Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

DESPACHO

ASPAR/GM/MS

Brasília, 28 de abril de 2022.

Ao Gabinete do Ministro

1. Trata-se de **Requerimento de Informação nº 2249/2021 de 16 de novembro de 2021,** de autoria da **Senhora Senadora Mara Gabrilli (PSDB/SP)**, por meio do qual requisita ao Senhor Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga, informações **sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do Sistema Único de Saúde.**

2. Em observância ao **Ofício nº 254/2022** (0026597018) **de 20 de abril de 2022**, proveniente da Primeira Secretaria do Senado Federal, encaminhamos o Despacho SAPS/GAB/SAPS/MS (0025443559), elaborado pela **Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS,** acompanhado dos anexos PARECER TÉCNICO Nº 14/2022-CGMAD/DAPES/SAPS/MS (0025347769), Livro Caderno de Atenção Básica Nº 32 (0025080902),Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) e Portaria SVS Nº 29, 6/set/2021 Criação GT (0025081122); Despacho SVS/MS (0024193483), elaborado pela **Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS**, acompanhado dos anexos NOTA TÉCNICA Nº 238/2021-CGIAE/DASNT/SVS/MS (0024054584) e Anexo Planilha (0024086638).

3. Ressalto que, as informações do referido requerimento, estão sendo remetidas a Primeira Secretaria do Senado Federal de forma tempestiva, em cumprimento ao prazo determinado pelo §2º art. 50 da Constituição Federal.

4. Desse modo, no âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.

PAULO TIAGO ALMEIDA MIRANDA
Assessor Especial do Ministro para Assuntos Parlamentares

Documento assinado eletronicamente por **Paulo Tiago Almeida Miranda**, **Assessor(a) Especial do Ministro para Assuntos Parlamentares**, em 06/05/2022, às 19:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e

art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0026596800** e o código CRC **8D71C207**.

Referência: Processo nº 25000.167559/2021-82 SEI nº 0026596800

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

OFÍCIO Nº 1400/2022/ASPAR/GM/MS

Brasília, 28 de abril de 2022.

A Sua Excelência o Senhor
IRAJÁ SILVESTRE FILHO
Senador
Primeiro-Secretário da Mesa Diretora
Senado Federal

Referência: Requerimento de Informação 2249/2021.
Assunto: Requer que sejam prestadas, pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde, informações sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Senhor Primeiro-Secretário,

Em resposta ao **Ofício 1ª Sec/RI/E/nº 254/2022**, referente ao Requerimento de Informação nº 2249/2021**,** de autoria da Senhora Senadora Mara Gabrilli (PSDB/SP), que requisita informações sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do Sistema Único de Saúde, apresento o Ofício nº 1400/2022/ASPAR/GM/MS, com os esclarecimentos pertinentes.

Atenciosamente,

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES
Ministro de Estado da Saúde

Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes**, **Ministro de Estado da Saúde**, em 09/05/2022, às 19:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?



acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0026598815** e o código CRC **966406B6**.

Referência: Processo nº 25000.167559/2021-82 SEI nº 0026598815

Assessoria Parlamentar - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Gabinete

DESPACHO

SAPS/GAB/SAPS/MS

Brasília, 18 de fevereiro de 2022.

Assunto: **Análise do Requerimento de Informação nº 2249/2021**

Trata-se do **Requerimento de Informação nº 2249/2021**(0023809362),de autoria da Senadora Mara Gabrilli, por meio do qual são solicitadas, ao Ministro de Estado da Saúde, **informações sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do Sistema Único de Saúde**, *encaminhado a esta Secretaria por meio do* Despacho ASPAR/GM/MS (0023809511).

Assim, conforme solicitação, os autos foram encaminhados ao **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES**, que se manifestou por meio do PARECER TÉCNICO Nº 14/2022-CGMAD/DAPES/SAPS/MS (0025347769) e anexos (0025080902, 0025080954, 0025081122).

Ante o exposto, restitua-se a **ASPAR/GM/MS,** para ciência e adoção das providências que entender pertinentes.

RAPHAEL CAMARA MEDEIROS PARENTE
Secretário de Atenção Primária à Saúde

Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente**, **Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 18/02/2022, às 12:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025443559** e o código CRC **EDF619A2**.

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

PARECER TÉCNICO Nº 14/2022-CGMAD/DAPES/SAPS/MS

1. IDENTIFICAÇÃO

Processo SEI/NUP nº:25000.167559/2021-82

Interessada: Senadora Mara Gabrilli (PSDB/SP)

Assunto: **Requerimento de Informação n. 2249/2021 de autoria da Senadora Mara Gabrilli que solicita informações sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do SUS.**

2. DA ANÁLISE

2.1. Trata-se do Despacho GAB/SAPS (0023837205) que encaminha o Despacho ASPAR (0023809511), bem como o **Requerimento de Informação nº 2249/2021** (0023809362), de autoria da Senadora Mara Gabrilli (PSDB/SP), por intermédio do qual são solicitadas ao Ministro de Estado da Saúde **informações sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do Sistema Único de Saúde.**

2.2. Requer que sejam prestadas, pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde, informações sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2.3. Requeiro, nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal e do art. 216 do Regimento Interno do Senado Federal, que sejam prestadas, pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde, informações sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2.4. Nesses termos, requisita-se:

> 1.O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ações e serviços de prevenção e de tratamento da síndrome alcoólica fetal (SAF)? Quais são eles?
>
> 2. Os serviços de pré-natal vinculados ao SUS têm programas específicos para a prevenção à ingestão de álcool durante a gestação? Quais são eles?
>
> 3. As crianças com complicações decorrentes da SAF têm fácil acesso aos serviços de tratamento e de reabilitação no âmbito do SUS? Descrever o fluxo assistencial desses pacientes no âmbito do SUS.
>
> 4. Os serviços de atenção primária à saúde de todo o País está capacitado para acolher pacientes com SAF?
>
> 5. Há deficiências na assistência prestada a esses pacientes em alguma região do País? Especificar as regiões que necessitam de melhorias.
>
> 6. Há programas de capacitação sobre o tema para os médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família? Quais são eles?
>
> 7. Há serviços de referência em que esses pacientes são encaminhados? Quais são eles e onde se localizam?
>
> 8. Considerando que esse problema é totalmente prevenido pela abstinência

ao álcool durante a gestação, o Ministério da Saúde pretende instituir alguma campanha ou ação a esse respeito?

9. Encaminhar os dados epidemiológicos acerca da incidência, da prevalência e da mortalidade por SAF no Brasil.

2.5. O Ministério da Saúde por meio da Coordenação de Saúde das Mulheres - COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS e Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD/DAPES/SAPS/MS) informa que:

2.5.1. **Em resposta aos itens 1 e 2**: As necessidades das mulheres com quadro de abuso no uso de álcool e/ou outras drogas, sofrimento psíquico acentuado, ou mesmo em outra situação de vulnerabilidade, como a vivência na rua, são muitas e de diferentes naturezas e gradações. As ações de fortalecimento dessas mulheres, de proteção de seus direitos e dos direitos dos recém-nascidos e bem como a criação de condições dignas para poder acompanhar o desenvolvimento e a educação dos seus filhos, para serem efetivas, devem traduzir-se em ações de trabalho em REDE, de forma integrada e articulada, constituindo forma mais adequada, eficiente e eficaz para assegurar a proteção da mulher, da criança e da família dentro dos parâmetros legais vigentes, preservando assim o direito a integridade física e psicossocial da criança, no seu contexto familiar.

2.5.2. O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza uma organização da atenção à saúde das gestantes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, que são atendidas na lógica e princípios da reforma psiquiátrica, de acordo com os preceitos da Lei Federal 10.216/2001.

2.5.3. Desta forma, considerando a importância de promover estratégias para a prevenção de vários agravos na infância, o Ministério da Saúde com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). A política abrange os cuidados com a criança da gestação aos 9 anos de idade, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

2.5.4. A política se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças.

2.5.5. Entre os eixos estratégicos, destaca-se a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto e ao nascimento (Rede Cegonha), priorizando ações de boas práticas durante a gestação, como por exemplo, orientações e ações educativas, dentre elas, citamos: a importância do pré-natal, nutrição adequada, sinais de alerta, não uso do álcool, entre outros.

2.5.6. Estas recomendações estão disponíveis no Caderno de Atenção Básica nº 32 (CAB 32) 0025080902 e Manual Técnico Gestação de Alto Risco 0025080954, ambos em anexo.

2.5.7. As equipes de saúde da família também contam com o apoio de profissionais de diferentes categorias, que além do apoio matricial dividem a assistência com as equipes, potencializando a capacidade de resolução das

mesmas. Constituem-se profissionais pediatras, clínicos, ginecologistas, enfermeiros, psicólogos, além dos especialistas em homeopatia, acupuntura e antroposofia. Os profissionais de apoio Psicólogos estão presentes em todos Centros de Saúde, possui e atendem também os usuários em condições mais graves e complexas com uso abusivo de álcool e outras drogas.

2.5.8. Em relação ao tratamento da síndrome alcoólica fetal, o SUS oferece ambulatórios para atendimento aos recém-nascidos com suspeita da referida síndrome em alguns hospitais de nível secundário e terciário do país, porém não há serviços especializados para o paciente com síndrome alcoólica fetal. Estes são atendidos nesses ambulatórios juntamente com recém-nascidos prematuros, recém-nascidos de baixo peso e recém-nascidos com outras morbidades.

2.5.9. Muitos casos de gestantes dependentes químicas podem ser manejados no âmbito da atenção primária à saúde, mediante as consultas periódicas, a inclusão em grupos específicos e o trabalho com a família. Quando as situações mostram-se mais delicadas, que precisem de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento (UA). Ao encaminhá-los para algum serviço da Rede de Saúde Mental, a equipe de Saúde da Família permanece sendo a responsável pela coordenação do cuidado à gestante e à sua família.

2.5.10. **No que se refere ao item 8:** Salientamos que os materiais técnicos elencados no item 3 acima contêm informações para que os profissionais orientem adequadamente as gestantes e as mulheres em idade fértil sobre os riscos do consumo de álcool na gestação.

2.5.11. As equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) são orientadas pelo Ministério da Saúde a investigarem o consumo de álcool das gestantes durante o pré-natal e, em caso afirmativo, recomendarem o tratamento e a interrupção do consumo de álcool durante a gestação. Em 2021, por meio da Portaria SVS nº 29, de 6 de setembro de 2021, foi instituído o Grupo de Trabalho para vigilância integrada de fatores de risco para anomalias congênitas, que também possibilitará ampliar o olhar da vigilância em saúde sobre as anomalias causadas pelo álcool.

2.5.12. Destaca-se ainda que o tema também é tratado por outra pasta do poder executivo, qual seja, o Ministério da Cidadania, mais especificamente, a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), que é responsável por ações de prevenção ao uso de álcool e drogas e atenção e reinserção social dos usuários.

