embora seja procedimento bastante corriqueiro, permanece como assunto controverso. Não existe, ainda, demonstração científica de que esse procedimento, rotineiramente realizado, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. Entretanto, existe, sim, evidência científica de que sua realização precocemente durante a gravidez relaciona-se com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Essa última característica associa-se indiretamente a uma menor mortalidade perinatal específica por malformações fetais nos países onde a interrupção precoce da gravidez é permitida legalmente. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem, ainda, incertos. Dessa maneira, pode-se dizer que o exame de ultra-som pode ser recomendado como rotina nos locais onde ele esteja disponível e possa ser realizado no início da gestação. **A sua não realização não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal.**

Outra situação completamente distinta é a indicação do exame de ultra-som mais tardiamente na gestação, **por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica**, notadamente como complemento da avaliação da vitalidade do feto ou outras características gestacionais ou fetais.

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, **este 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, tanto para a mãe, quanto 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;
- avaliação nutricional;
- 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 (mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica);
- referência para atendimento odontológico.

6.2 ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQÜENTES

- 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;
- verificação dos resultados dos testes para sífilis (VDRL e confirmatório, sempre que possível) e, no caso de resultado positivo, o esquema terapêutico utilizado (na gestante e em seu parceiro), além do resultado dos exames (VDRL) realizados mensalmente para o controle de cura;
- avaliação dos outros resultados de exames laboratoriais.

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 (60mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia);
- orientação alimentar;
- acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados (a mulher referenciada ao serviço especializado deverá continuar sendo 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 subseqüentes.

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).**

O PHPN estabelece que o número **mínimo** de consultas de pré-natal deverá ser 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.

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 produtiva, que ofusca questões subjacentes, na maioria das vezes, mais importantes 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;
- Higiene e atividade física;
- 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 orientação alimentar 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;
- 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 (para a mulher e o recém-nascido – estimular o retorno ao serviço de saúde);
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;

- Informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai durante a gestação e do desenvolvimento do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na 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 obstetria 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.

O profissional de saúde deve, portanto, acrescentar à sua avaliação clínica essencial uma avaliação da mulher, com sua história de vida, seus sentimentos e suas ansiedades.

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, a 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 frente 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. Devem-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 os procedimentos médicos do pré-parto, para aliviar as vivências negativas que causam mais impacto.

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 contacto com ele e atendendo às suas necessidades básicas. A puérpera adolescente é mais vulnerável ainda, portanto, necessita de atenção especial nesta etapa;

- A relação inicial mãe/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:
 - “*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 de 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 ideiação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê;
 - lutos vividos na transição gravidez-maternidade;
 - perda do corpo gravídico e não retorno imediato do corpo original;
 - separação mãe/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 fogem 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 a 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 esta 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 final 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.

Exemplos:

Data da última menstruação: 13/9/01

Data provável do parto: 20/6/02 ($13+7=20$ / $9-3=6$)

Data da última menstruação: 27/1/01

Data provável do parto: 3/11/02 ($27+7=34$ / $34-31=3$ / $1+9+1=11$)

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, as condições para o parto e o peso do recém-nascido.

**Atividade: Medida do peso e da estatura 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 100g, 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);

*Sobre a avaliação da gestante adolescente, ver observações ao fim deste item.

- 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 300g, considerar 200g;
- Anotar o peso encontrado no prontuário e no cartão da gestante.

II. Procedimentos para medida da estatura:

- 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 estatura 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:

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

O valor do IMC também pode ser obtido utilizando-se o DISCO para IMC. Esse instrumento é formado por dois planos circulares sobrepostos. O plano maior (inferior) possui, em suas bordas, valores de peso em quilogramas na parte externa e, na parte interna, os valores do IMC, que permitem a classificação nutricional. O plano menor (superior) possui valores da estatura em centímetros, uma seta e um visor. Faz-se a leitura do disco emparelhando os valores do peso e da estatura da gestante e lendo o valor de IMC na “janelinha”.

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 aos 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 do 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.

Mais informações sobre procedimentos poderão ser encontradas no *Caderno de Atenção Básica*: componente de alimentação e nutrição, Ministério da Saúde, 2004.

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 período, enquanto que, para o segundo e o terceiro trimestres, 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 18,0kg durante toda a gestação, sendo esse ganho, em média, de 2,3Kg no primeiro trimestre da gestação (até 14ª semana) e de 0,5Kg 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 18kg) do que aquelas situadas em área próxima à faixa de normalidade, cujo ganho deve situar-se em torno de 12,5kg.

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

NAS CONSULTAS SUBSEQÜENTES

Nas consultas subseqüentes, 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.

Este 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 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)/estatura² (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 a 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 subsequentes) 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

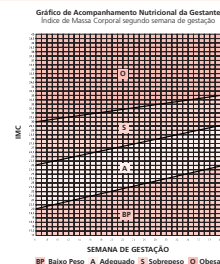
**EN da gestante
(1ª avaliação)**

Inclinação da curva

Exemplo

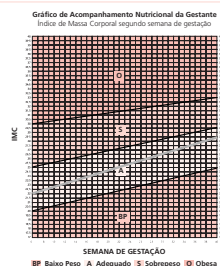
Baixo Peso (BP)

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)

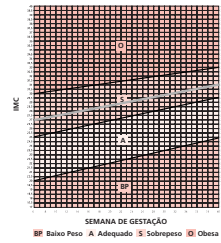
Deve apresentar inclinação paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado no gráfico



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

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



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

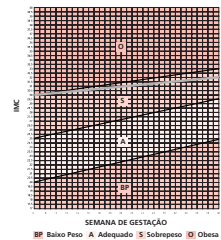
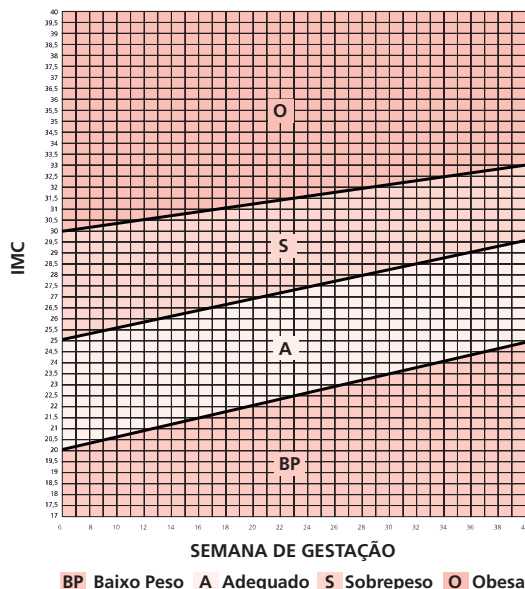


Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante
Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação



É de extrema importância o registro do estado nutricional tanto no prontuário, como 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, nesta fase do ciclo de vida. No entanto, essa classificação pode ser usada, desde que a interpretação dos achados seja flexível e considere a especificidade deste 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. Nestes 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 140mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em duas ocasiões e resguardado intervalo de quatro horas entre as medidas. Este conceito é mais simples e preciso;
2. O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg 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-lo 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 30mmHg 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 costa).

QUADRO 3 - AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Achado	Conduta
<p>Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manutenção dos mesmos níveis de PA <p>Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Valores da pressão inferiores a 140/90mmHg	<p>Níveis tensionais normais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manter calendário habitual• Cuidar da alimentação• Praticar atividade física• Diminuir a ingestão de sal• Aumentar a ingestão hídrica
<p>Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumento da PA em nível menor do que 139/90mmHg (sinal de alerta) <p>Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Valores da PA 140/90mmHg sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500g semanal	<p>Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia leve:</p> <ul style="list-style-type: none">• Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após 4 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 (fita urinária com resultado positivo (+ ou mais) e/ou dosagem em urina de 24 horas – positivo a partir de 300mg/24h)
<p>Níveis de PA superiores a 140/90mmHg, proteinúria positiva e/ou sintomas clínicos (cefaléia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados)</p>	<p>Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave:</p> <ul style="list-style-type: none">• Referir imediatamente ao pré-natal de alto risco e/ou unidade de referência hospitalar
<p>Paciente com hipertensão arterial crônica moderada, ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva</p>	<p>Paciente de risco:</p> <ul style="list-style-type: none">• Referir ao pré-natal de alto risco

Obs.: O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho súbito de peso e/ou presença de edema, principalmente a partir de 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500g 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



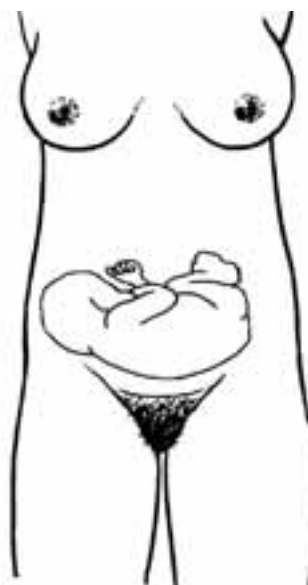
O feto pode estar em situação longitudinal (mais comum) ou transversa. A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional. As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.

Situação:

Longitudinal



Transversa



Apresentação cefálica



Apresentação 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

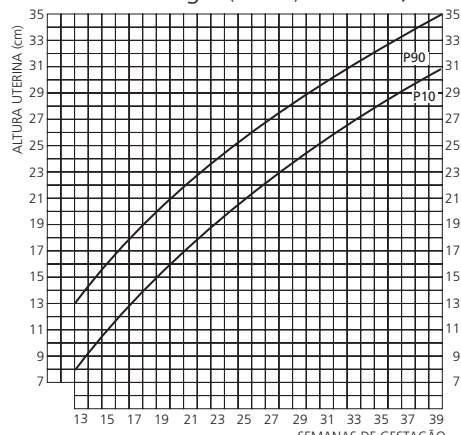
Objetivo:

- 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.

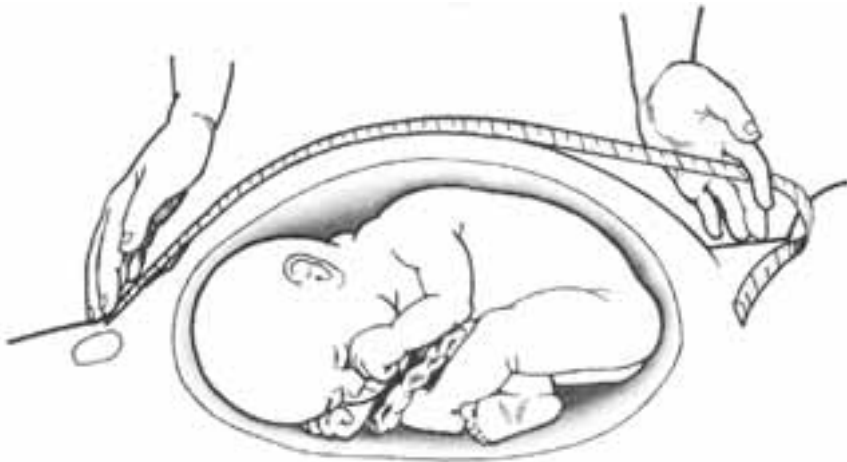
Ponto de corte: serão considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10, para o limite inferior, e o percentil 90, para o limite superior.

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 (0cm) 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 mão, deslizando a fita entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital dessa mão.

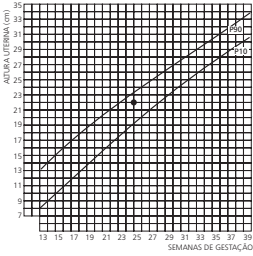
GRÁFICO 2 - AVALIAÇÃO DA ALTURA UTERINA

Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

Gráfico

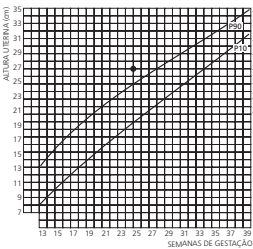
Ponto

Conduta



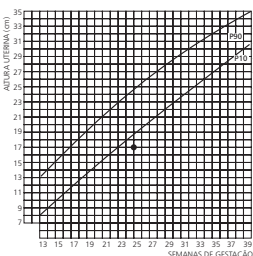
Entre as curvas inferiores e superiores

- Seguir calendário de atendimento de rotina



Acima da curva superior

- Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). Deve ser vista pelo médico da unidade e avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gemelar, mola hidatiforme, miomatose e obesidade
- Solicitar ultra-sonografia, se possível
- Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco



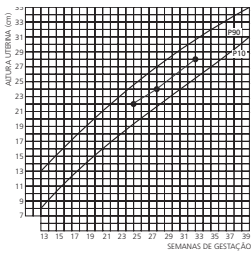
Abaixo da curva inferior

- 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

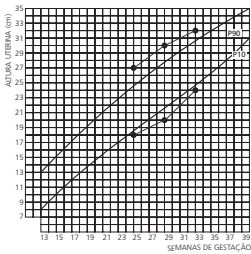
Evoluindo entre as curvas superiores e inferiores

Interpretação

Crescimento normal

Conduta

- Seguir calendário básico



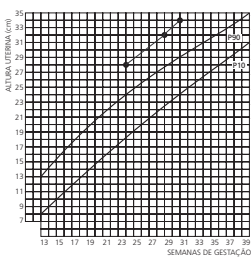
Evoluindo acima da curva superior e com a mesma inclinação desta; ou

Evoluindo abaixo da curva inferior e com a mesma inclinação desta

É possível que a IG seja maior que a estimada

É possível que a IG seja menor que a estimada

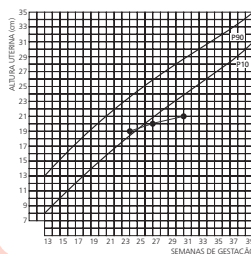
- Encaminhar gestante à consulta médica para:
 - confirmar tipo de curva
 - confirmar a IG, se possível com ultra-sonografia
 - referir ao pré-natal de alto risco, na suspeita de desvio do crescimento fetal



Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta

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

- 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

- 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 a 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;
- 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	Alerta: <ul style="list-style-type: none"> • Verificar erro de estimativa de idade gestacional • Afastar condições que prejudiquem boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal • 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
Bradycardia e taquicardia	Sinal de alerta: <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 na 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;
- Registar os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro (**Quadro 5**).

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

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.

REGISTRO DIÁRIO DA MOVIMENTAÇÃO FETAL

QUADRO 5 - FORMULÁRIO PARA REGISTRO DIÁRIO DE MOVIMENTOS FETAIS

- 1º - Alimentar-se antes de começar o registro;
- 2º - Em posição semi-sentada, com a mão no abdômen;
- 3º - Marcar o horário de início;
- 4º - Registrar seis movimentos e marcar o horário do último;
- 5º - Se em uma hora o bebê não mexer seis vezes, parar de contar os movimentos. Repetir o registro. Se persistir a diminuição, procurar a unidade de saúde.

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

TÉCNICA DE APLICAÇÃO DO TESTE DE ESTÍMULO SONORO SIMPLIFICADO (TESS)

- 1. Material necessário:
 - *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 durante três a 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 de 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 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• Encaminhada 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 (tromboflebites, 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 adolescente gestante 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 redução do risco de hemorragia;
- Contribui para o retorno ao peso normal;
- Contribui para o aumento do intervalo entre partos;
- Previne osteoporose.

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 dez horas da manhã ou após às 16 horas, durante a gravidez, 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;
- IgM para toxoplasmose;
- Sorologia para hepatite B (HBsAg);
- Colpocitologia oncótica (se necessário).

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) quando indicado. 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/re-infecção;

- **VDRL positivo:** solicitar teste confirmatório (FTA-Abs ou MHATP), sempre que possível. Se o **teste o confirmatório** for **não reagente**, descartar a hipótese de sífilis e considerar a possibilidade de reação cruzada pela gravidez e/ou outras doenças, como lupus, e encaminhar a gestante para consulta com especialista. Se o **teste o confirmatório** for **reagente**, o diagnóstico de sífilis está afirmado, devendo ser instituído o tratamento e o acompanhamento, segundo esquema descrito no item 13.9;
- 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(is) 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 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 13.8;
- **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 \geq 11g/dl: ausência de anemia;** manter a suplementação de 60mg/dia de ferro elementar, a partir da 20ª semana, e 5mg/dia de ácido fólico. Recomenda-se ingestão uma hora antes das refeições;
- **Hemoglobina $<$ 11g/dl e $>$ 8g/dl: diagnóstico de anemia leve a moderada.** Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes, segundo o item 13.14. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva (120 a 240mg de ferro elementar/dia), de 2 a 4 drágeas de sulfato ferroso, via oral/dia, uma hora antes das principais refeições.

SULFATO FERROSO: 1 comprimido = 200mg, o que corresponde a 40mg de ferro elementar.

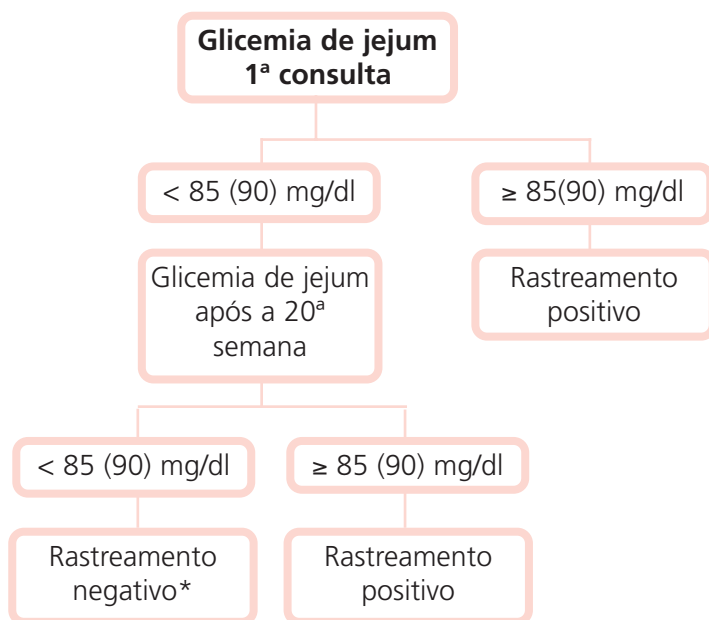
Repetir o exame em 60 dias. Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser mantida a dose de suplementação (1 drágea ao dia), e repetir o exame em torno da 30ª semana. Se os níveis de hemoglobina permanecerem estacionários ou em queda, referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

- **Hemoglobina < 8g/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, continuar a investigação.**

9.6 TESTE ANTI-HIV

Deve ser sempre voluntário e acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste. 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 adolescente) fará o aconselhamento pós-teste, conforme se 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 detectáveis 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 (36^a-37^a 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 IgM PARA TOXOPLASMOSE E SOROLOGIA PARA HEPATITE B (HBsAg)

Proceder de acordo com o item 13.7 (Hepatite e Toxoplasmose).

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 quinze 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.

Esquema básico de vacinação durante a gestação: consta de três doses, podendo ser adotado um dos esquemas do **Quadro 7**.

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 3 doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias
Menos de 3 doses	Completar as 3 doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias
3 doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não é necessário vacinar

QUADRO 7 - CONTINUAÇÃO

3 doses ou mais, sendo a última dose há mais de 5 anos 1 dose de reforço

Caso a gestante não complete seu esquema durante a gravidez, este 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-se manifestar 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 estas medidas não forem efetivas, reportar ao item 13.1 (hiperêmese).

2. Pirose (azia)

Orientar a gestante para:

- Alimentação fracionada, evitando-se 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 flatulências (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 250mg, VO, de 8/8 horas por sete dias ou secnidazol 2g, 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 para 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 arroxeadas, 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. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, depois do parto, deve ser incentivado desde o pré-natal e na maternidade.

Objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Avaliar o retorno às condições pré-gravídicas;
- Avaliar e apoiar o aleitamento materno;
- Orientar o planejamento familiar;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Avaliar interação da mãe com o recém-nascido;
- Complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal.

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:

- Receber a mulher com respeito e gentileza e apresentar-se;
- Escutar o que ela tem a dizer, incluindo possíveis queixas e estimulando-a a fazer perguntas;
- Informar sobre os passos da consulta e esclarecer dúvidas.

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 embaixo 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 mãe-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 esse 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: 60mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para gestantes sem anemia diagnosticada;
- Tratar possíveis intercorrências;
- Registrar informações em prontuário;
- Agendar consulta de puerpério.

AÇÕES EM RELAÇÃO AO RECÉM-NASCIDO

- Verificar a existência do cartão da criança e, caso não haja, providenciar abertura imediata;
- Verificar os dados do recém-nascido ao nascer (peso, estatura, apgar, capurro, condições de vitalidade);
- Observar as condições de alta da maternidade/unidade de assistência do RN;
- Observar e orientar a mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê;
- 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:
 - residente em área de risco;
 - baixo peso ao nascer (menor que 2.500g);
 - prematuro (menor que 37 semanas de idade gestacional);
 - asfíxia grave (apgar menor que sete no quinto minuto);
 - crianças com intercorrências ou internadas nas maternidades ou unidades de assistência;
 - orientações especiais quando da alta da maternidade ou da unidade de assistência;

- RN de mãe adolescente (< 18 anos);
- RN de mãe com baixa instrução (< que oito anos de estudo);
- história de morte de crianças com menos de cinco anos na família.