2.5.13. Sobre o assunto, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD/DAPES/SAPS/MS) destaca que o tema é transversal. O alcoolismo entre as mulheres aumenta na faixa de maior fertilidade e, uma vez presente durante a gestação, é considerado um fator de risco. Segundo o Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, o alcoolismo pode ser uma das causas de descolamento prematuro de placenta, além de provocar a SAF, que pode levar a defeitos físicos, distúrbios de neurodesenvolvimento e déficit cognitivo. A síndrome pode estar relacionada ainda a baixo peso para a idade gestacional, malformações na estrutura facial (fendas palpebrais menores, ponte nasal baixa e filtro ausente), defeitos no septo ventricular cardíaco, malformações das mãos e pés (especialmente sindactilia), além de retardo mental que varia de leve a moderado. Os problemas no comportamento e no aprendizado também podem persistir pelo menos durante a infância. A equipe que atende gestantes deve reconhecer o

quadro e sua complexidade, encorajando a gestante a entender os efeitos deletérios do álcool durante a gravidez e assim participar de programas de tratamento se for o caso ou atender a recomendação de não beber durante a gestação. Nos casos que evoluam com déficits cognitivos e alterações comportamentais, a Rede de Atenção Psicossocial poderá ofertar cuidados em seus diferentes serviços, como ambulatórios especializados e CAPS, de acordo com a apresentação clínica, incluindo estratégias de reabilitação.

2.5.14. De acordo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), foram registrados 3 casos no ano de 2020 e 1 caso em 2021 (até agosto/2021), classificados segundo o código - Anomalia 1: Q86.0 Síndrome fetal alcoólico (dismórfico), do Sistema Internacional de Doenças (CID-10). *(Parte da resposta da Pergunta nº 9)*

2.5.15. Saliente-se que todas as informações relativas aos óbitos e produção hospitalar encontram-se disponíveis para consulta de quaisquer cidadão interessado, em observância ao princípio da transparência e publicidade na administração pública no endereço http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02, inclusive com as funções de tabulação, gráficos e estatísticas dos dados por meio do programa ***Tab*** para ***Windows – TabWin, disponível para download em*** **http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=3**

2.5.16. Muitos casos de gestantes dependentes químicas podem ser manejados no âmbito da atenção primária à saúde, mediante as consultas periódicas, a inclusão em grupos específicos e o trabalho com a família. Quando as situações mostram-se mais delicadas, que precisem de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou mesmo para unidades hospitalares. Ao encaminhá-los para algum serviço da Rede de Saúde Mental, a equipe de Saúde da Família permanece sendo a responsável pela coordenação do cuidado à gestante e à sua família.

2.5.17. Destacam-se algumas estratégias para o cuidado às gestantes com uso abusivo de álcool e outras drogas:

- Identificar e vincular na Atenção Primária, as mulheres e parceiros(as), sobretudo em condições de uso abusivo de álcool e outras drogas, nas ações de promoção a sexualidade responsável e ao planejamento familiar;
- Identificar e realizar a captação e vinculação no pré-natal, o mais precocemente possível, de todas as gestantes (adultas e adolescentes) do território, com especial atenção para aquelas em situação de vulnerabilidade clínica e social, ou seja, com doenças crônicas, portadoras de sofrimento mental, em uso abusivo de álcool e outras drogas, dentre outros;
- Realizar busca ativa das gestantes no pré-natal ou no puerpério, com ênfase nos casos de vulnerabilidade;
- Dispensar atenção especial para todos os casos de dificuldade na vinculação ao pré-natal de gestantes usuárias de álcool e outras drogas, ainda que realizadas buscas ativas sem sucesso, sendo previstas as seguintes ações para esses casos: promover a discussão do caso com a Equipe de Saúde da Família e, se necessário, discuti-lo também nos espaços existentes de matriciamento, como com a Equipe de Saúde Mental, para construção de Plano Terapêutico;

- Considerar na construção do Plano Terapêutico Singular a articulação com a rede intersetorial (CAPS, Consultório na Rua, CRAS, CREAS, Estratégia de Saúde da Família, Defensoria Pública, Vara da Infância e Juventude, entre outros) sobretudo de casos de mulheres que manifestarem interesse em encaminhar seus filhos para a adoção;
- Sempre que necessário, solicitar suporte das Coordenações de Saúde Mental, Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher para discussão de casos mais complexos, com vistas à construção de conduta singular, a qual exige, muitas vezes, pactuações diferentes dos fluxos pré-estabelecidos;
- Realizar discussão ampliada e continuada, como fóruns, Grupos de Trabalho e afins sobre a temática, sobretudo em uso abusivo de álcool e outras drogas, em acompanhamento na atenção primária, durante todo o pré-natal. As maternidades devem participar deste processo ainda no pré-natal, para conhecerem com antecedência, todas as articulações e condutas pactuadas na Rede SUS em parceria com a gestante e família, possibilitando assim, na ocasião do nascimento da criança, ampla apropriação de todo processo de assistência à gestante e garantia da rede de proteção à mãe e ao bebê;
- O Centro de Saúde deve marcar consulta da puérpera e de seus bebê, a partir do contato da Maternidade na realização da alta responsável. A puérpera, o bebê e toda família devem ser acompanhadas no Centro de Saúde;
- A notificação de violência doméstica e/ou outras violências é uma atribuição prevista na Portaria 1.271/2014 do Ministério de Saúde e no Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, que deve ser realizada pelos profissionais de saúde e ser rotineiramente reportada aos Conselhos Tutelares quando se trata de crianças e adolescentes.

3. DA CONCLUSÃO

3.1. Por fim, em relação a intervenções de prevenção em escolas e comunidades, o Ministério da Saúde em parceria com a SENAPRED/CIDADANIA, SENAD/MJ, MEC e UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre drogas e crimes) vem desde 2013 realizando ações, que estão ganhando escala aos poucos, à medida em que pesquisas e avaliações feitas por especialistas indicam os melhores caminhos para adequação aos contextos e público – alvo, e demonstram o impacto real no consumo de drogas.

3.2. Destaca-se que a gestão de serviços de saúde é de responsabilidade, dos Estados e/ou dos Municípios, dependendo da forma de gestão pactuada entre a Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com a legislação do SUS para as várias políticas e programas de saúde.

3.3. Por fim, é de responsabilidade estadual e municipal organizar e qualificar o atendimento a gestante seja por meio do pré-natal ou por outras campanhas e ações que visam a prevenção da SAF. APS deve ser o primeiro contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e é a responsável também pela coordenação do cuidado pelo usuário em toda rede SUS.

3.4. Encaminhe-se ao GAB/SAPS, para regular prosseguimento do feito.

Documento assinado eletronicamente por **Rafael Bernardon Ribeiro**,

Coordenador(a)-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em 17/02/2022, às 21:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Lana de Lourdes Aguiar Lima**, **Coordenador(a)-Geral de Ciclos da Vida**, em 18/02/2022, às 08:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Janini Selva Ginani**, **Coordenador(a) de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**, em 18/02/2022, às 09:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Antônio Rodrigues Braga Neto**, **Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 18/02/2022, às 10:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025347769** e o código CRC **4653BC39**.

Referência: Processo nº 25000.167559/2021-82 SEI nº 0025347769

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - CGMAD
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO



DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

1ª Edição Revista

32

Brasília – DF
2013

Livro Caderno de Atenção Básica Nº 32 (0020160902) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 26

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Cadernos de Atenção Básica, n° 32

1ª edição revista



Brasília – DF
2013

Livro Caderno de Atenção Básica Nº 32 (0025080902) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 27

© 2012 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <www.saude.gov.br/editora>.

Tiragem: 1ª edição revista – 2013 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações
Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6
Edifício Premium, bloco II, subsolo
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-5905 / 3315-9031
Site: www.saude.gov.br/dab
E-mail: dab@saude.gov.br

Editor geral
Hêider Aurélio Pinto

Coordenação técnica geral
Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Elisabeth Susana Wartchow

Autores
Adauto Martins Soares Filho
Ana Sudária de Lemos Serra
Carlos Augusto Souza Carvalho
Carmem Lucia de Simoni
Carolina Pereira Lobato
Charleni Inês Scherer
Daisy Maria Coelho de Mendonça
Daphne Rattner
Denis Ribeiro
Deurides Ribeiro Navega Cruz
Eliane Pedrozo de Moraes
Giani Silvana Schwengber Cezimbra
Gilmara Lúcia dos Santos
Gisele Ane Bortolini
Graziela Tavares
Helaine Maria Besteti Pires
Isa Paula Hamouche Abreu
Janine Schirmer
Jefferson Drezett
José Guilherme Cecatti
José Júlio Tedesco
Joseane Prestes de Souza
Karla Lisboa Ramos
Luciana Ferreira Bordinoski
Luciane Franco
Marcela Dohms
Marcia Cavalcante Vinhas Lucas
Marcos Antonio Trajano
Maria Auxiliadora da Silva Benevides
Maria Esther de Albuquerque Vilela
Maria Sílvia Velutini Setúbal
Mary Angela Parpinelli
Mercegarilda Costa
Mônica Lopez Vázquez
Monique Nancy Sessler
Olavo de Moura Fontoura
Regina Sarmento
Ricardo H. Fescina
Rivaldo Mendes de Albuquerque
Roberto Luiz Targa Ferreira
Roseli Rossi Stoicov
Rui Rafael Durlacher
Sara Araújo da Silva
Silvia Maria Franco Freire
Susana Martha Penzo de Fescina
Suzanne Serruya
Soraia Schmidt
Thaiani Farias Vinadé
Thereza de Lamare Franco Netto
Verônica Batista Gonçalves dos Reis

Coordenação editorial
Antônio Sérgio de Freitas Ferreira
Marco Aurélio Santana da Silva

Revisão técnica geral
Bárbara Cristine Barreiros
Patrícia Sampaio Chueri

Normalização
Marjorie Fernandes Gonçalves – MS

Editora responsável
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Revisão: Paulo Henrique de Castro e Faria
Diagramação: Kátia Barbosa de Oliveira
Normalização: Delano de Aquino Silva

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

ISBN 978-85-334-2043-4

1. Atenção Básica. 2. Atenção à Saúde. Título. II. Série.

CDU 616-083.98

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0494

Títulos para indexação
Em inglês: *Attention to the prenatal of low risk*
Em espanhol: *Atención al prenatal de bajo riesgo*

Livro Caderno de Atenção Básica Nº 32 (0025080902) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 28

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de pré-natal 55
Figura 2 – Manobras de palpação 93
Figura 3 – Manobras de palpação da situação fetal 94
Figura 4 – Tipos de apresentação fetal 94
Figura 5 – Medida da altura uterina 96
Figura 6 – Técnica de ausculta dos BCF – Pinard 99
Figura 7 – Técnica de palpação de edema maleolar 103
Figura 8 – Técnica de palpação de edema lombar 104
Figura 9 – Rastreamento e conduta na anemia gestacional 174
Figura 10 – Investigação do diabetes gestacional 177
Figura 11 – Fluxograma de gestante com RH negativo 186
Figura 12 – Úlceras genitais 206
Figura 13 – Corrimento vaginal 209
Figura 14 – Situação da malária no Brasil 227

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna ajustada: Brasil, 1990/2007 19

Gráfico 2 – Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas: Brasil, 1990, 2000 e 2007 20

Gráfico 3 – Razão de mortalidade materna por causas específicas de morte materna: Brasil, 1990, 2000 e 2007 20