Obs.: Caso sejam identificados alguns desses critérios, solicitar avaliação médica imediatamente e agendamento para o ambulatório para RN de alto risco.

- Realizar o teste do pezinho e registrar o resultado na caderneta da criança;
- Aplicar vacinas (BCG e contra hepatite B) e registrá-las em prontuário;
- Agendar a consulta de puericultura com 15 dias.

CONSULTA PUERPERAL (ENTRE 30 E 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 sobre 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 O 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 lactante.

1. A associação amenorréia e lactação exclusiva com livre demanda (LAM) tem alta eficácia como método contraceptivo nos primeiros seis meses após o parto, ou até que apareça a primeira menstruação pós-parto, o que ocorrer primeiro. A mulher que passa da amamentação exclusiva para a parcial deve iniciar o uso de outro método, se o parto tiver ocorrido há mais de 45 dias, pois nessa circunstância aumenta o risco de gravidez;
2. A mulher que está amamentando e necessita, ou deseja, proteção adicional para prevenir a gravidez deve primeiro considerar os métodos sem hormônios (DIU e métodos de barreira);
3. O DIU pode ser opção para a mulher na fase de amamentação e pode ser inserido imediatamente após o parto, ou a partir de quatro semanas após este. O DIU está contra-indicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura;
4. O anticoncepcional hormonal oral apenas de progestogênio (minipílula) é boa opção para a mulher que está amamentando e pode oferecer proteção extra, se a mulher assim o desejar. O seu uso deve ser iniciado após seis semanas do parto;
5. Injetável trimestral (com progestogênio isolado) – acetato de medroxiprogesterona 150mg: deve-se indicar o início do uso desse método, nas lactantes, a partir de seis semanas após o parto. Seu uso tem sido preferencial nas situações de doenças maternas como diabetes, hipertensão e outras;
6. O anticoncepcional hormonal oral combinado não deve ser utilizado em lactantes, pois interfere na qualidade e quantidade do leite materno, e pode afetar adversamente a saúde do bebê;

7. A laqueadura tubária, por ser método definitivo, deve respeitar os preceitos legais e, se indicada, a sua realização deverá ser postergada para após o período de aleitamento e, nessa situação, introduzido o método contraceptivo transitório;
8. Os métodos comportamentais (tabelinha, método *billings* etc.) 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 que a criança não consiga retirar leite suficiente, levando à agitação e choro. A pega errada, só no mamilo, provoca dor e fissuras e faz 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 ajudam na prevenção. Recomenda-se tratar as fissuras com 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 após 24 a 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 garantido. 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 pela puérpera amamentando sem orientação médica.** 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 3** 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 justo) e considerar a utilização de inibidor da lactação, respeitando-se as suas contra-indicações. A amamentação cruzada – aleitamento da criança por outra mulher – 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 este 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 - 10mg de 4/4h;
Dimenidrato - 50 mg de 6/6h.

Antieméticos injetáveis:

Metoclopramida - 10mg (1amp. = 10ml) de 4/4h;
Dimenidrato - 50 mg (1amp. =1ml) de 6/6h.

Nos casos de hiperêmese gravídica que não responderam à terapêutica inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para estas 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 concepto pesa menos de 500g. 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 concepto vivo) e um aborto incompleto (presença de restos ovulares) ou aborto retido (presença de concepto morto ou ausência de saco embrionário).

AMEAÇA DE ABORTO OU ABORTAMENTO EVITÁVEL

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

O exame especular identifica sangramento em pequena quantidade proveniente do canal cervical ou apenas coletado no fundo de saco posterior. Ao toque vaginal, o colo uterino apresenta-se fechado e bem formado, o corpo uterino compatível com a idade gestacional e os anexos e fundos de saco normais e livres. Em casos de dúvida, solicitar 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, 1 comprimido, VO, de 8 em 8 horas) tem sido utilizada. O uso de tocolíticos não é eficiente, uma vez que, nessa fase de gestação, os beta-receptores uterinos não estão adequadamente sensibilizados. 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 13.9.

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 hidroeletrolíticos. Atentar para a presença de hipertensão arterial precoce, já que esta 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 vermelho-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 vermelho-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 de 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 11,0g/dl (OMS,1974). No entanto, os valores de hemoglobina, assim como os do 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.

Desta 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 = 81-95dl) 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 < 85dl), normocíticas (VCM entre 85 e 95dl) e macrocíticas (VCM > 95dl).

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

Além da anemia fisiológica da gravidez, é comum a presença de anemias secundárias a outras causas, principalmente aquelas devidas às carências de vitaminas e minerais. As anemias carenciais são muito freqüentes em nosso meio, principalmente a ferropriva e megaloblástica. Além delas, são também relativamente comuns no País a anemia falciforme, a talassemia e a anemia microangiopática. Para abordagem dirigida a estas situações, reportar ao Manual Técnico *Gestação de Alto Risco*.

13.4 HIPOVITAMINOSE A

Verifica-se a alta prevalência de hipovitaminose A, principalmente, na região Nordeste e em áreas específicas, como norte de Minas Gerais. 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. Tem sido observado que durante o período de gestação pode haver redução das quantidades de vitamina A no organismo da mãe, especialmente nos últimos três meses de gravidez. Por outro lado, as reservas de vitamina A no organismo do feto são baixas, causando, assim, baixas quantidades de vitamina A no fígado do recém-nascido.

Desta forma, a suplementação de vitamina A para puerpera garante a adequação de suas reservas corporais e o aporte adequado de vitamina A no leite materno, garantindo menor risco de deficiência dessa vitamina entre as crianças amamentadas. Para combater esta carência nutricional, preconiza-se, em especial para estas regiões, a suplementação de megadose de vitamina A, ainda nas maternidades, para as mães, garantindo, assim, o aporte necessário dessa vitamina para a mãe e o recém-nascido por meio do leite materno.

13.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GESTAÇÃO E ECLÂMPSIA

A **pré-eclâmpsia/eclâmpsia é 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 quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral.

Duas formas de hipertensão podem complicar a gestação: **hipertensão preexistente (crônica)** e **hipertensão induzida pela gestação (pré-eclâmpsia/eclâmpsia)**, que podem ocorrer isoladamente ou de forma associada.

Diferenciar uma **hipertensão preexistente** da **pré-eclâmpsia**, síndrome específica da gestação com vasoconstrição exagerada e perfusão de órgão reduzida, é tarefa importante da equipe de atenção no pré-natal.

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 140/90mmHg) 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/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 (> 300mg/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 desenvolverem 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:

- Mulher hipertensa com proteinúria, 20 semanas antes da gestação, com súbito aumento de duas a três vezes na proteinúria;
- Um novo quadro de proteinúria após 20 semanas de gestação; súbito aumento da pressão arterial;
- Trombocitopenia;
- TGO e TGP elevados.

4. Hipertensão gestacional

Trata-se de hipertensão sem proteinúria que ocorre após 20 semanas de gestação.

É um diagnóstico temporário e pode representar hipertensão crônica recorrente nessa fase da gravidez.

Pode evoluir para pré-eclâmpsia e, se severa, pode 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.

Obs.: É importante considerar a presença de outros fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e outras co-morbidades.

QUADRO 8 - CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Classificação
< 120	< 80	Ótima
< 130	< 85	Normal
130 - 139	85 - 89	Limítrofe
Hipertensão arterial		
140 - 159	90 - 99	Estágio 1 (leve)
160 - 179	100 - 109	Estágio 2 (moderada)
≥180	≥110	Estágio 3 (grave)
≥140	< 90	Hipertensão sistólica isolada

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**).

Condutas

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.

Como adoção de hábitos saudáveis de vida, deve-se observar que os exercícios aeróbicos devem ser restritos com base nos conhecimentos teóricos de que o fluxo placentário inadequado pode aumentar o risco de pré-eclâmpsia e a redução de peso pode não ser observada mesmo em gestantes obesas.

Embora os dados sejam esparsos e não concludentes, muitos especialistas recomendam a restrição de sal (sódio) na dieta a valores semelhantes à hipertensão arterial primária em geral, ou seja, de 2,4g.

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

PRÉ-ECLÂMPسيا

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 24h, 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.

Conduta – terapia anti-hipertensiva (enquanto se aguarda transferência para o hospital de referência):

- **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 20mg. Dilui-se o conteúdo de 1 ampola em 9ml de solução salina ou água destilada. A dose inicial recomendada é de 5mg ou 2,5ml 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 100mmHg), pode-se administrar de 5mg a 10mg (2,5ml a 5,0ml da solução) em intervalos de 20 minutos até dose cumulativa máxima de 20mg. A ausência de resposta deve ser considerada como hipertensão refratária. O efeito hipotensor tem duração entre duas a seis horas. Apresenta como efeitos colaterais rubor facial, cefaléia e taquicardia;
- **Labetalol** – betabloqueador: é a droga de segunda escolha na crise hipertensiva. A dose inicial recomendada é de 10mg, IV. Se necessário (pressão diastólica acima de 110mmHg), após 10 minutos, administrar labetalol 20mg, IV;

- **Nifedipina:** bloqueador de canal de cálcio, produz relaxamento da musculatura arterial lisa. É facilmente administrada por via oral, com ação entre dez a 30 minutos e com duração de ação entre três a cinco horas. A dose inicial recomendada é de 5 a 10mg por via oral, podendo ser repetida a cada 30 minutos, até total de 30mg. O USO SUBLINGUAL (1 CÁPSULA = 10mg) PODE PRODUZIR HIPOTENSÃO SEVERA, COM RISCO TANTO MATERNO, QUANTO FETAL. A nifedipina apresenta como efeitos colaterais rubor facial, cefaléia e taquicardia;
- **ATENÇÃO:** furosemide 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 de edema agudo de pulmão;
- **Alfametildopa**, bem como os **betabloqueadores orais:** não apresentam indicação para a crise hipertensiva, pois apresentam tempo para início de ação superior a quatro/seis horas. É a droga de escolha para o tratamento de manutenção na hipertensão arterial, pela sua capacidade de manter o fluxo sanguíneo útero-placentário e a hemodinâmica fetal estáveis e pela ausência de efeitos adversos, a longo prazo, no desenvolvimento da criança submetida a exposição da metildopa intra-útero;
- **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 (5 litros/minuto);
- Sondagem vesical de demora;
- Punção venosa em veia calibrosa;
- Terapia antihipertensiva;
- 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%: 1 amp = 10ml = 5g

MgSO₄.7H₂O a 20%: 1 amp = 10ml = 2g

MgSO₄.7H₂O a 10%: 1 amp = 10ml = 1g

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

Administrar sulfato de magnésio 4g (4 ampolas a 10% ou 2 ampolas a 20%), EV, lentamente, em 20 minutos. Logo após, aplicar mais 10g de sulfato de magnésio a 50% (2 ampolas) divididas em duas aplicações, IM, 1 ampola (5g) em cada glúteo profundamente.