Gráfico 4 – Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante 78

Gráfico 5 – Altura uterina vs. semanas de gestação 96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Porções diárias do grupo de cereais, tubérculos e raízes 82
Quadro 2 – Porção diária do grupo de verduras e legumes 83
Quadro 3 – Porção diária do grupo de frutas 83
Quadro 4 – Porção diária do grupo de feijões 84
Quadro 5 – Porção diária de leites, queijos e iogurtes 84
Quadro 6 – Porção diária de carnes, peixes e ovos 85
Quadro 7 – Porção diária de óleos e gorduras 85
Quadro 8 – Porção diária de açúcares e doces 86
Quadro 9 – Avaliação da pressão arterial em gestantes 91
Quadro 10 – Avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF) 100
Quadro 11 – Avaliação da presença de edema 104
Quadro 12 – Roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de baixo risco 109
Quadro 13 – Condutas diante dos resultados dos exames complementares de rotina ... 111
Quadro 14 – Vacinação de rotina para gestantes 119
Quadro 15 – Vantagens e desvantagens do parto normal ou cesáreo 150
Quadro 16 – Causas de crescimento intrauterino restrito 171
Quadro 17 – Fatores de risco para diabetes mellitus 178
Quadro 18 – Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia 180
Quadro 19 – Utilização de anti-hipertensivos pela lactante (uso no período neonatal).. 184
Quadro 20 – Formas de exposição materna ao sangue fetal 185
Quadro 21 – Escolha de antibiótico para o tratamento de infecções urinárias na gravidez. 192
Quadro 22 – Classificação da sífilis 201
Quadro 23 – Abordagem sindrômica das DST 205
Quadro 24 – Critérios de risco para infecção cervical 206
Quadro 25 – Tratamento de clamídia e gonorreia 207
Quadro 26 – Tratamento de vaginose bacteriana 207
Quadro 27 – Resultados de IgC e IgM, conduta e seguimento 213
Quadro 28 – Principais fármacos utilizados no tratamento da TB e sua segurança no uso durante a gestação 221

Quadro 29 – Esquemas terapêuticos utilizados para tratamento da hanseníase 223
Quadro 30 – Malária complicada 229
Quadro 31 – Terapêutica para diferentes formas de malária 230
Quadro 32 – Medicamentos indicados na terapêutica das helmintíases e protozooses na gestação 233
Quadro 33 – Profilaxia das DST para mulheres em situação de violência sexual 241
Quadro 34 – Abordagem sorológica e profilaxia da hepatite B para gestantes vítimas de violência sexual 242
Quadro 35 – Imunoprofilaxia da hepatite B para gestantes em situação de violência sexual 242
Quadro 36 – Profilaxia para HIV em mulheres adultas, adolescentes e gestantes 243
Quadro 37 – Boletim de Apgar 253
Quadro 38 – Diferencial sinóptico dos sofrimentos mentais puerperais 267

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal por semana gestacional 75

Tabela 2 – Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial 77

Tabela 3 – Diagnóstico nutricional a ser realizado a cada consulta 79

Tabela 4 – Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas 97

Tabela 5 – Consultas subsequentes, avaliação do traçado 98

Tabela 6 – Formulário para registro diário de movimentos fetais (RDMF) 102

Tabela 7 – Esquema de vacinação de dT 117

Tabela 8 – Esquema básico para tratamento de adultos e adolescentes 220

Sumário

Apresentação **13**

1 Introdução **17**

PARTE 1. O PRÉ-NATAL **23**

2 Avaliação Pré-Concepcional **25**

3 A importância da assistência ao pré-natal **31**

4 Organização dos serviços, planejamento e programação **35**

4.1 Acolhimento 39
4.2 Condições básicas para a assistência pré-natal 40
4.3 O papel da equipe de atenção básica no pré-natal 45
4.3.1 Recomendação 45
4.3.2 Atribuições dos profissionais 46
4.3.3 Consulta de enfermagem/enfermeira(o) na atenção à gestante 49

5 Atenção pré-natal **51**

5.1 Diagnóstico na gravidez 53
5.2 Classificação de risco gestacional 56
5.2.1 Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica 57
5.2.2 Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco 58
5.2.3 Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica 60
5.3 Calendário de consultas 62
5.4 Roteiro da primeira consulta 62
5.4.1 Anamnese 62
5.4.2 História clínica 63
5.4.3 Exame físico 67
5.4.4 Exames complementares 68
5.4.5 Condutas gerais 69
5.4.6 Roteiro das consultas subsequentes 70
5.5 Cálculo da idade gestacional 71
5.6 Cálculo da data provável do parto 72
5.7 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional 73
5.7.1 Procedimentos para a medida de peso 73
5.7.2 Procedimentos para a medida da altura 73
5.7.3 Cálculo do índice de massa corpórea ou corporal (IMC) por meio da fórmula 74
5.7.4 Procedimentos para o diagnóstico nutricional 74
5.7.5 Orientação alimentar para a gestante 80
5.8 Controle da pressão arterial (PA) 88
5.9 Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU) 92

5.9.1 Medida da altura uterina (AU) 95
5.9.2 Ausculta dos batimentos cardiofetais 98
5.9.3 Registro dos movimentos fetais 100
5.9.4 Teste do estímulo sonoro simplificado (Tess) 102
5.9.5 Verificação da presença de edema 103
5.9.6 Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica 105
5.9.7 Exame clínico das mamas 106
5.9.8 O preparo das mamas para a amamentação 107
5.9.9 Exames complementares de rotina e condutas 109
5.9.10 Condutas diante dos resultados dos exames complementares de rotina 111
5.9.11 Prescrição de suplementos alimentares 115
5.9.12 Vacinação na gestação 116
5.10 Aspectos psicoafetivos da gestação e do puerpério 120
5.10.1 Aspectos fundamentais da atenção integral no pré-natal e no puerpério 121
5.10.2 Aspectos emocionais da gestação 122
5.11 Queixas mais comuns na gestação 127
5.11.1 Náuseas, vômitos e tonturas 127
5.11.2 Pirose (azia) 128
5.11.3 Sialorreia (salivação excessiva) 128
5.11.4 Fraquezas e desmaios 128
5.11.5 Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal 128
5.11.6 Hemorroidas 129
5.11.7 Corrimento vaginal 129
5.11.8 Queixas urinárias 129
5.11.9 Falta de ar e dificuldades para respirar 130
5.11.10 Mastalgia (dor nas mamas) 130
5.11.11 Lombalgia (dor lombar) 130
5.11.12 Cefaleia (dor de cabeça) 131
5.11.13 Sangramento nas gengivas 131
5.11.14 Varizes 131
5.11.15 Câimbras 131
5.11.16 Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto) 132
5.11.17 Estrias 132
5.12 Situações especiais na gestação 132
5.12.1 Gestação múltipla 132
5.12.2 Gravidez na adolescência 135
5.13 Mudanças de hábitos de vida e medidas preventivas 140
5.13.1 Práticas de atividade física 140
5.13.2 Viagens durante a gravidez 140
5.13.3 Atividade sexual na gravidez 140
5.13.4 Trabalhando durante a gestação 141
5.14 As práticas integrativas e complementares 141
5.15 A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) na saúde materno-infantil 142
5.16 Abordagens da saúde bucal na gestação 143
5.17 Orientações e ações educativas 146

5.17.1 Aspectos que devem ser abordados nas ações educativas....146
5.18 Parto normal vs. cesariana....148
5.18.1 Indicações obstétricas de parto cesáreo....149
5.18.2 Desvantagens e riscos da cesariana....149
5.19 O parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais....151
5.19.1 A parteira tradicional....152
PARTE 2. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS MAIS FREQUENTES....155
6 Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes....157
6.1 Hiperêmese gravídica....159
6.2 Síndromes hemorrágicas....159
6.2.1 Abortamento....160
6.2.2 Gravidez ectópica....162
6.2.3 Doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme)....162
6.2.4 Patologias do trato genital inferior....163
6.2.5 Descolamento cório-amniótico....163
6.2.6 Descolamento prematuro de placenta (DPP)....163
6.2.7 Placenta prévia (inserção baixa de placenta)....164
6.3 Patologias do líquido amniótico....165
6.3.1 Oligoidrâmnio....165
6.3.2 Polidrâmnio....166
6.3.3 Rotura prematura das membranas ovulares (amniorrexe prematura)....167
6.3.4 Trabalho de parto prematuro (TPP)....169
6.3.5 Gestação prolongada....170
6.3.6 Crescimento intrauterino restrito (Ciur)....170
6.3.7 Varizes e tromboembolismo....172
6.3.8 Anemia....173
6.3.9 Doença falciforme....174
6.3.10 Diabetes gestacional....175
6.3.11 Síndromes hipertensivas na gestação....179
6.3.12 Doença hemolítica perinatal....185
6.3.13 Doenças respiratórias....187
6.3.14 Alterações fisiológicas pulmonares na gravidez....187
6.3.15 Asma brônquica....187
6.3.16 Infecção do trato urinário na gestação....190
6.3.17 Bacteriúria assintomática....191
6.3.18 Cistite aguda....191
6.3.19 Pielonefrite....192
6.3.20 Estreptococo do grupo B....193
6.3.21 Hepatite B....194
6.3.22 HIV....195
6.3.23 Sífilis....200
6.3.24 Demais doenças sexualmente transmissíveis na gravidez....204
6.3.25 Seguimento das infecções sexualmente transmissíveis após a gestação....210
6.3.25 Toxoplasmose....211

6.3.26 Tuberculose na gravidez 217
6.3.27 Hanseníase na gravidez 222
6.3.28 Malária na gravidez 225
6.3.29 Parasitoses intestinais 232
6.3.30 Epilepsia 233
6.3.31 Uso de álcool e outras drogas na gestação 236
6.3.32 Violência contra a mulher durante a gestação 239
PARTE 3. ASSISTÊNCIA AO PARTO IMINENTE 245
7 Assistência ao parto iminente 247
8 Assistência ao recém-nascido 251
PARTE 4. O PÓS-PARTO 255
9 O pós-parto 257
9.1 Atenção no puerpério 259
9.1.1 Ações relacionadas à puérpera 260
9.1.2 Ações relacionadas ao recém-nascido 262
9.1.3 Consulta puerperal (até 42 dias) 264
9.1.4 Depressão puerperal 271
9.1.5 *Blues* pós-parto 271
9.1.6 Uso de método anticoncepcional durante o aleitamento 276
9.1.7 Dificuldades com o aleitamento no período puerperal 277
PARTE 5. ASPECTOS LEGAIS E DIREITOS NA GESTAÇÃO 281
10 Aspectos legais e direitos na gestação 283
10.1 Atenção à saúde 285
10.2 Direitos sociais 285
10.3 Estabilidade da gestante no emprego 286
10.4 Licença-maternidade 286
10.5 Funções exercidas pela gestante 287
10.6 Licença médica 287
10.7 Aborto 287
10.8 Amamentação 287
10.9 Atestados 288
10.10 Outros direitos reprodutivos 288
10.11 Direitos do pai 289
Referências 291
Anexos 305
Anexo A – Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia 307
Anexo B – Doenças sexualmente transmissíveis 309
Anexo C – Cartão da Gestante 312
Anexo D – Ficha Perinatal 314
Anexo E – Colaboradores 316

Apresentação

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Embora tenhamos observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais.

No contexto atual, frente aos desafios citados, o Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, institui a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê).

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional. O início de sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional. Desta forma, a Rede Cegonha conta com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Os princípios da Rede Cegonha são:

- humanização do parto e do nascimento, com ampliação das boas práticas baseadas em evidência;
- organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS);
- acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção;
- vinculação da gestante à maternidade;
- gestante não peregrina;
- realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno.

Este caderno está inserido no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipes de atenção básica (EAB) na qualificação do cuidado e na articulação em rede. Constitui-se em uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores, pode contribuir para a contínua melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (AB).