- **Benzodiazepínicos:** são potentes no controle de convulsões em geral.
 - esquema terapêutico: dose de ataque - 10mg, EV, em um ou dois minutos;
 - efeitos indesejáveis: sedação prolongada com risco aumentado para aspição, dificuldade de controle neurológico, aumento de salivção e secreção brônquica. No recém-nascido, ocorre maior depressão respiratória, hipotermia e hipotensão. Os benzodiazepínicos só devem ser utilizados se não houver outras opções terapêuticas.
- **Fenitoína:** droga eficaz para controle e prevenção de convulsões epiléticas.
 - esquema terapêutico: dose de ataque - 500mg diluídos em 200ml 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 (5-10mg, EV) ou nifedipina (10mg, VO);
- Dose de ataque de sulfato de magnésio aplicada, ou seja, 4g de sulfato de magnésio, EV, em 20 minutos. E manutenção com o esquema IM (10g de sulfato de magnésio, sendo aplicados 5g 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 conseqüente 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.

As mulheres que têm doença renal progressiva devem ser aconselhadas e encorajadas a ter o número de filhos que deseje enquanto sua função renal estiver relativamente preservada. Insuficiência renal leve com creatinina sérica igual ou menor que 1,4mg/dl tem efeitos mínimos sobre o feto e 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 reinstaurar a medicação logo que suspender o período de amamentação.

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

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

HIPERTENSÃO RECORRENTE

A hipertensão recorre 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 após 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 a disfunção, dano ou falência de vários órgãos. As complicações crônicas incluem a nefropatia, com possível evolução para insuficiência renal, a retinopatia, com a possibilidade de cegueira e/ou neuropatia, com risco de úlceras nos pés, amputações, artropatia de Charcot e manifestações de disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual. Pessoas com diabetes apresentam risco maior de doença vascular aterosclerótica, como doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral.

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

Os estágios clínicos do diabetes *mellitus* vão desde a normalidade, passando para a tolerância à glicose diminuída e/ou glicemia de jejum alterada, até o diabetes *mellitus* propriamente.

Classificação

- **Diabetes *mellitus* tipo 1:** destruição da célula beta, geralmente ocasionando deficiência absoluta de insulina, de natureza auto-imune ou idiopática.
- **Diabetes *mellitus* tipo 2:** varia de predominância de resistência insulínica com relativa deficiência de insulina a defeito predominantemente secretório, com ou sem resistência insulínica.
- **Outros tipos específicos:**
 - defeitos genéticos funcionais da célula beta;
 - defeitos genéticos na ação da insulina;
 - doenças do pâncreas exócrino;
 - endocrinopatias induzidas por fármacos e agentes químicos;
 - infecções;
 - formas incomuns de diabetes imunomediadas;
 - outras síndromes genéticas geralmente associadas ao diabetes.

O **diabetes *mellitus* gestacional** é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de diabetes propriamente dita e de tolerância à glicose diminuída detectados na gravidez.

Estágios da tolerância à glicose e diagnóstico

A evolução para o diabetes *mellitus* ocorre ao longo de período de tempo variável, passando por estágios intermediários que recebem as denominações de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída.

O primeiro representa evidência precoce de disfunção de célula beta; o segundo, na presença de glicemia de jejum normal, representa quadro de resistência insulínica.

Na presença de ambos os estágios, há um quadro misto, com maior risco para progressão para diabetes e doença cardiovascular.

Quaisquer dos estágios, pré-clínicos ou clínicos, podem caminhar em ambas as direções, progredindo para o estado diabético ou revertendo para a normalidade da tolerância à glicose.

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

- História prévia de diabetes gestacional;
- Diabetes na família com parentesco em 1º grau;
- Baixa estatura (< 1,50m);
- Idade superior a 25 anos;
- Obesidade (IMC > 27) ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- Síndrome do ovário policístico e outras patologias que levam ao hiperinsulinismo;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrossomia ou diabetes gestacional;
- Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, crescimento fetal excessivo e polidrâmnios.

Diagnóstico do diabetes gestacional

Objetivo: detectar precocemente níveis elevados de glicose no sangue no período gestacional (Quadro 9).

- Medida da glicose no soro ou plasma após o jejum de oito a 12 horas;
- Teste padronizado de tolerância à glicose (TTG) – a OMS recomenda 75g de glicose – entre a 24ª e 28ª semana de gestação.

Obs.: A hemoglobina glicada e o uso de tiras reagentes de glicemia não são adequados para o diagnóstico do diabetes gestacional.

QUADRO 9 - VALORES DE GLICOSE PLASMÁTICA (EM MG/DL) PARA DIAGNÓSTICO DO DIABETES MELLITUS E SEUS ESTÁGIOS PRÉ-CLÍNICOS

Categoria	Jejum*	2h após 75g de glicose	Casual**
Glicemia normal	< 110	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 110 a < 126	≤ 140 a < 200	
Diabetes <i>mellitus</i>	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

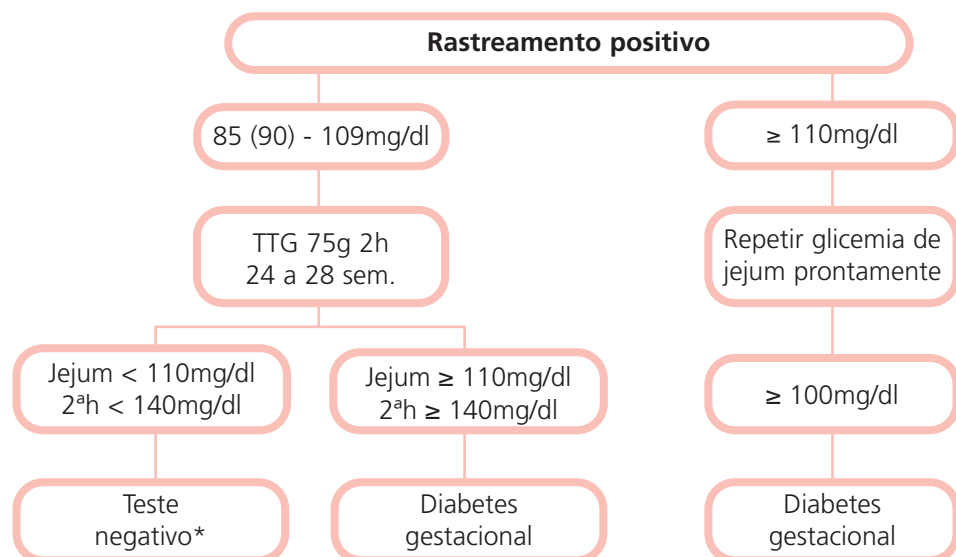
*O jejum é definido como falta de ingestão calórica em período mínimo de oito horas.

**Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos de diabetes *mellitus* (DM) incluem poliúria, polidipsia e perda inexplicável de peso.

Nota: O diagnóstico de diabetes gestacional (DG) deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

PROCEDIMENTO PARA O DIAGNÓSTICO DO DIABETES GESTACIONAL



*Em caso de forte suspeita clínica, continuar a investigação.

Exames complementares nos casos de diabetes *mellitus* gestacional:

- Hemoglobina glicada;
- Glicemia capilar;
- Colesterol total;
- Colesterol (HDL);
- Triglicérides;
- Creatinina;
- Ácido úrico;
- Pesquisa de elementos anormais/sedimento na urina;
- Eletrocardiograma;
- Clearance de creatinina;
- Potássio;
- Proteinúria de 24 horas;
- Microalbuminúria;
- Ecografia gestacional de acordo com o protocolo do MS.

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 das primeiras sétima a 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

Sempre que possível, deve ser usada, preferencialmente, a insulina humana tanto no diabetes tipo 2, quando não houve normalização dos níveis glicêmicos, como também naquelas pacientes que desenvolvem diabetes na gestação.

Recomendações:

- Monitorização da glicemia.

Todos os valores dentro da variação-alvo, a seguir: pré-refeição e ao deitar, de menos de 105mg/dl, uma hora pós-prandial de menos de 140mg/dl, duas horas pós-prandial de menos de 120mg/dl.

- Cetonas urinárias (jejum): devem ser negativas.

O profissional deve insistir nas vantagens da alimentação saudável, distribuídas em três refeições básicas e duas a três refeições intermediárias complementares, nelas incluídas a refeição noturna (composta, preferencialmente, por alimentos como leite ou fontes de carboidratos complexos) e estimulação regular do controle da glicemia por meio de exercícios físicos.

As gestantes com diagnóstico de diabetes *mellitus* na gestação devem ser acompanhadas, conjuntamente, pela equipe da atenção básica e equipe do pré-natal de alto risco.

13.7 HEPATITE B E TOXOPLASMOSE

As principais infecções que podem acometer a gestante são: infecção urinária, DST/Aids, toxoplasmose, hepatites, rubéola, infecção por citomegalovírus, infecção por HTLV, varicela, tuberculose, doença de Chagas e malária.

Entre essas, as que devem ser prioritariamente rastreadas, em todas as mulheres grávidas, por apresentarem possibilidade de intervenção positiva em relação à gestante e ao recém-nascido são: infecção urinária, sífilis, infecção por HIV, hepatite B e toxoplasmose.

Neste tópico, trataremos especificamente da hepatite B e da toxoplasmose.