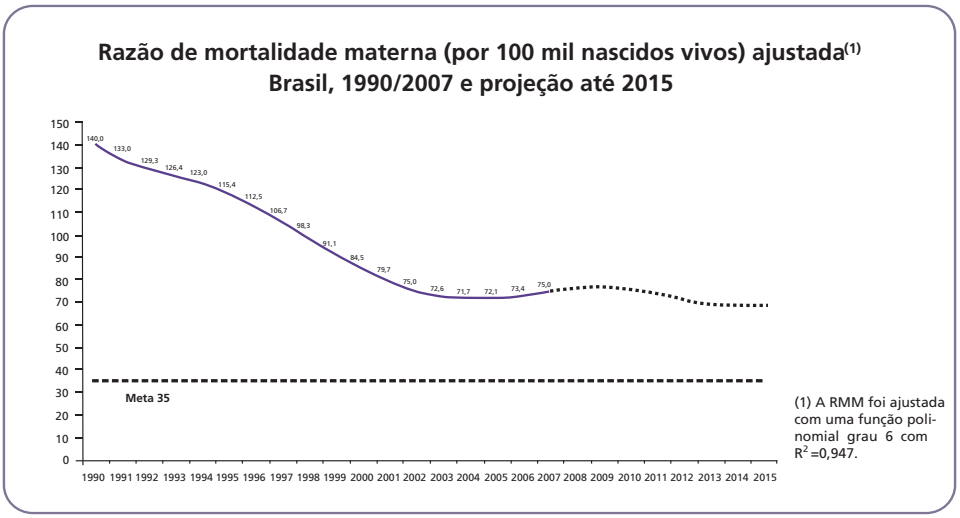
Para tanto, este Caderno de Atenção Básica (CAB) Pré-Natal aborda desde a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde e aspectos do planejamento, além de questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências, promoção da saúde, gestação em situações especiais, assistência ao parto, até as questões legais relacionadas à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério.

Boa leitura.

Introdução 1

O Brasil tem registrado redução na mortalidade materna desde 1990. Naquele ano, a razão de mortalidade materna (RMM) corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade. A melhoria na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série (gráfico 1).

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna ajustada: Brasil, 1990/2007



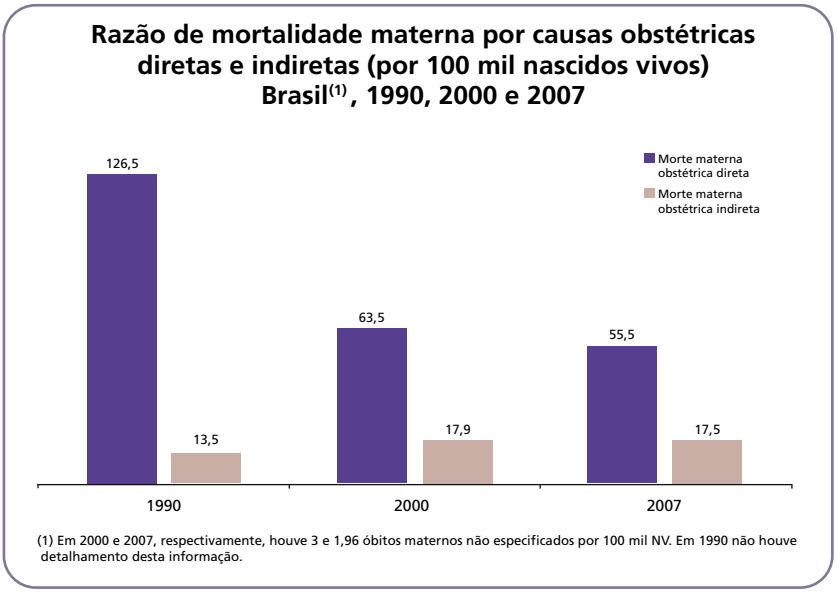
Fonte: DASIS/SVS/MS.

Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deverá apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990. A queda da morte materna se deve fundamentalmente à redução da mortalidade por causas obstétricas diretas.

As mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios.

A mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56% desde 1990 até 2007, enquanto aquela por causas indiretas aumentou 33%, de 1990 a 2000, e se manteve estável de 2000 a 2007. O aumento verificado entre 1990 e 2000 foi um reflexo da melhoria nas investigações de óbitos suspeitos de decorrência de causas indiretas. Em 1990, a mortalidade por causas diretas era 9,4 vezes superior à mortalidade por causas indiretas. Esta relação reduziu-se para 3,5 vezes em 2000 e 3,2 vezes em 2007 (gráfico 2).

Gráfico 2 – Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas: Brasil, 1990, 2000 e 2007

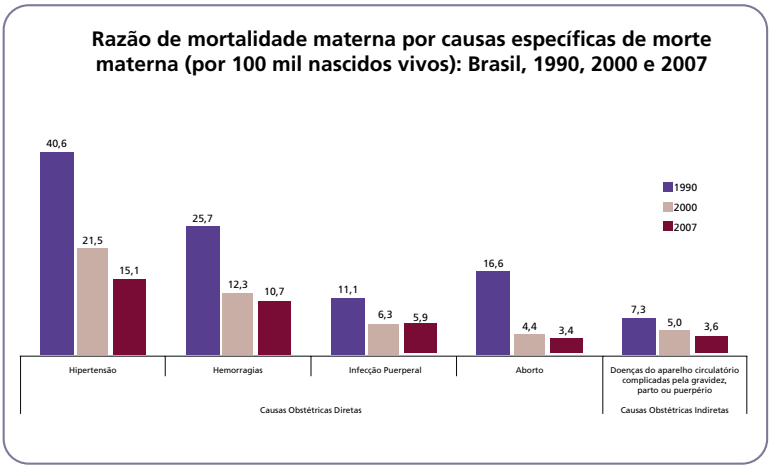


Fonte: DASIS/SVS/MS .

No período de 1990 a 2007, houve redução em todas as principais causas de morte materna. Os óbitos maternos por hipertensão foram reduzidos em 62,8%; por hemorragia, 58,4%; por infecções puerperais, 46,8%; por aborto, 79,5%; e por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, pelo parto e pelo puerpério, 50,7% (gráfico 3).

Mas ainda é preocupante a proporção de jovens que morrem por causas obstétricas. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), entre 1990 e 2007, a mortalidade materna na adolescência (de 10 a 19 anos) variou entre 13% a 16% do total de óbitos maternos (BRASIL, 2010, p. 93). A gravidez na adolescência constitui um grande desafio para os formuladores e gestores de políticas públicas do País.

Gráfico 3 – Razão de mortalidade materna por causas específicas de morte materna: Brasil, 1990, 2000 e 2007



Fonte: SIM – CGIAE/DASIS/SVS/MS .

Iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, associadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assim como os impactos da regulamentação de ações de Vigilância de Óbitos Maternos podem estar relacionados aos avanços observados na redução das mortes por causas obstétricas diretas. Contudo, as taxas por causas diretas ainda são elevadas e representam um grande desafio para o sistema de saúde. O alcance da meta proposta no âmbito deste Objetivo de Desenvolvimento do Milênio dependerá, assim, da implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a redução da mortalidade materna no Brasil.

A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação – "Vaga sempre para gestantes e bebês", regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica (AB) com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil.

Sendo assim, este Caderno de Atenção Básica (CAB) tem por objetivo orientar o atendimento de acordo com as evidências mais atuais, objetivando a realização de uma prática humanizada, integral, em rede e custo-efetiva, garantindo um padrão de acesso e qualidade[1].

[1] No anexo A encontram-se as tabelas de níveis de evidência e os graus de recomendação e classificação do uso de drogas na gravidez que serão usados ao longo do texto.

PARTE 1

O PRÉ-NATAL

Avaliação Pré-Concepcional

2

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.

Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes.

Faz-se necessária, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez, do HIV, da sífilis e das demais DST) nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação, assim como parcerias com escolas e associações de moradores para a realização de atividades educativas.

A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, por meio da Lei nº 9.263/96, foi uma 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, de forma que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (art. 2º).

A atenção em planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil na medida em que:

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

As atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais. A investigação dos problemas de saúde atuais e prévios e a história obstétrica são importantes para a avaliação do risco gestacional. A história clínica objetiva identificar situações de saúde que podem complicar a gravidez, como diabetes pré-gestacional, a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios da tireoide e os processos infecciosos, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis (DST). O uso de medicamentos, o hábito de fumar e o uso de álcool e drogas ilícitas precisam ser verificados, e a futura gestante deve ser orientada quanto aos efeitos adversos associados. Na história familiar, destaca-se a avaliação de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes. Na história obstétrica, é importante registrar o número de gestações anteriores e de partos pré-termo, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores, como abortamento, perdas fetais e hemorragias e malformações congênitas.

No exame geral, cabe verificar especialmente a pressão arterial (PA), o peso e a altura da mulher. É recomendada a realização do exame clínico das mamas (ECM) e do exame preventivo do câncer do colo do útero uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos, principalmente na faixa etária de risco (de 25 a 64 anos).

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

- Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado tanto da mãe como do recém-nascido, além da adoção de práticas alimentares saudáveis;
- Orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realização da 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 anormalidades congênitas do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (5mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção);
- Orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos.

Em relação à prevenção e às ações que devem ser tomadas quanto às infecções e a outras doenças crônicas, são consideradas eficazes as investigações para:

- Rubéola e hepatite B: nos casos negativos, deve-se providenciar a imunização previamente à gestação;
- Toxoplasmose: deve-se oferecer o teste no pré-natal;
- HIV/Aids: deve-se oferecer a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de teste negativo, deve-se orientar a paciente para os cuidados preventivos. Já em casos positivos, deve-se prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV. Em seguida, deve-se encaminhar a paciente para o serviço de referência especializado;
- Sífilis: nos casos positivos, deve-se tratar as mulheres e seus parceiros para evitar a evolução da doença, fazer o acompanhamento de cura e orientá-los sobre os cuidados preventivos para sífilis congênita.

Para as demais DST, nos casos positivos, deve-se instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar a paciente para a sua prevenção. Deve-se também sugerir a realização de exame de eletroforese de hemoglobina se a gestante for negra e tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou se apresentar histórico de anemia crônica.

É importante, também, a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, oferecendo a testagem para sífilis, hepatite B 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 nos casos de diabetes pré-gravídico como nos episódios de diabetes gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético, têm reduzido significativamente o risco de macrossomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. Um controle mais adequado do diabetes durante a gestação propicia comprovadamente 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 um bom prognóstico em gestação futura;
- Epilepsia: a orientação, conjunta com neurologista, para o uso de monoterapia e de droga com menor potencial teratogênico (por exemplo, a carbamazepina) tem mostrado melhores resultados perinatais. A orientação para o uso de ácido fólico prévio à concepção tem evidenciado, da mesma forma, redução no risco de malformação fetal, porque, nesse grupo de mulheres, a terapia medicamentosa aumenta o consumo de folato;
- Infecção pela hepatite B ou C;
- Infecções pelo HIV: a orientação pré-concepcional para o casal portador do HIV pressupõe a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ (parâmetro de avaliação de imunidade), a redução da carga viral no sangue de HIV circulante para níveis indetectáveis e ausência de DST e infecções no trato genital. Esses cuidados incluem uma abordagem ativa sobre o desejo da maternidade nas consultas de rotina, o aconselhamento reprodutivo e o oferecimento de todas as estratégias que auxiliem a gravidez com menor risco de transmissão do HIV. Nas ações de prevenção da transmissão vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, deve-se incluir o uso de antirretrovirais na gestação, o uso de AZT no parto e para o recém-nascido exposto e a inibição da lactação, assim como a disponibilização da fórmula láctea, a fim de permitir circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança;
- Doença falciforme: a gestação na doença falciforme está associada com um aumento de complicações clínicas materno-fetais, independentemente do tipo de hemoglobinopatia. A gravidez pode agravar a doença, com a piora da anemia e o aumento da frequência e da gravidade das crises álgicas e das infecções.