HEPATITE B

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

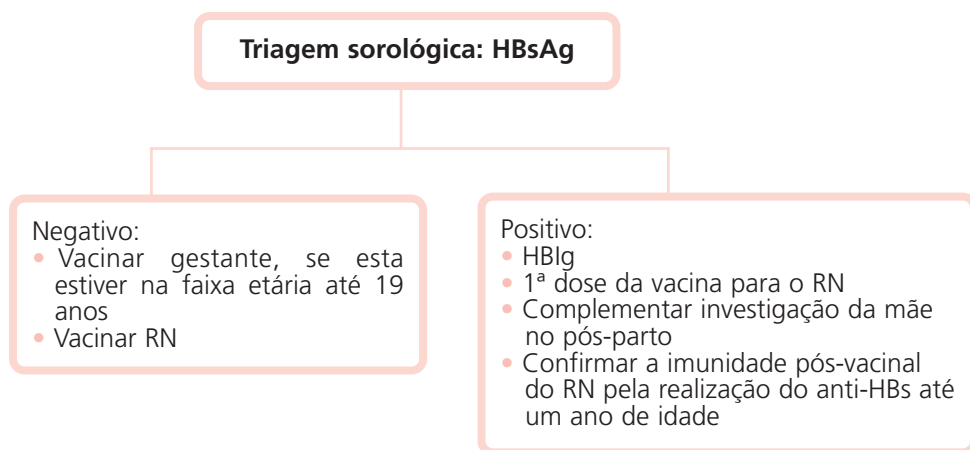
Considerando a alta prevalência e que a maioria dos expostos ao VHB eliminam-no, o principal esforço deve ser destinado à proteção do feto que, se infectado no período perinatal, apresentará maior chance (70-90%) de evolução para cronicidade e suas complicações (cirrose e câncer de fígado).

A medida mais eficaz para prevenção dessa infecção 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.

Com o objetivo de prevenir a transmissão vertical da hepatite B, recomendamos a triagem sorológica durante o pré-natal, por meio do HBsAg, que deve ser realizado, 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 e, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido, deve-se administrar a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG) e a imunização ativa (vacina), com doses subseqüentes com um e seis meses. É necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs, na criança, até um ano de idade.

Fluxo de conduta para hepatite B



A garantia da primeira dose da vacina contra hepatite B, nas primeiras 12 horas de vida, seguida das doses complementares, é medida segura e eficaz para prevenção da hepatite B e deve ser administrada sempre que possível. Essa deve ser meta para todos os serviços e maternidades pelo custo/efetividade extremamente favoráveis.

TOXOPLASMOSE

Infecção causada pelo *Toxoplasma gondii* (TG), que assume especial relevância quando ocorre no período gestacional pela possibilidade de acometimento do feto.

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, recomendamos 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, manuseio de terra ou carne crua (sem proteção com luva).

Além disso, recomendamos, 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

Na presença de anticorpos IgM positivos, está indicada a utilização imediata da espiramicina (1.500.000 UI), na dose de 1g de oito em oito horas, via oral.

Nota: Quando disponível, realizar testes confirmatórios da infecção aguda (teste de avididade de IgG). Caso se confirme a infecção aguda (baixa avididade de IgG), a medicação deverá ser mantida até o parto. Se o teste demonstrar alta avididade de IgG, deve-se considerar como diagnóstico de infecção antiga, 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. Esse diagnóstico 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 afecção (alterações morfológicas).

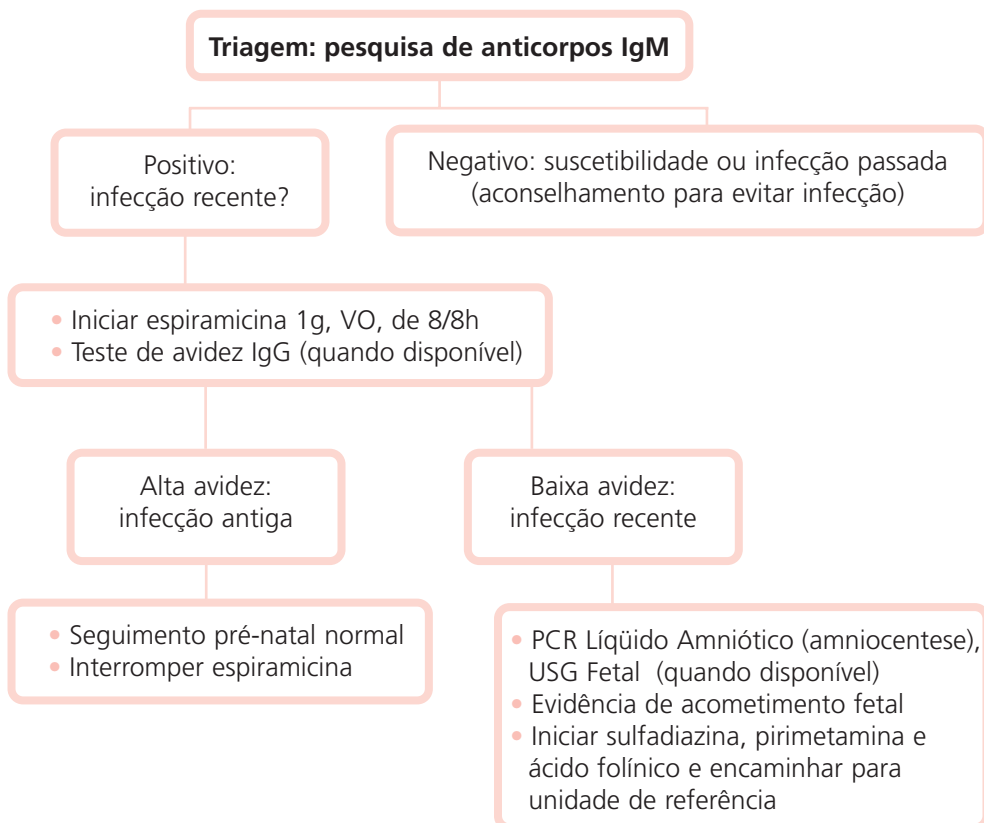
Na ocorrência de comprometimento fetal confirmado, está indicada a terapia com sulfadiazina (500 a 1.000mg, VO, de seis em seis horas), associada a pirimetamina (25mg, VO, três vezes ao dia, nos primeiros três dias, seguido de 25mg de 12 em 12 horas, VO, a partir do quarto dia) e ácido fólico (10mg/dia). O tratamento tríplice acima citado, deve ser alternado com a espiramicina a cada três semanas até o termo.

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. Interromper, portanto, o uso da sulfadiazina duas semanas antes do parto.

Toda gestante com sorologia negativa (IgM) deve ser orientada para evitar a contaminação e, se possível, repetir a sorologia ao longo da gestação. A orientação consiste em evitar o uso de produtos animais crus ou mal cozidos (caprinos e bovinos), incinerar as fezes de gatos, lavar as mãos após manipular carne crua ou terra contaminada e evitar contato com gatos.

Nota: Nos locais onde os procedimentos para investigação de acometimento fetal não estiverem disponíveis, avaliar a possibilidade de utilização do esquema terapêutico supracitado para tratamento fetal.

Fluxograma de conduta para toxoplasmose



13.8 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

Infecção comum em mulheres jovens e representa a complicação clínica mais freqüente na gestação. Dois 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:

- Sulfametoxazol/trimetropim (800/160mg), 1 comprimido, via oral, duas vezes ao dia, por três dias;
- Amoxicilina 500mg, via oral, três vezes ao dia, por três dias;
- Ampicilina 2g/dia, via oral, por dez dias (1 drágea de 500mg de 6/6h);
- Cefalosporina 2g/dia, via oral, por dez dias (1 drágea 500mg de 6/6h);
- Nitrofurantoína 300mg/dia, via oral, por dez dias (1 comprimido 100mg de 8/8h).

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 manter profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100mg/dia, ou sulfametoxazol/trimetropim (800/160mg), 1 comprimido/dia, ou amoxicilina 250mg/dia até o fim da gestação e realizar uroculturas 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.

13.9 SÍFILIS E INFECÇÃO POR HIV

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 considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, devido à relativa simplicidade diagnóstica e fácil manejo clínico/terapêutico. Os recursos de diagnóstico e tratamento são disponíveis em toda a rede de saúde.

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 manifestação 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. Estas considerações justificam a necessidade de testar, sistematicamente, no mínimo duas vezes na gestação (início do pré-natal e 30ª semana) e no momento de sua internação hospitalar (seja para parto, seja para curetagem uterina pós-abortamento), momento em que, apesar de não se conseguir evitar a ocorrência da doença, ao menos propicia o tratamento precoce da criança, interrompendo a evolução da infecção e suas seqüelas irreversíveis. **A realização do teste (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.**

A sífilis classifica-se em:

- Sífilis adquirida recente (com menos de um ano de evolução): primária, secundária e latente recente;
- Sífilis adquirida tardia (com mais de um ano de evolução): latente tardia e terciária;
- Sífilis congênita recente (casos diagnosticados até o segundo ano de vida);
- Sífilis congênita tardia (casos diagnosticados após o segundo 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 demonstram 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 Disease 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 ou até por toda a vida (cicatriz sorológica). Assim, títulos baixos (tais como 1:2 ou 1:4) podem representar doença muito recente em evolução ou antiga, tratada ou não. Essa dúvida pode ser esclarecida pela anamnese, exame físico e realização de provas de sorologia treponêmica específica, como o FTA-abs. Esse teste é importante para a confirmação da infecção, entretanto, não se presta para seguimento pós-tratamento, pois tende a se manter positivo pelo resto da vida. **Na ausência de história de sífilis e/ou tratamento progressos, a gestante com VDRL reagente deve ser considerada como portadora de sífilis de tempo indeterminado.**

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, 500mg, VO, de 6/6h 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 encaminhadas ao centro de referência;

- Notificar a sífilis materna, a forma congênita (obrigatória) e outras DST observadas no período gestacional, por meio de fichas de notificação próprias, pelo SINAN;
- 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.

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, a todas as gestantes, de acordo com recomendações descritas no item 9.6 deste 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 sobre a contra-indicação, igualmente, 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 do Ministério da Saúde/PN-DST/Aids *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes*.

13.10 OUTRAS DST

As DST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional. Podemos agrupá-las 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:

- Penicilina G benzatina 1.200.000 U, IM, em cada glúteo em dose única (total 2.400.000 U) e eritromicina (estearato) 500mg, VO, de 6/6h, por dez dias;
 - O tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, poderá ser feito, com alguma vantagem, nos casos de primo-infecção, ou em situações de grande número de recorrências, especialmente próximo ao parto, com: aciclovir 400 mg, VO, 8/8h, por sete a dez dias.
2. **Síndrome de corrimento vaginal:** corrimento de coloração branca, acinzentada ou até amarelada, acompanhado de prurido ou dor durante a relação sexual pode ocorrer durante a gestação. As causas mais comuns são a candidíase, a tricomoníase e a vaginose bacteriana. A candidíase vaginal, porém, não é considerada de transmissão sexual.

Tratamento da gestante:

- Qualquer um dos tratamentos tópicos pode ser usado em gestantes; deve ser dada preferência a miconazol, terconazol ou clotrimazol, por um período de sete dias. Não deve ser usado nenhum tratamento sistêmico. Para vaginose e tricomoníase, tratar somente após completado o primeiro trimestre, com metronidazol 2g, VO, dose única.

3. Síndrome de corrimento cervical: presença de corrimento muco-purulento 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

O tratamento da gestante deve ser feito com:

- Amoxicilina 500mg, VO, de 8/8h, por sete dias; ou
- Eritromicina (estearato) 500mg, VO, de 6/6h, por sete dias; ou
- Azitromicina 1g, VO, dose única.

Associado a:

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

4. Codiloma acuminado: caracterizado por lesões verrugosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, perineo 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.

Não está estabelecido o valor preventivo da operação cesariana; portanto, essa não deve ser realizada baseando-se apenas na prevenção da transmissão do HPV para o recém-nascido, já que o risco da infecção naso-faríngea do feto é muito baixa. Apenas em raros casos, quando tamanho e localização das lesões estão causando

obstrução do canal de parto, ou quando 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 ou 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, quando o parceiro deve ser sempre tratado. Avaliar as contra-indicações de uso de medicamentos no período da amamentação.

HIV/Aids

As mulheres identificadas como portadoras do HIV no período pré-concepcional, durante a gestação ou no parto/puerpério imediato seguirão a rotina de consultas em serviços especializados para portadoras do HIV (SAE), de acordo com a frequência determinada pelo profissional de saúde assistente. Lembramos a contra-indicação à amamentação.

13.11 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 2cm 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. Detalhes específicos relativos à conduta nesta situação encontram-se no Manual Técnico *Gestação de Alto Risco*, do Ministério da Saúde. 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. Por isso, nestas situações, estaria recomendado o rastreamento para a vaginose bacteriana, por meio do exame de bacterioscopia vaginal, nos lugares onde ele estiver disponível. O tratamento desta condição diagnosticada diminui o risco de prematuridade.

13.12 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. Nestas situações, o exame ultra-sonográfico precoce é recurso eficaz no correto estabelecimento da idade gestacional.

Conduta

O controle da gestante nesta situação visa a 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). Nestes 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.

13.13 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 esta 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 conseqüência de varizes, da imobilização prolongada no leito, da obesidade e/ou de compressão da musculatura da panturrilha. Podem existir antecedentes de trombose.

O diagnóstico é feito 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 desta condição, a mulher deve ser encaminhada ao centro de referência para confirmação do diagnóstico e tratamento.

13.14 PARASITOSE 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, estrogiloidíase, himenolepiíase, teníase e tricuriíase.

- **Ancilostomíase:** causada por nematóides da família *Ancylostomidae* (subfamílias *Ancylosminae* e *Necatorinae*). A infecção ocorre por meio do contato com solo contaminado por matéria fecal. As larvas filarióides infectantes penetram no organismo humano através da pele; se ingeridas, podem penetrar pela mucosa.

A infecção pode ser sintomática ou inaparente, na dependência do número de parasitas presentes. As manifestações clínicas são dependentes da etapa de migração do parasita e de seu número. Penetrando através da pele, as larvas infectantes podem causar eritema e prurido locais. Alcançando a corrente sangüínea, chegam aos pulmões onde, pelos capilares, atingem os alvéolos e depois as vias respiratórias superiores. Nessa fase, as larvas podem ser eliminadas pelo escarro ou deglutidas. O trajeto larvário pela árvore respiratória pode provocar sintomas e sinais de bronquite e/ou pneumonia. No aparelho digestivo, os parasitas adultos alojam-se no duodeno e tornam-se responsáveis pelas manifestações locais da doença. Para sua nutrição, sugam sangue da mucosa, determinando lesões mecânicas e espoliação de glóbulos vermelhos. A anemia resultante é do tipo ferropriva, microcítica e hipocrômica. É importante ressaltar que a perda sangüínea inclui proteínas, vitaminas e outras substâncias que, às vezes, necessitam ser repostas. Os sinais e sintomas decorrentes são representados por palidez, cefaléia, mialgias e dor no hipocôndrio direito.

No hemograma, além de anemia, costuma estar presente eosinofilia e no exame parasitológico de fezes pode-se encontrar sangue oculto.

- **Ascaridíase:** causada por *Ascaris lumbricoides*, a transmissão dá-se por intermédio da ingestão de ovos embrionados, por meio de mãos sujas de

terra e da ingestão de alimentos contaminados. A infecção pode ser sintomática ou inaparente na dependência da carga parasitária e das condições do hospedeiro.

Depois de eclodirem os ovos ingeridos, as larvas atravessam a mucosa do intestino delgado e alcançam a veia porta, passando pelo fígado e chegando nos pulmões. Podem haver manifestações clínicas, síndrome de Loeffler, com tosse, escarro hemoptóico, estertores, febre de pequena intensidade e, eventualmente, sinais de insuficiência respiratória. A regressão espontânea das alterações clínicas verifica-se habitualmente no fim de uma semana. Após cair nos alvéolos e atravessar as vias aéreas superiores, as larvas são deglutidas e chegam ao tubo digestivo, onde se tornam vermes adultos dois a três meses depois.

A sintomatologia clínica na fase adulta relaciona-se, principalmente, com o número de vermes presentes. Dor abdominal em cólica, náuseas e vômitos e meteorismo são os mais comuns. Ocorrem, às vezes, anorexia, palidez e perda de peso. Verifica-se ao leucograma presença de eosinofilia leve a intensa.

- **Enterobíase:** a enterobíase ou oxiúriase é causada pelo *Enterobius vermicularis*. A transmissão dá-se, de modo geral, por intermédio da ingestão ou inalação dos ovos infectantes que chegam ao duodeno e evoluem para vermes adultos, e completam seu desenvolvimento no intestino grosso. A ação do verme é, principalmente, de natureza mecânica e irritativa, a sua migração pelo ânus e áreas adjacentes é responsável pelo principal sintoma da enterobíase, o prurido. A partir de sua localização anal, o verme pode migrar para vulva e vagina e, excepcionalmente, alcançar o trato genital superior.

O leucograma costuma apresentar eosinofilia. O diagnóstico etiológico é efetuado pelo exame parasitológico de fezes, empregando-se o método da fita gomada para coleta do material. Outros métodos dão resultado positivo em apenas 5 a 10% dos casos.

- **Estrongiloidíase:** é causada pelo *Strongiloides stercoralis*. Usualmente, a infecção ocorre por intermédio da penetração através da pele de larvas filarióides. É possível também a transmissão pela ingestão de água ou vegetais contaminados com larvas. Penetrando na pele, as larvas caem na circulação sangüínea, vão aos pulmões, caem na luz alveolar e chegam às vias aéreas superiores; acabam deglutidas e alcançam a luz intestinal (duodeno e jejuno).

Os sintomas digestivos observados são, quase sempre, proporcionais à intensidade do parasitismo e das condições nutricionais do hospedeiro. Podem ocorrer surtos de diarréia alternados com obstipação e dor abdominal, do tipo contínuo ou em cólica, simulando síndrome ulcerosa. Na fase intestinal do parasitismo, o hemograma apresenta eosinofilia. O diagnóstico é efetuado por intermédio do exame de fezes.

- **Himenolepiase:** causada pelo *Hymenolepis nana* e *Hymenolepis diminuta*. A infecção tem prevalência moderada em crianças, sendo

incomum em adultos. O leucograma apresenta eosinofilia e o diagnóstico etiológico é feito por intermédio do exame parasitológico de fezes.

- **Teníase:** causada por platelmintos da classe *Cestoidea* e família *Taeniidae* (*Taenia solium* e *Taenia saginata*). A ocorrência de teníase é mais comum em adultos e adolescentes. A teníase por *Taenia solium* é, felizmente, menos comum que a causada por *Taenia saginata*; a cisticercose humana está relacionada com a *Taenia solium*.

A transmissão da teníase por *Taenia saginata* dá-se pela ingestão de carne bovina e da *Taenia solium*, por carne suína. Estes hospedeiros intermediários do parasita albergam-no em sua forma larvária denominada *Cisticercus*. O homem é o único hospedeiro do verme adulto. Por conseguinte, são as fezes humanas, que contêm proglotes grávidos cheios de ovos ou ovos livres, as responsáveis pela contaminação do solo, da água e dos vegetais e, subseqüentemente, o gado bovino ou suíno contamina-se pela ingestão de ovos infectantes.

Embora nenhuma destas 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 destas drogas e a somatória de seu efeito emético à emese da gravidez.

- **Tricuríase:** causada pelo *Trichuris trichiura*. É comum a ocorrência de infecção assintomática. Após a ingestão do ovo embrionado, a larva tem origem no intestino grosso (ceco), evoluindo para verme adulto. O verme provoca reação inflamatória leve e admite-se que as manifestações sejam decorrentes de ação irritativa sobre as terminações nervosas da mucosa cecal, sendo responsável pelo aumento do peristaltismo e da reabsorção de líquidos. O verme também suga sangue da mucosa intestinal.
- 2. Protozooses:** causadas por protozoários que passam a habitar o trato intestinal, permanecendo a ele limitadas, 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.
 - **Giardiase:** 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 10 - MEDICAMENTOS INDICADOS NA TERAPÊUTICA DAS HELMINTÍASES E PROTOZOSES INTESTINAIS DURANTE A GESTAÇÃO

Helminthíase	Medicamento	Posologia
Ancilostomíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Ascaridíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Enterobíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel Ditioletona	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50mg/Kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos
Himenolepiíase	Praziquantel Niclosamida	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Teníase	Mebendazol	200mg, por VO, duas vezes por dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos
Tricuríase	Mebendazol	100mg, duas vezes por dia, por VO, durante três dias seguidos
Protozoose	Medicamento	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante dez dias
Giardíase	Metronidazol	250mg, duas vezes por dia, por VO, durante sete dias seguidos

13.15 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 tem em comum crises convulsivas que ocorrem na ausência de condições tóxico-metabólicas ou febris. As crises convulsivas são eventos clínicos que refletem disfunção temporária de um conjunto de neurônios de parte do encéfalo (crises focais) ou áreas mais extensas que envolvem os dois hemisférios cerebrais (crises generalizadas).

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 destes 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% a 37% das mulheres 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 nas crianças em taxas maiores que a da população geral. No entanto, não está, ainda, esclarecido se estes 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 freqüentes 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, nestas situações está recomendado o tratamento medicamentoso com drogas antiepiléticas (DAE), conforme as recomendações abaixo (**Quadro 11**).

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 5mg 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).