A avaliação pré-concepcional também tem sido muito eficiente em outras situações, como nos casos de anemias, carcinomas de colo uterino e de mama.

A importância da assistência ao pré-natal

3

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal (grau de recomendação B). Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (grau de recomendação B).

Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos (grau de recomendação A). Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos (grau de recomendação A). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de recomendação D). Não existe alta do pré-natal.

Quando o parto não ocorre até a 41° semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas.

Organização dos serviços, planejamento e programação

4

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.

A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária.

Neste sentido, a integralidade deve ser entendida como a capacidade de:

- integrar os trabalhos disciplinares dos diversos profissionais das equipes de forma a produzir um efeito potencializador para suas ações;
- integrar a demanda espontânea e a demanda programada, considerando-se a existência e o acúmulo dos diversos programas nacionais estruturados por diferentes áreas técnicas, e respeitar a demanda imediata da população, componente essencial para a legitimação dessas equipes;
- integrar, em sua prática, ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos;
- ser um espaço de articulação social, a fim de localizar e buscar articular instituições setoriais e extrassetoriais dentro de seu território de atuação.

Mesmo antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal.

Neste contexto, as equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.

Assim, a partir da avaliação da necessidade de cada usuária e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Oncológica etc.) deve ser garantido às gestantes, conforme a organização locorregional da linha de cuidado materno-infantil. Isso se torna possível por meio da pactuação das formas de referência e contrarreferência entre a Rede de Atenção Básica e as demais redes assistenciais e a partir da garantia de acesso aos equipamentos do sistema de saúde (exames de imagem e laboratoriais, consultas e procedimentos especializados, internação hospitalar, medicamentos, vacinas etc.).

Para cada localidade, então, deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral. Por exemplo: definição do local onde serão realizados os diversos exames complementares, solicitados conforme avaliação da equipe e de acordo com os protocolos clínicos locais; qual será o hospital de referência para a realização do parto das gestantes dessa localidade e para o encaminhamento das urgências/emergências obstétricas e intercorrências clínicas/obstétricas; onde será realizado o pré-natal de alto risco, entre outros detalhes.

Em situações de urgência/emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) pode ser solicitado e deve atender às necessidades das gestantes e dos recém-natos de nossa população, oferecendo a melhor resposta de pedido de auxílio, por meio de centrais de regulação médica. O médico regulador poderá dar um conselho, uma orientação ou até deslocar uma equipe com médico e enfermeiro e todos os equipamentos de uma UTI, inclusive equipamentos para atendimento ao neonato, a depender da necessidade de cada caso.

Estados e municípios, portanto, necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência, garantindo-se os seguintes elementos:

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica

1° PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)

2° PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3° PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4° PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5° PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6° PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

7° PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8° PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9° PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10° PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

4.1 Acolhimento

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados.

O profissional deve permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e, quando necessário, possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde.

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. A história de vida e o contexto de gestação trazidos pela mulher durante a gravidez devem ser acolhidos integralmente a partir do seu relato e da fala de seu parceiro. Tal contexto implica mudanças nas relações estabelecidas entre a mulher e a família, o pai e a criança. Além disso, gera mudanças na relação da gestante consigo mesma, no modo como ela entende seu autocuidado, bem como modificações em como ela percebe as mudanças corporais, o que interfere muitas vezes no processo de amamentação.

É cada vez mais frequente 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, como parte do planejamento familiar. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, pois constituem momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais.

É importante acolher o(a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. O(a) acompanhante pode ser alguém da família, amigo(a) ou a doula, conforme preconiza a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

O benefício da presença do(a) acompanhante já foi comprovado. Vários estudos científicos nacionais e internacionais evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. Também houve redução do uso de medicações para alívio da dor, da duração do trabalho de parto e do número de cesáreas. Alguns estudos sugerem, inclusive, a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto.

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 que são tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou a 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, de forma que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o seu conhecimento sobre si mesma, contribuindo para que tanto o parto quanto o nascimento sejam tranquilos e saudáveis.

Escutar uma gestante é algo mobilizador. A presença da grávida remete as pessoas 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, o que, por isso, exige grande esforço para ele compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os(as) usuários(as), mediante atitudes profissionais humanizadoras, que compreendem iniciativas tais como as de: (i) se apresentar; (ii) chamar os(as) usuários(as) pelo nome; (iii) prestar informações sobre condutas e procedimentos que devam ser realizados; (iv) escutar e valorizar o que é dito pelas pessoas; (v) garantir a privacidade e a confidencialidade das informações; e (vi) incentivar a presença do(a) acompanhante, entre outras iniciativas semelhantes. De igual forma, o acolhimento também se mostra: (i) na reorganização do processo de trabalho; (ii) na relação dos trabalhadores com os modos de cuidar; (iii) na postura profissional; e (iv) no vínculo com a mulher gestante e sua família, o que facilita, assim, o acesso dela aos serviços de saúde.

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

4.2 Condições básicas para a assistência pré-natal

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso.

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal.

Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir:

- Discussão permanente com a população da área (em especial com as mulheres) sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias;
- Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas. Deve-se garantir a possibilidade de que as mulheres realizem o teste de gravidez na unidade de saúde sempre que necessário. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção;
- Acolhimento imediato e garantia de atendimento a todos os recém-natos e à totalidade das gestantes e puérperas que procurarem a unidade de saúde;
- Realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, por intermédio do preenchimento da ficha de cadastramento do SisPreNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados, fornecendo e preenchendo o Cartão da Gestante;
- Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;
- Acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), acompanhando-as tanto nas unidades de saúde quanto em seus domicílios, bem como em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico, a fim de evitar sofrimento fetal por pós-datismo. Toda gestante com 41 semanas deve ser encaminhada para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal;
- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea;
- Realização de anamnese, exame físico e exames complementares indicados;
- Imunização antitetânica e para hepatite B;
- Oferta de medicamentos necessários (inclusive sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico, com uso recomendado desde o período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação);
- Diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama;
- Avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação;
- Atenção à adolescente conforme suas especificidades;
- Realização de práticas educativas, abordando principalmente: (a) o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; (b) a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; (c) os cuidados com o recém-nascido; (d) a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do

planejamento familiar; (e) os direitos da gestante e do pai; (f) os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; e (g) o uso de medicações na gestação. Tais práticas podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, por meio de grupos de gestantes, sala de espera, intervenções comunitárias etc.;

- Identificação do risco de abandono da amamentação e encaminhamento da gestante aos grupos de apoio ao aleitamento materno e/ou ao banco de leite humano (BLH) de referência;
- Oferta de atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência, seja esta de qualquer tipo (doméstica, física, sexual, psicológica etc.), seja àquela em risco de depressão pós-parto, referenciando-a para equipes especializadas e/ou encaminhamento para serviços específicos, conforme fluxograma local;
- Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto, com o objetivo de monitorar a mulher e a criança, orientar cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários;
- Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto;
- Sistema eficiente de referência e contrarreferência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal (em todos os níveis do sistema de saúde) para todas as gestantes, conforme a exigência de cada caso. Toda gestante encaminhada para um diferente serviço de saúde deverá levar consigo o Cartão da Gestante, bem como informações sobre o motivo do encaminhamento e os dados clínicos de interesse. Da mesma forma, deve-se assegurar o retorno da gestante à unidade básica de origem, que está de posse de todas as informações necessárias para o seu seguimento;
- Vinculação das unidades básicas de saúde (UBS) aos hospitais, às maternidades, às casas de parto, às residências de parto domiciliar (feito por parteira) de referência e aos serviços diagnósticos, conforme definição do gestor local, além do registro do nome do hospital ou da maternidade ou da casa de parto ou das residências de parto domiciliar no Cartão da Gestante. Deve-se informar à gestante a possibilidade de realizar uma visita ao serviço de saúde onde provavelmente se realizará o parto e, caso seja de seu interesse, agendar a visita por volta do sexto mês de gestação. Toda gestante deve ser orientada a procurar o referido serviço quando apresentar intercorrências clínicas/obstétricas ou quando estiver em trabalho de parto;
- Vinculação à central de regulação obstétrica e neonatal, quando existente, 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 (Samu), mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
- Atendimento às intercorrências obstétricas e neonatais, assim como controle de doenças crônicas e profilaxia de doenças infecciosas;
- Registro das informações em prontuário, no Cartão da Gestante e no SisPreNatal, inclusive com preenchimento da Ficha Perinatal, abordando a história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências/emergências que requeiram avaliação hospitalar;
- Atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto e na consulta puerperal (até o 42º dia após o parto).

Para que tais práticas sejam desenvolvidas, faz-se necessário haver:

- Recursos humanos que possam acompanhar a gestante no seu contexto familiar e social e segundo os princípios técnicos e filosóficos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Área física adequada para o atendimento da gestante e dos familiares nos serviços de saúde com condições adequadas de higiene e ventilação. A privacidade é um fator essencial nas consultas e nos exames clínicos e/ou ginecológicos;
- Equipamento e instrumental mínimo, devendo ser garantida a existência de: (a) mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada; (b) mesa de exame ginecológico; (c) escada de dois degraus; (d) foco de luz; (e) balança para adultos (peso/altura) com capacidade para até 300kg; (f) esfigmomanômetro; (g) estetoscópio clínico; (h) estetoscópio de Pinard; (i) fita métrica flexível e inelástica; (j) espéculos; (k) pinças de Cheron; (l) material para realização do exame colpocitológico; (m) sonar *doppler* (se possível); e (n) gestograma ou disco obstétrico;
- Medicamentos básicos e vacinas (contra tétano e hepatite B);
- Realização de testes rápidos na unidade básica de saúde, assim como apoio laboratorial, garantindo a realização dos seguintes exames de rotina:

i) teste rápido de gravidez;

ii) teste rápido de triagem para sífilis e sorologia para sífilis (VDRL/RPR);

iii) teste rápido diagnóstico para HIV e sorologia para HIV I e II;

iv) proteinúria (teste rápido);

v) dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht);

vi) grupo sanguíneo e fator Rh;

vii) teste de Coombs;

viii) glicemia em jejum;

ix) teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose em 2 (duas) horas (dextrosol);

x) exame sumário de urina (tipo I);

xi) urocultura com antibiograma;

xii) exame parasitológico de fezes;

xiii) colpocitologia oncótica;

xiv) bacterioscopia do conteúdo vaginal;

xv) eletroforese de hemoglobina.

- Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, para permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, mediante a coleta e a análise dos dados obtidos em cada encontro, seja na unidade ou no domicílio.

O fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contrarreferência, deve ser garantido. Para tanto, devem ser utilizados e realizados os seguintes instrumentos e procedimentos:

- Cartão da Gestante (veja o anexo C): instrumento de registro. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, sendo importante para a referência e a contrarreferência. Deverá ficar, sempre, com a gestante;
- Mapa de Registro Diário (veja o anexo D): instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal. Deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta prestada;
- Ficha Perinatal (veja o anexo E): 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;
- Avaliação permanente da assistência pré-natal: procedimento com foco na identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como no desempenho do serviço. Deve subsidiar, quando necessário, a mudança da estratégia de ação e da organização dos serviços 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, nos relatórios obtidos por intermédio do SisPreNatal e no processo de referência e contrarreferência.

A avaliação deve utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1°, 2° e 3°);
- Porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo (número de gestantes na área ou número previsto);
- Porcentagem de abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas;
- Porcentagem de óbitos de mulheres por causas associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério em relação ao total de gestantes atendidas;
- Porcentagem de óbitos por causas perinatais em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de crianças com tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de recém-nascidos vivos de baixo peso (com menos de 2.500g) em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos em relação ao total de exames realizados;
- Porcentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após o encaminhamento.

O novo sistema SisPreNatal *web* tem a finalidade de cadastrar as gestantes por intermédio do acesso à base do Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CAD-SUS), disponibilizando informações em tempo real na plataforma *web*, o que torna possível a avaliação dos indicadores pela Rede Cegonha e o cadastramento das gestantes para vinculação ao pagamento de auxílio-deslocamento, conforme dispõe a Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011.

Além disso, o preenchimento da Ficha de Cadastro da Gestante no sistema e da Ficha de Registro dos Atendimentos da Gestante no SisPreNatal possibilita : (i) a vinculação da gestante ao local do

parto; (ii) o acesso ao pré-natal para os casos de alto risco; (iii) o acompanhamento odontológico; (iv) o monitoramento da solicitação e dos resultados dos exames em tempo oportuno; (v) o monitoramento da efetividade do vínculo ao local do parto; (vi) o monitoramento da efetividade da presença do(a) acompanhante; e (vii) o cadastro das informações do RN como escala ou índice de Apgar, além das informações sobre aleitamento, possível anomalia ou malformação congênita.

4.3 O papel da equipe de atenção básica no pré-natal

É importante ressaltar que as atribuições dos profissionais são de grande valia em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos.

Não podemos esquecer a participação dos profissionais nas atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais.

Alguns estudos apresentaram comparações entre desfechos no acompanhamento do pré-natal de médicos generalistas e gineco-obstetras. Uma revisão sistemática desenvolvida pelo grupo Cochrane Database (VILLAR; KHAN-NEELOFUR, 2003) estudou o acompanhamento de 3.041 gestantes e nenhuma diferença estatística foi encontrada nos desfechos de trabalho de parto prematuro, cesarianas, casos de anemia, infecções do trato urinário, hemorragia no terceiro trimestre e mortalidade neonatal. Contudo, ao se comparar o grupo acompanhado por médicos generalistas e parteiras, constatou-se que houve uma redução significativa de DHEG (doença hipertensiva específica na gestação) para o primeiro grupo. Não houve diferença de satisfação dos usuários nos diferentes grupos.

Sendo assim, nesta metanálise comprovou-se que não houve aumento nos desfechos adversos perinatais naquelas pacientes acompanhadas por médicos generalistas ou parteiras (associadas a médicos generalistas) quando comparados com gineco-obstetras em pré-natal de baixo risco.

4.3.1 Recomendação

O modelo de acompanhamento de pré-natal de baixo risco por médicos generalistas deve ser oferecido para as gestantes. O acompanhamento periódico e rotineiro por obstetras durante o pré-natal não traz melhoria aos desfechos perinatais em comparação com o encaminhamento destas pacientes em casos de complicações durante o acompanhamento (grau de recomendação A – nível de evidência I).

4.3.2 Atribuições dos profissionais

4.3.2.1 Agente comunitário de saúde:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

4.3.2.2 Auxiliar/técnico(a) de enfermagem:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SisPreNatal;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite B;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);

- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

4.3.2.3 Enfermeiro(a):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

4.3.2.4 Médico(a):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;

- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a);
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/ emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar testes rápidos;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

4.3.2.5 Cirurgião-dentista:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;

- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

4.3.3 Consulta de enfermagem/enfermeira(o) na atenção à gestante

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo.

Os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio. Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, os referidos profissionais devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência.

Prestar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez – período quando ocorrem mudanças físicas e emocionais, época que cada gestante vivencia de forma diferente – é uma das atribuições da enfermagem nas equipes de AB. Outras atribuições são também a solicitação de exames complementares, a realização de testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública (como o pré-natal) e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

As atividades da(o) parteira(o) são exercidas sob supervisão de enfermeiro obstetra quando realizadas em instituições de saúde e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Atenção pré-natal

5

5.1 Diagnóstico na gravidez

Para ampliar a captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Rede Cegonha, incluiu o *Teste Rápido de Gravidez* nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria UBS, o que acelera o processo necessário para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal.

Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o *Teste Imunológico de Gravidez* (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. Este teste é considerado o método mais sensível e confiável, embora seja também um teste caro [grau de recomendação D]. Alguns testes urinários têm baixa taxa de resultados falsos positivos, mas elevada taxa de resultados falsos negativos, o que pode atrasar o início do pré-natal.

A dosagem de gonadotrofina coriônica humana (ßHCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, com a utilização de medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou este teste mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. O ßHCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção. Os níveis plasmáticos aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez. A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30mUI/ml. Resultados falsos positivos ocorrem na faixa entre 2 a 25mUI/ml. Do ponto de vista prático, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos.

Considerando-se que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, pode-se oferecer à gestante, quando possível, o exame ultrassonográfico , que , além de melhor determinar a idade gestacional, auxilia na detecção precoce de gestações múltiplas (inclusive, evidencia o tipo de placentação nestes casos) e de malformações fetais clinicamente não suspeitas. Idealmente, o exame deve ser realizado entre 10 e 13 semanas, utilizando-se o comprimento cabeça–nádega para determinar a idade gestacional. A partir da 15ª semana, a estimativa de idade gestacional será feita pela medida do diâmetro biparietal. Todavia, os possíveis benefícios da ultrassonografia de rotina durante a gestação sobre outros resultados permanecem ainda incertos, de modo que a não realização deste exame não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal (CROWTHER et al., 1999).

Se o atraso menstrual for superior a 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG. O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes por intermédio dos sinais clínicos, dos sintomas e do exame físico em gestações mais avançadas.

As queixas principais são devidas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais [grau de recomendação D (1)].

Sinais de presunção de gravidez:

- Atraso menstrual;

- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal).

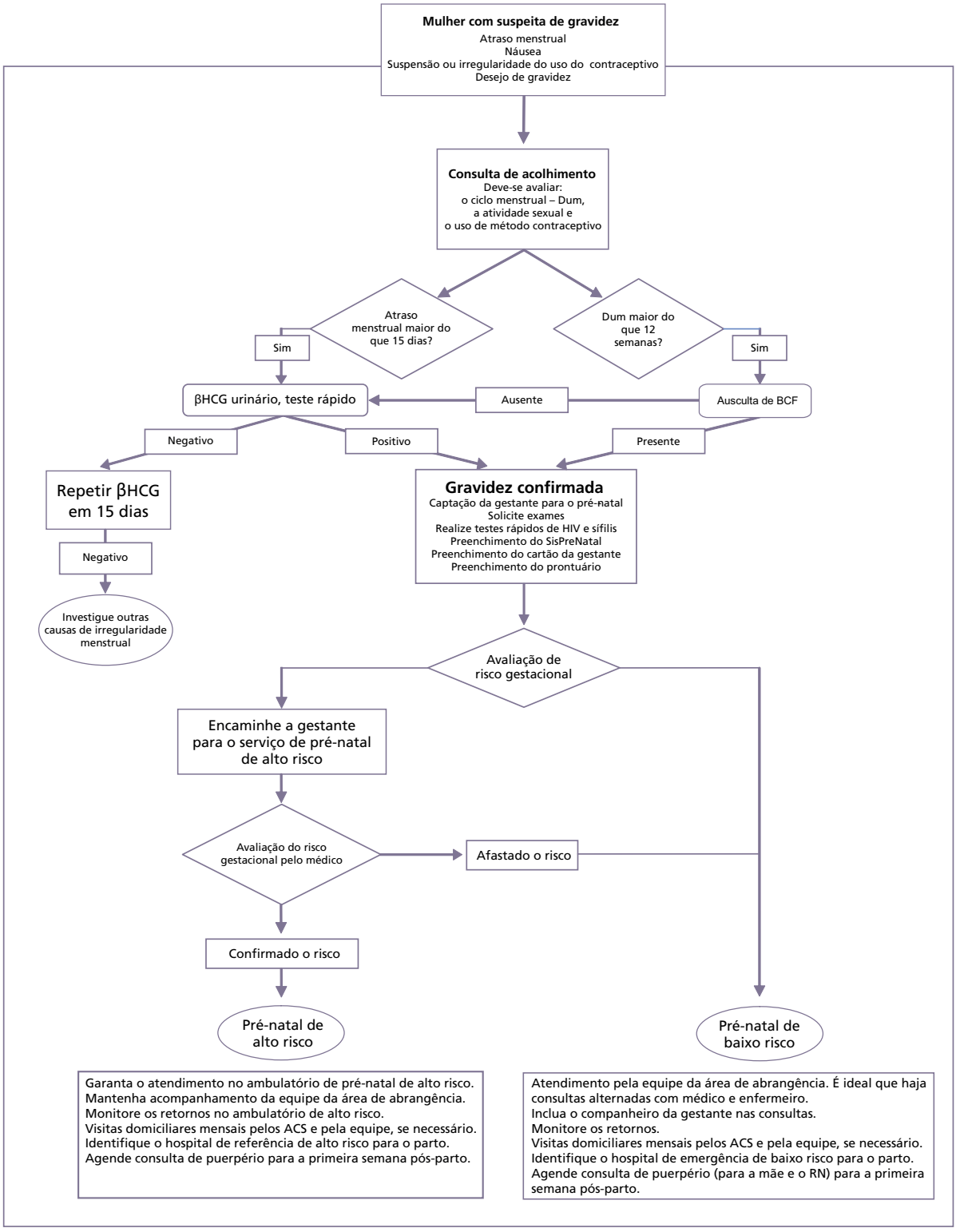
Sinais de probabilidade:

- Amolecimento da cérvice uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

Sinais de certeza:

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;
- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais.

Figura 1 – Fluxograma de pré-natal



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

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 de Pré-Natal e no Cartão da Gestante.

A partir desse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento de pré-natal: sequência de consultas (mensalmente, se possível), visitas domiciliares e grupos educativos. Deverão ser fornecidos:

- O Cartão da Gestante, com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional da Saúde, 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 duas informações essenciais que devem constar explicitamente no Cartão da Gestante são as relacionadas ao nome do hospital de referência para o parto e as relativas às intercorrências durante a gestação. Se, no decorrer da gestação, surgir alguma situação que caracterize risco gestacional, com mudança do hospital ou da maternidade de referência, isso também deve estar escrito no cartão. Esta informação é considerada fundamental para que a mulher e seu companheiro ou familiares possam reivindicar o direito de atendimento na respectiva unidade de saúde.

5.2 Classificação de risco gestacional

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas "gestantes de alto risco".

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento.