De maneira geral, as drogas atualmente mais utilizadas e melhor conhecidas durante a gestação estão resumidas no quadro a seguir.

QUADRO 11 - MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO CONTROLE DAS CRISES EPILÉPTICAS NA GRAVIDEZ

Droga	Dose média (horas)	Meia-vida (tomadas)	Doses por dia (mínima/máxima)
Carbamazepina	1.000	6 - 24	2 - 4
Clonazepam	4	20 - 60	1 - 2
Oxcarbazepina	1.500	10 - 25	2 - 3
Fenobarbital	100	50 - 150	1
Fenitoína	300	12 - 100	1 - 2
Valproato	1.500	6 - 17	1 - 2

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®), 1 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.

13.16 AMNIOREXE 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 quantidade grande (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. Estas 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 estes 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 designados 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);
- Freqüência 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 10cm e com freqüências 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 e 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 nas unidades básicas de saúde pode ser realizado, 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. O parto deve ser programado para ocorrer em unidade capacitada para atender a possíveis complicações que surjam no transcurso do trabalho de parto.

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(as) 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.

No Brasil, ao tempo em que vem se registrando redução da taxa de fecundidade total, para o grupo de mulheres de 15 a 19 anos, a tendência da fecundidade em adolescentes segue sentido inverso.

Diferentes fatores contribuem para este fato, entre os quais se encontra o início cada vez mais precoce da puberdade, o que ocorre desde a década de 40, e acarreta decréscimo na idade da primeira menstruação, instalando-se 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. A precocidade é maior entre os homens, cujas médias variam de 14,5 a 16,4 anos, enquanto que para as mulheres, que se iniciam sexualmente mais tardiamente, as médias foram de 15,2 a 20,6 anos. Como consequência, ocorre o aumento do número das relações sexuais, muitas delas sem a utilização de métodos contraceptivos e do preservativo, com maior exposição à maternidade precoce (antes dos 20 anos, segundo a OMS) e às infecções pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Por outro lado, a "Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde", de 1996, mostrou que a primeira atividade sexual ocorre mais cedo nas áreas urbanas da região Norte do País, sendo a idade mediana de 15,6 anos para os homens e de 18,6 anos para as mulheres. A iniciação sexual para os homens é mais tardia em São Paulo (17,6 anos) e, para as mulheres, na região Centro-Leste (20,3 anos), (BENFAM, 1997), indicando a vulnerabilidade maior da região Norte para a gravidez precoce, o que se confirma nos procedimentos de parto e curetagem pós-abortamento de 1998, no SUS, com o percentual de 5,33%, que é o maior de todas as regiões brasileiras; seguida pela Centro-Oeste com 4,64%; e pela Nordeste com 4,59%.

Da população adolescente pesquisada pela PNDS, de 1996, 14% das mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos tinham pelo menos um filho, sendo que as mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior do que as de melhor nível socioeconômico.

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.

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

Apointa, 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 destes 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(das) 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(das) adolescentes aos serviços e informações de que necessitam. Estes serviços devem salvaguardar o direito dos(das) 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(das) 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 com 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, ao invés da assistência estritamente biológica e curativa.

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 os(as) adolescentes/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 cliente/profissional, o que favorece a descrição das condições de vida, problemas e dúvidas. Estes 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 esta 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(da) adolescente – o direito à saúde e os direitos da criança e do adolescente.

Art. 6 - 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 n.º 8.069

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. 1º, 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. 3 - 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 n.º 8.069/90

Desta 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. Desta 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 n.º 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 pela sociedade de 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 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(das) 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 por 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 relata 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 conseqüências 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 conseqüências 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 conseqüências físicas e emocionais. Estudos consistentes têm mostrado que entre 16 a 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	500mg	IM	dose única	+
Azitromicina Profilaxia da clamidíase e do cancro mole	1g	VO	dose única	+/-
Metronidazol* Profilaxia da tricomoníase	2g	VO	dose única	

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Brasília - DF, 2004.

*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 IgM	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
+	+	Infecção aguda (há pelo menos 15 dias)	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir HBsAg e anti-HBc IgM em seis meses
+	-	Infecção aguda precoce (há menos de 15 dias) ou Hepatite crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar em 15 dias – anti-HBc IgM: <ul style="list-style-type: none"> (+) infecção aguda. Repetir HBsAg e anti-HBc IgM em seis meses (-) fazer anti-HBc total se + indica infecção crônica – anti-HBs: <ul style="list-style-type: none"> (+) cura (-) doença crônica
-	+	Infecção aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir HBsAg e anti-HBc IgM em seis meses
-	-	Negativo Não produz anticorpo*	<ul style="list-style-type: none"> • Vacinação e IGHAHB

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Brasília - DF, 2004.

*Condição muito rara.

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, 0,06ml/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

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Brasília - DF, 2004.

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 pérfuro-cortantes 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. Nestes 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.

No Brasil, desde 2002, a profilaxia anti-retroviral para o HIV está incluída na segunda edição da Norma Técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, e a medida também pode ser oferecida para as gestantes. **Os medicamentos devem ser introduzidos no menor prazo possível, com limite de 72 horas da violência, e mantidos, sem interrupção, por 28 dias consecutivos, conforme Quadro 15.**

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

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Brasília - DF, 2004.

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 o 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					

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Brasília - DF, 2004.

*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 nos serviços de emergência de anti-HIV deve ser feita após aconselhamento e consentimento verbal da gestante. A realização de hemograma e transaminases é necessária somente para gestantes que iniciem 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 as 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 vulvo-perineais 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, preferentemente 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 conseqüências 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 conseqüências, 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 atendam a gestante em situação de violência física e sexual:

- A Lei n.º 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 conseqüências, 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 destes 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

No contexto da 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 após o parto, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso.

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 deste 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, sejam elas preventivas, sejam terapêuticas. 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 requer cuidado permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção;
4. Acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, tanto na unidade de saúde, como em seu domicílio, visando a garantir o seguimento durante toda a gestação, com classificação do risco gestacional na primeira consulta e nas consultas subseqüentes, assegurando esclarecimentos e orientações necessárias 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 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 entrevistista);
 - 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 em jejum;
- exame sumário de urina (Tipo I);
- colpocitologia oncótica;
- teste anti-HIV;
- sorologia para hepatite B (HBsAg);
- sorologia para toxoplasmose (IgM);
- urocultura;
- teste de tolerância à glicose (TTG).

5. Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, visando a 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: antiácido, antiemético, sulfato ferroso, ácido fólico, dimeticona, supositório de glicerina, hioscina, analgésicos, antibióticos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, cremes vaginais.

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 ao pré-natal e ao puerpério”.

II. Execução da atenção ao pré-natal e ao puerpério – 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 n.º 94.406/87 –, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente 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 ao enfermeiro ou ao médico de sua equipe caso apresente: febre, calafrio, corrimento com mal cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas freqüentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes, e dor ao urinar;
- Deve avisar ao médico, ou ao 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 subseqüentes;
- 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 as 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 possível para cada localidade, porém, no mínimo, duas por gestação.

Ela deverá reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde e, apesar de estar voltada à gestante, deverá 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 discutido os aspectos ligados às consultas, à vacinação, aos sintomas que ela está apresentando, aos aspectos relacionais com os demais membros da família e 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 2

Ficha de atenção pré-natal*

Ficha Clínica de Pré-Natal

Data: ____/____/____ Percurso: _____
Nome: _____
Endereço: _____
Município: _____ UF: ____ CEP: _____ Telefone: _____

Idade: < 15 15-35 > 35

Educationalidade: Nenhuma Ens. Fundamental Ens. Médio Superior

Estado Civil/União: Casado Solteiro (com união estável) Solteiro (sem união estável) Outra

Cor/Raça (autodeclaração): Branca Negra Parda Indígena

Neurologista: _____

Antecedentes

Familiares: Síndrome Diabetes Hipertensão arterial MI Isquêmica
Outros: _____

Pessoais: Infec. urinária Infertilidade Cardiopatia Diabetes Hipertensão arterial
 Drog. pelo vício MI Isquêmica Outros: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Gest. ectópicas: _____ Gemêlos: _____
Apuramentos: _____ Espontâneos: _____ Precocidade: _____ Com complicações: _____
Partos vaginais: _____ Cesáreas: _____
Nasceres vivos: _____ Nasceres mortos: _____
Peso vivo atual: _____ Outros na 1ª gestação: _____ Outros após 1ª gestação: _____
Causa do parto: _____
Peso PB < 2.000 g _____ 2.000-4.000 g _____ > 4.000 g _____
Data de término da última gestação: ____/____/____ (MM/AA/AAAA)
Amnioniotomia: S N (Duração: _____ Causa de ruptura: _____)
Hemorragias em gestações anteriores: _____

Gestação Atual

OGD: ____/____/____ OGP: ____/____/____ Quilos: S N Out: ____/____/____

Útero encolado: Sim Não Simétrico: S N Simétrico: S N (Outro OGD > 3 anos S N D&C&P)

Nação primária: S N

Data primária: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____
Nasceres: S N S N S N

Função: S N Queratose: _____ Acrom: S N Hipertensão: _____

Hemorragias na 1ª gestação: _____
Hipertensão na gestação: S N Out. de dia: _____ Mês: _____

Exame Físico

Peso 1ª consulta: ____ kg Peso atual: ____ kg Estatura: ____ cm
Ex. físico normal: S N Ex. normal normal: S N Ex. cardiopulm. normal: S N
Pulso normal: S N Pressão normal: S N Colúmbia normal: S N
Exame físico normal: S N HCP: + -
Atualize alterações nos exames realizados: _____

*Este documento encontra-se disponível para *download* na página do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br). Para mais informações, contactar a Área Técnica de Saúde da Mulher pelo e-mail saude.mulher@saude.gov.br.