De maneira geral, o acolhimento, em especial à gestante, objetiva fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, consequentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridades, podem levar à morte, por exemplo, uma gestante com síndrome hipertensiva.

Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico

materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica.

Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco. Assim definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período.

A atenção básica deve ser entendida como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, como ordenadora do sistema de saúde brasileiro. Nas situações de emergência obstétrica, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar o suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção, para que haja a adequada continuidade do atendimento para os serviços de referência de emergências obstétricas da Rede de Atenção à Saúde.

Dessa forma, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento.

A caracterização de uma situação de risco, todavia, 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 evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica 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 diferente serviço de saúde.

A seguir, são apresentados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica. É importante que a equipe de atenção básica se baseie em sua experiência clínica para o encaminhamento da paciente.

5.2.1 Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica

Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade menor do que 15 e maior do 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 do que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor do que 1,45m;
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Macrossomia fetal;
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Ganho ponderal inadequado;
- Infecção urinária;
- Anemia.

5.2.2 Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A).

Fatores relacionados às condições prévias:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);

- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligoidrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);

Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.

- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

5.2.3 Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/ emergência obstétrica

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contrarreferência para acompanhamento pela atenção básica.

São fatores de risco:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria;

Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico (grau de recomendação C).

- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);

- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (Tax > = 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de Ivas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrâmnio;
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica.

Óbito fetal

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. É importante também que a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contrarreferência, assim como são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

5.3 Calendário de consultas

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal.

O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos.

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

Até 28ª semana – mensalmente;

Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;

Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

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

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas.

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 a consulta de puerpério deverá ter sido realizada.

5.4 Roteiro da primeira consulta

5.4.1 Anamnese

A seguir, são apresentados os componentes da história clínica que precisam ser abordados durante o pré-natal [grau de recomendação D].

Na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação

da gravidez atual. Os principais componentes podem ser assim listados: (i) data precisa da última menstruação; (ii) regularidade dos ciclos; (iii) uso de anticoncepcionais; (iv) paridade; (v) intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; (vi) detalhes de gestações prévias; (vii) hospitalizações anteriores; (viii) uso de medicações; (ix) história prévia de doença sexualmente transmissível; (x) exposição ambiental ou ocupacional de risco; (xi) reações alérgicas; (xii) história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; (xiii) gemelaridade anterior; (xiv) fatores socioeconômicos; (xv) atividade sexual; (xvi) uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; (xvii) história infecciosa prévia; (xviii) vacinações prévias; (xix) história de violências.

Na pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser questionada a existência de náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas [grau de recomendação D].

É importante sanar dúvidas e minimizar a ansiedade do casal. Informações sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, assim como presença de corrimentos ou outras perdas vaginais ajudam a identificar situações de risco gestacional e orientam medidas educativas que devem ser enfatizadas durante o pré-natal.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade (Ficha Clínica de Pré-Natal) quanto no Cartão da Gestante. Em cada consulta, o risco obstétrico e perinatal deve ser reavaliado. As ações da equipe devem contemplar as seguintes atividades:

- Preenchimento da ficha de cadastramento da gestante no SisPreNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados;
- Preenchimento do Cartão da Gestante e da Ficha Clínica de Pré-Natal: identificação e demais dados da anamnese e exame físico; número do Cartão Nacional de Saúde; hospital de referência para o parto;
- Verificação da situação vacinal e orientação sobre a sua atualização, se necessário;
- Solicitação dos exames de rotina;
- Realização dos testes rápidos;
- Orientação sobre as consultas subsequentes, as visitas domiciliares e as atividades educativas.

Os fatores de risco deverão ser identificados em destaque no Cartão da Gestante, uma vez que tal procedimento contribui para alertar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal.

5.4.2 História clínica

- Identificação:
  - Nome;
  - Número do Cartão Nacional de Saúde;
  - Idade;

- Cor;
- Naturalidade;
- Procedência;
- Endereço atual;
- Unidade de referência.

- Dados socioeconômicos:
  - Grau de instrução;
  - Profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco);
  - Estado civil/união;
  - Número e idade de dependentes (deve-se avaliar a 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;
  - Malformações congênitas e anomalias genéticas;
  - Gemelaridade;
  - Câncer de mama e/ou do colo uterino;
  - Hanseníase;
  - Tuberculose e outros contatos domiciliares (deve-se anotar a doença e o grau de parentesco);
  - Doença de Chagas;
  - Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.
- Antecedentes pessoais gerais:
  - Hipertensão arterial crônica;
  - Diabetes mellitus;
  - Cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
  - Doenças renais crônicas;

- Anemias e deficiências de nutrientes específicos;
- Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
- Epilepsia;
- Doenças da tireoide e outras endocrinopatias;
- Viroses (rubéola, hepatites);
- Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas;
- Portadora de infecção pelo HIV (deve-se anotar se a paciente está em uso de antirretrovirais e especificar o esquema utilizado);
- Infecção do trato urinário;
- Doenças neurológicas e psiquiátricas;
- Cirurgia (tipo e data);
- Transfusões de sangue;
- Alergias (inclusive medicamentosas);
- Doenças neoplásicas;
- Vacinação;
- Uso de medicamentos;
- Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.

• Antecedentes ginecológicos:

- Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade; idade da menarca);
- Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- Infertilidade e esterilidade (tratamento);
- Doenças sexualmente transmissíveis, inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- Cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- Malformações uterinas;
- Mamas (patologias e tratamento realizado);
- 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 na gestação atual ou em gestações anteriores;

- Número de parceiros da gestante e de seu parceiro em época recente ou pregressa;
- Uso de preservativos masculinos e/ou femininos ("uso correto" e "uso habitual").

- Antecedentes obstétricos:
  - Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
  - Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações);
  - Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de 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;
  - Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional;
  - 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 intraútero e idade gestacional em que ocorreu);
  - Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneo- transfusões;
  - Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (deve-se especificá-las);
  - Complicações nos puerpérios (deve-se descrevê-las);
  - Histórias 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 utilizados na gestação;
  - Internação durante a gestação atual;
  - Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;

- Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- Identificar gestantes com fraca rede de suporte social;
- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.

5.4.3 Exame físico

São indispensáveis os seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardiofetais, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional.

No exame físico, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal são os seguintes: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades.

No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, no toque bidigital, o útero e os anexos. Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar-doppler [grau de recomendação D].

Nas visitas subsequentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de anemia de mucosas, a existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Deve-se avaliar o mamilo para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana [grau de recomendação D].

- Exame físico geral:
  - Inspeção da pele e das mucosas;
  - Sinais vitais: aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar;
  - Palpação da tireoide , região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
  - Ausculta cardiopulmonar;
  - Exame do abdome;
  - Exame dos membros inferiores;

- Determinação do peso;
- Determinação da altura;
- Cálculo do IMC;
- Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial;
- Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).

- Exame físico específico (gineco-obstétrico):
  - Palpação obstétrica;
  - Medida e avaliação da altura uterina;
  - Ausculta dos batimentos cardiofetais;
  - Registro dos movimentos fetais;
  - Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess);
  - Exame clínico das mamas;
  - Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico, toque vaginal).

Obs:. O exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes.

5.4.4 Exames complementares

Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde efetue os procedimentos técnicos de forma correta e uniforme durante a realização dos exames complementares, assim como quando da realização dos exames clínico e obstétrico. Do contrário, ocorrerão diferenças significativas, prejudicando a interpretação dos dados e a comparação entre eles. Cabe aos profissionais de formação universitária promover a capacitação dos demais membros da equipe, a fim de garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos.

É importante ressaltar, no contexto da qualidade da 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.

Devem ser solicitados na primeira consulta os seguintes exames complementares:

- Hemograma;
- Tipagem sanguínea e fator Rh;
- Coombs indireto (se for Rh negativo);

- Glicemia de jejum;
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR;
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV;
- Anti-HIV;
- Toxoplasmose IgM e IgG;
- Sorologia para hepatite B (HbsAg);
- Exame de urina e urocultura;
- Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional;
- Citopatológico de colo de útero (se necessário);
- Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica);
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica);
- Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica).

5.4.5 Condutas gerais

- Deve haver a interpretação dos dados da anamnese, o exame clínico/obstétrico e a instituição de condutas específicas;
- Deve-se orientar a gestante sobre a alimentação e o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Deve-se incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Deve-se fornecer todas as informações necessárias e respostas às indagações da mulher, de seu companheiro e da família;
- Deve-se prescrever suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia) para profilaxia da anemia;
- Deve-se orientar a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- Deve-se referenciar a gestante para atendimento odontológico;
- Deve-se encaminhar a gestante para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a paciente não estiver imunizada;
- Deve-se referenciar a gestante para serviços especializados quando o procedimento for indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica de saúde;

- Deve-se realizar ações e práticas educativas individuais e coletivas. Os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos dessa faixa etária, devendo abordar 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;
- Deve-se agendar consultas subsequentes.

5.4.6 Roteiro das consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes, devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
- Exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal);
- Verificação do calendário de vacinação;
- Deve-se avaliar o resultado dos exames complementares;
- Devem ser feitas a revisão e a atualização do Cartão da Gestante e da Ficha de Pré-Natal.

Além disso, devemos executar as seguintes tarefas:

I. Controles maternos:

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- Pesquisa de edema;
- Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo.

II. Controles fetais:

- Ausculta dos batimentos cardiofetais;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/ registro dos movimentos fetais;
- Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess), se houver indicação clínica.

III. Condutas:

- Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;
- Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia), para profilaxia da anemia;
- Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
- Faça o agendamento das consultas subsequentes.

5.5 Cálculo da idade gestacional

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

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

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: some 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): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

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

Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceda, então, à utilização de um dos métodos 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, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas. Pode-se utilizar a altura uterina e o toque vaginal, considerando-se os seguintes parâmetros:

- Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;
- Na 8ª semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- Na 10ª semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- Na 12ª semana, o útero 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, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

Quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional, solicite o mais precocemente possível a ultrassonografia obstétrica.

5.6 Cálculo da data provável do parto

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

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

Outra forma de cálculo consiste em 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). Esta forma de cálculo é chamada de Regra de Näegele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

Exemplos

Data da última menstruação (DUM): 13/09/04
Dada provável do parto (DPP): 20/06/05 (13 + 7 = 20/9 – 3 = 6)

Data da última menstruação: 10/02/04
Dada provável do parto: 17/11/04 (10 + 7 = 17/2 + 9 = 11)

Data da última menstruação: 27/01/04
Dada provável do parto: 03/11/04 (27 + 7 = 34/34 – 31 = 03/1 + 9 + 1 = 11)

5.7 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional

A avaliação do estado nutricional da gestante consiste na tomada da medida do peso e da altura e o cálculo da semana gestacional, o que permite a classificação do índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional.

Com base no IMC obtido na primeira consulta de pré-natal, é possível conhecer o estado nutricional atual e acompanhar o ganho de peso até o final da gestação. Recomenda-se que a gestante seja pesada em todas as consultas. A estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta, desde que não seja gestante adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente.

5.7.1 Procedimentos para a medida de peso

Recomenda-se a utilização de balança eletrônica ou mecânica, certificando-se de que estas se encontram calibradas e em bom funcionamento, a fim de se garantir a qualidade das medidas coletadas. Tendo-se como base uma balança de adulto, tipo plataforma, cuja escala tenha intervalos de até 100 gramas, devem ser feitos os seguintes procedimentos:

- 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;
- Mova o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança incline-se para baixo; volte-o, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima);
- Mova 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);
- Leia o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considere o menor valor. Por exemplo: se o cursor estiver entre 200g e 300g, considere 200g;
- Anote o peso encontrado no prontuário e no Cartão da Gestante.