ANEXO 3

Uso de drogas na amamentação

GRUPOS DE DROGAS	USO CONTRA-INDICADO DURANTE A LACTAÇÃO	USO CRITERIOSO DURANTE A LACTAÇÃO	USO COMPATÍVEL COM LACTAÇÃO
ANALGÉSICOS, ANTITÉRMICOS, ANTINFELMÁTICOS, ANTIINFECIOSOS E OPIÁCEOS	Sais de Ouro.	Fenibutazona, indometacina, dextropropoxifeno. Doses elevadas/uso prolongado: morfina, codeína, petidina, salicilatos.	Ácidos mefenâmico e flufenâmico. Diclufenaco. 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, isiconazol. Metronidazol, tinidazol, furazolidona. Antimaláricos. Pirimetamina. Clofazimina, dopsona.	Penicilinas, ampicilina, amoxicilina, carbenicilina, oxacilina, cefalosporinas, aminoglicosídeos, aztreonam, teicoplanina, vancomicina, entromomicina, azitromicina, claritromicina, lincomicina, tetraciclina, rifamicina, tuberculostáticos. Antivirais: aciclovir, idoxuridine. Escabidas: exeto lindano e monossulfiran. Antimicóticos: miconazol, nistatina, fluconazol, clortrimazol, aniotericina B, griseofulvina. Anti-helmínticos. Antiesquistossomóticos: Pentamina, antimoniato de meglumina.
MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Anfetaminas, cocaína, heroína, LSD, maconha.	Antidepressivos: amitriptilina, imipramina, lítio, moclobemida, fluoxetina, maprotilina, paroxetina. Anticonvulsivantes: fenobarbital, butabarbital, primidona, difenilhidantoina, etosuximida, clonazepam. Antipsicóticos: haloperidol, droperidol, pimozida, sulpirida, clorpromazina, levopromazina, flufenazina, periciazina, tioridazina, pipotiazina. Levopromazina, flufenazina, periciazina, tioridazina, pipotiazina. Derivados da ergotamina (anti-ensaqueca). Antiparkinsonianos.	Benzodiazepínicos: oxazepam e lorazepam. Anticonvulsivantes: carbamazepina, ácido valproílico. Clomipramina.
HORMÔNIOS E ANTAGONISTAS	Tamoxifen. Andrógenos: Bromocriptina, cabergolina. Misoprostol. Mifepristone. Esfrógenos: doses elevadas.	Hipoglicemiantes orais: Propiltiuraci, carbamazol, metimazol. Corticosteróides: doses elevadas/uso prolongado. Ocitocina, ergonovina.	Adrenalina, insulina, tiroxina. Anticoncepcionais: progesterona (microdosagem), espemeticidas, DIU com progestogênio. Corticosteróides: uso de curta duração.
MISCELÂNEA	Amiodarona. Antineoplásicos: citotóxicos/immunossuppressores. Substâncias radiotivas. Fenindiona.	Omeprazol, lansoprazol, pantoprazol. Teofilina, aminofilina. Iodetos, iodopovidona. Antiússigenos. Narazolina, oximetazolina, fenilefrina. Carisoprodol. Clonidina. Pizotifeno. Reserpina. Bebidas alcoólicas. Nicotina.	Antiácidos. Cimetidina, ranitidina, famotidina, cisaprida, metoclopramida, bromoprida, alisaprida, domperidona. Anti-histamínicos: preferir loratadina. Descongestionantes. Mucolíticos: exeto Iodetos. Broncodilatadores orais e inalados. Heparina, warfarin, dicumarol. 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 4

Relação de medicamentos essenciais na atenção pré-natal

Nº	Medicamento	Uso	Apresentação
			RENOME
1	Ácido fólico	Anemia; prevenção de defeitos tubo neural e anemia megaloblástica	Cpr. 5mg
2	Sulfato ferroso	Prevenção e tratamento da anemia	Cpr. rev. 40mg Sol. oral 25mg/ml
3	Insulina	Diabetes	Sol. inj. 100UI/ml
4	Fenobarbital	Epilepsia	Cpr. 100mg Gt. oral 40mg/ml Sol. inj. 100mg/ml
5	Carbamazepina	Epilepsia	Cpr. 200mg Xarope 20mg/ml
6	Fenitoína 250mg	Eclâmpsia; convulsões do RN	Cpr. 100mg Sus. oral 25mg/ml Sol. inj. 100mg/ml
7	Sulfato de magnésio a 50%	Eclâmpsia (convulsão e hipertensão arterial); hipomagnesemia do RN	Sol. inj. 500mg/ml
8	Gluconato de cálcio a 10%	Antídoto do sulfato de magnésio, em casos de parada respiratória; hipocalcemia do RN	Sol. inj. 0,45mEq por ml (10%)
9	Alfa-metildopa	Hipertensão arterial	Cpr. rev. 250mg
10	Pindolol	Hipertensão arterial	
11	Hidralazina 20mg	Hipertensão arterial	Sol. inj. 20mg/ml
12	Verapamil	Hipertensão arterial	Cpr. 40mg Cpr. 80mg
13	Betametasona	Trabalho de parto prematuro	

14	Dexametasona	Trabalho de parto prematuro; broncodisplasia do RN	Sol. inj. 2mg/ml Sol. inj. 4mg/ml
15	Ritodrina	Trabalho de parto prematuro	
16	Salbutamol	Trabalho de parto prematuro; asma	Xarope 0,4mg/ml Aerosol 100µg por dose Sol. inj. 500µg/ml Cpr. 2mg Sol. ina. 5mg/ml
	Terbutalina		
17	Metoclopramida	Hiperêmese	Cpr. 10mg Sol. oral 4mg/ml Sol. inj. 5mg/ml
18	Ampicilina	Infecção urinária; infecções do RN; abortamento infectado; septicemia; infecção puerperal; endocardite bacteriana	Pó para sol. inj. 1g Pó para sol. inj. 500mg Cpr. 500mg
19	Cefalosporina 1ª geração	Infecção urinária; bacteriúria	Cps. 500mg Sus. oral 50mg/ml
20	Nitrofurantoína	Infecção urinária; bacteriúria	Cpr. 100mg Sus. oral 5mg/ml
21	Espiramicina	Toxoplasmose	Cpr. rev. 500mg
22	Pirimetamina	Toxo; feto infectado	Cpr. 25mg
23	Sulfadiazina	Toxo; feto infectado	Cpr. 500mg
24	Ácido folínico	Toxo; feto infectado	Cpr. 15mg
25	Cloroquina base	Malária <i>vivax</i>	Cpr. 150mg
26	Dicloridrato de quinino	Malária <i>falciparum</i>	Cpr. 500mg Sol. inj. 300mg/ml
27	Clindamicina	Malária <i>falciparum</i> ; infecções do RN; vaginose bacteriana; abortamento infectado	Cps. 150mg Cps. 75mg Sol. inj. 150mg/ml
28	Rifampicina	Hanseníase; tuberculose	Cps. 300mg

29	Dapsona (DDS)	Hanseníase	Cpr. 50mg Cpr. 100mg
30	Clofazimina	Hanseníase	Cps. 50mg Cps. 100mg
31	Minociclina	Hanseníase	Cpr. 100mg
32	Ofloxacina	Hanseníase	Cpr. 400mg
33	Penicilina benzatina	Sífilis	Pó para sol. inj. 600.000UI e 1.200.000UI
34	Dipirona	Analgésico; antitérmico	Sol. oral 500mg/ml Sol. inj. 500mg/ml
35	Paracetamol	Analgésico; antitérmico	Cpr. 500mg Sol. oral 100mg/ml
36	Hioscina e butilescopolamina	Cólicas	Cpr. 10mg
37	Dimeticona e simeticona	Gases	
38	Hidróxido de alumínio e magnésio	Azia	Cpr. mastigável 200mg + 200mg Sus. oral 35,6mg + 37mg/ml
39	Metronidazol	Vaginites; infecção puerperal; septicemia; abortamento infectado; corioamnionite	Cpr. 250mg
40	Metronidazol (creme vag.)	Corrimentos; colpite; abortamento infectado	Creme vag. 5%
41	Nistatina (creme vag.)	Corrimentos; colpite	Creme vag. 25.000UI/g
42	Eritromicina	Antibioticoterapia	Cps. 500mg Cpr. rev. 500mg Sus. oral 25mg/ml
43	Bromocriptina	Hiperprolactinemia	
44	Hexahidro-benzoato de estradiol	Inibição da lactação	

45	Cabergolina	Inibição da lactação	Cpr. 0,5mg
46	Carbonato de cálcio	Deficiência de cálcio	
47	Aciclovir	Herpes simples	Cpr. 200mg Pó para sol. inj. 250mg
48	Isoniazida	Tuberculose	Cpr. 100mg
49	Prednisona	Lupus eritematoso sistêmico; asma	Cpr. 5mg Cpr. 20mg
50	Aminofilina	Asma + apnéia do RN; embolia pulmonar	Cpr. 100mg Sol. inj. 24mg/ml
51	Teofilina	Asma	Cpr. lib. len. 100mg e 200mg
52	Beclometasona Triancinolona Flunisolida	Asma	Aerosol 50µg/d Aerosol 250µg/d
53	Cromoglicatos	Asma	Aerosol 500µg/d
54	Hidrocortisona	Asma	Pó para sol. inj. 100 e 500mg
55	Metilprednisolona	Asma	Pó para sol. inj. 500mg
56	Fenoterol	Asma	Xarope 0,05mg/ml Xarope 5mmg/ml Gt. 5mg/ml Cpr. 2,5 mg Ina. 0,5mg/2ml Ina. 1,25mg/ml Aerosol 4mg/ml Aerosol 2mg/ml
57	Sulfametoxazol + trimetoprim	Quimioprofilaxia para <i>Pneumocistis carinii</i> ; antibioticoterapia	Cpr. 400 + 80mg Sol. inj. 80 + 16mg/ml Sus. oral 40 + 8mg/ml
58	Cefalosporina de 3ª geração (cefotaxima, ceftazidima, ceftriaxona)	Antibioticoterapia; infecção urinária; septicemia	Pó para sol. inj. 500mg Pó para sol. inj. 1g Pó para sol. inj. 1g Pó para sol. inj. 250mg

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATALAH, E. S. et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev. Med. Chile*, [s.l.], v. 125, p. 1429-1436, 1997.

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

_____. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 3ª ed. Brasília, 2004, 2 v.

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

_____. *Manual de atenção básica à saúde de adolescentes*, (no prelo).

_____. *Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis*. 3ª ed. Brasília, 1999.

_____. *Manual de organização de serviços para adolescentes*, (no prelo).

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

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

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

_____. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília, 2002, 32 p.

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

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

_____. 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.

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

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

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.

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.

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*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

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 75g 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.

TORRES, J. H. R. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência*: consulta feita pelo Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.ipas.org.br>

VERMILLION, S. T. et al. *Wound infection after cesarean*: effect of subcutaneous tissue thickness. *Obstet. Gynecol.*, [s.l.], n. 95, p. 923, 2000.

WHO COLLABORATIVE STUDY. Maternal anthropometry and pregnancy outcomes. *WHO Bull.*, [s.l.], v. 73, p. 1-98, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995. Technical Report Series 854.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, impressão e acabamento)
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

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

Brasília – DF, março de 2005
OS 0151/2005