5.7.2 Procedimentos para a medida da altura

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

- Calcanhares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança;
- A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo;
- O encarregado de realizar a medida deverá baixar lentamente a haste vertical, pressionando suavemente os cabelos da gestante até que a haste encoste-se ao couro cabeludo;
- Faça a leitura da escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considere o menor valor. Anote o resultado no prontuário.

5.7.3 Cálculo do índice de massa corpórea ou corporal (IMC) por meio da fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (}\mathbf{IMC}\text{)} = \frac{\textbf{Peso (kg)}}{\textbf{Altura (m) x Altura (m)}}$$

5.7.4 Procedimentos para o diagnóstico nutricional

A avaliação nutricional, na primeira consulta, subsidia a previsão de ganho de peso até o fim da gestação.

1. Calcule a idade gestacional em semanas.

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.

Exemplos:

Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas;

Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas.

2. Localize, na primeira coluna da tabela 1, a seguir , a semana gestacional calculada e identifique, nas colunas seguintes, em que faixa está situado o IMC da gestante.

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 do que os valores apresentados na coluna correspondente a baixo peso;

Adequado: quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a adequado;

Sobrepeso: quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a sobrepeso;

Obesidade: quando o valor do IMC for igual ou maior do que os valores apresentados na coluna correspondente a 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.

Tabela 1 – Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso: IMC menor do que	Adequado: IMC entre	Sobrepeso: IMC entre	Obesidade: IMC maior do que
6	19,9	20,0 – 24,9	25,0 – 30,0	30,1
7	20,0	20,1 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
8	20,1	20,2 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
9	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
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

continua

continuação

Semana gestacional	Baixo peso: IMC menor do que	Adequado: IMC entre	Sobrepeso: IMC entre	Obesidade: IMC maior do que
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, p. 1429-1436).

Condutas conforme o diagnóstico nutricional realizado:

Baixo peso (BP): investigue a história alimentar, a hiperêmese gravídica, as infecções, as parasitoses, as anemias e as doenças debilitantes. Dê a orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis. Remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual. Caso necessário, é interessante discutir o caso com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Adequado (A): siga o calendário habitual. Explique à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional. Dê-lhe orientação nutricional, visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis;

Sobrepeso e obesidade (S e O): investigue a obesidade pré-gestacional, casos de edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla. Dê orientação nutricional à gestante, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso, pois é desejável mantê-lo. Remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual. Caso necessário, é interessante discutir o caso com os profissionais do Nasf.

Sabe-se que a obesidade está associada a uma frequência mais alta de distócias, diabetes e hipertensão e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, na gestante com baixo peso há um risco maior de parto prematuro.

Estimativa do ganho de peso para as gestantes durante a gestação:

Em função do estado nutricional pré-gestacional ou no início do pré-natal (tabela 1), estime o ganho de peso total até o fim da gestação (tabela 2). Para cada situação nutricional inicial (baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade) há uma faixa de ganho de peso recomendada. Para o primeiro trimestre, o ganho foi agrupado para todo o período, enquanto que, para o segundo e o terceiro trimestre, o ganho é previsto por semana. Portanto, já na primeira consulta, deve-se estimar quantos gramas a gestante deverá ganhar no primeiro trimestre, assim como o ganho por semana até o fim da gestação. Esta informação deve ser fornecida à gestante.

Tabela 2 – Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2° e 3° trimestres*	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: (INSTITUTE.., 1990; WHO, 1995b).

** Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5 – 2,0kg*

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 este ganho, em média, de 2,3kg no primeiro trimestre da gestação (até a 13ª 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 18,0kg) 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, até o fim da gestação, entre 11,5 e 16,0kg; aquelas com sobrepeso devem acumular entre 7 e 11,5kg; e as obesas devem apresentar ganho em torno de 7kg, com recomendação específica e diferente por trimestre.

A Vigilância Alimentar e Nutricional pressupõe o monitoramento contínuo do estado nutricional e do consumo alimentar da população. Neste sentido, o Ministério da Saúde adota o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), destinado a atender todas as fases da vida, como crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes[2].

Procedimentos para as avaliações nutricionais subsequentes e o monitoramento do ganho de peso gestacional:

Nas consultas subsequentes, a avaliação nutricional deve ser feita repetindo-se os procedimentos do item 5.7.4 (Procedimentos para o diagnóstico nutricional). Esta avaliação permite acompanhar a evolução do ganho de peso durante a gestação e examinar se este ganho está adequado em função do estado nutricional da gestante no início do pré-natal.

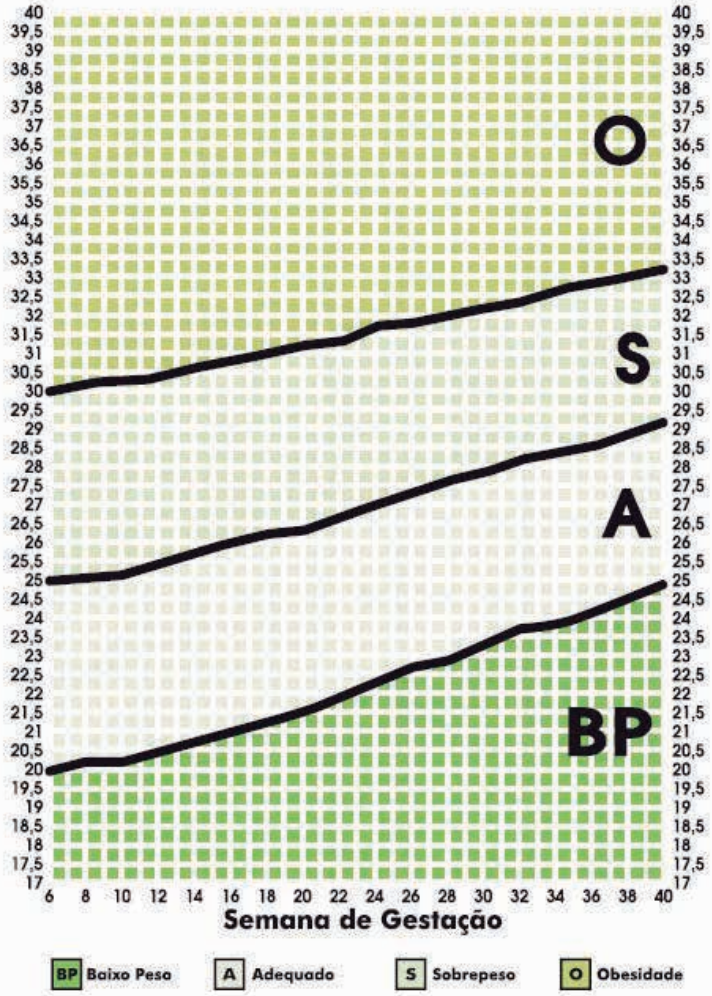
Este exame pode ser feito com base em dois instrumentos: a tabela 2, que indica qual é o ganho de peso recomendado segundo o estado nutricional da gestante no início do pré-natal; e a tabela 4, no qual se acompanha a curva do índice de massa corporal segundo a semana gestacional (ascendente, horizontal, descendente).

[2] Para mais informações sobre coleta e análise de dados antropométricos, consulte a publicação: BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Realize o acompanhamento do estado nutricional utilizando o gráfico de IMC por semana gestacional. O gráfico é composto por um eixo horizontal, com valores de semana gestacional, e por um eixo vertical, com valores de IMC [peso (kg)/altura^2 (m)]. O interior do gráfico 4 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).

Gráfico 4 – Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

Índice de Massa Corporal segundo a semana de gestação

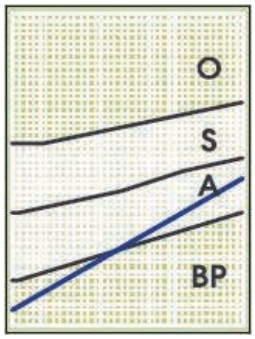
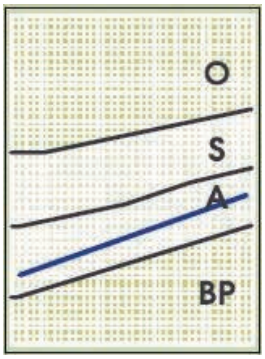
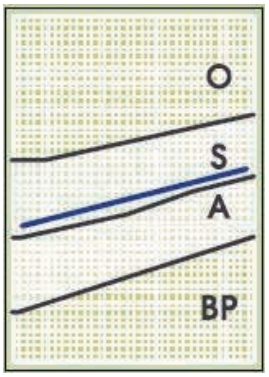
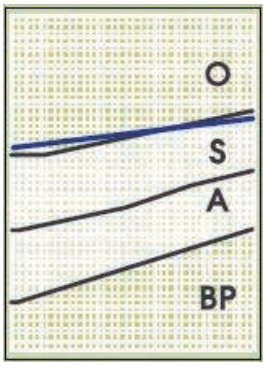


Fonte: Adaptado de: Atalah Samur E, Castillo L C, Castro Santoro R, Aldea P A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chile* 1997;125 (12):1429-36.

Fonte: (INSTITUTE.., 1990; WHO, 1995b).

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

Tabela 3 – Diagnóstico nutricional a ser realizado a cada consulta

EN da gestante	Inclinação da curva	Exemplo
Baixo peso (BP)	Deve apresentar inclinação maior do 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 da curva que delimita a parte superior dessa faixa, a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior dessa faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior dessa faixa no gráfico.	
Obesidade (O)	Deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.	

Fonte: (BRASIL, 2005e).

É de extrema importância o registro do estado nutricional tanto no prontuário quanto no Cartão da Gestante. A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer informações importantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e à 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, destacam-se a avaliação clínica para a detecção de doenças associadas à nutrição (por exemplo: diabetes), a observação da presença de edema, que acarreta aumento de peso e confunde o diagnóstico do estado nutricional, e a avaliação laboratorial, para o 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, esta classificação pode ser usada, desde que a interpretação dos achados seja flexível e considere a especificidade desse grupo. Para adolescentes que engravidaram dois ou mais anos depois da menarca (em geral, maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente à das adultas. Para gestantes que engravidaram menos de dois anos após a menarca, é provável que se observe que muitas serão classificadas como de baixo peso.

5.7.5 Orientação alimentar para a gestante

O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez. A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos das gestantes e de nutrientes para o crescimento fetal. Assim, a nutrição é de fundamental importância para o prognóstico da gestação. É importante que a gestante esteja consciente disto e que o profissional de saúde saiba orientá-la e motivá-la a ter hábitos alimentares saudáveis nesse período.

As orientações descritas a seguir subsidiarão os profissionais de saúde na orientação alimentar das gestantes. Gestantes com excesso de peso ou baixo peso necessitam de cuidado individual e orientações direcionadas. Apresentaremos a seguir uma versão adaptada dos *Dez Passos da Gestante*, elaborada pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição e por colaboradores[3].

Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Gestantes

Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições, beba água, pelo menos 2 litros (de 6 a 8 copos) por dia.

Para ajudar a controlar o peso durante a gravidez, deve-se orientar a gestante a evitar "pular" as refeições e "beliscar" entre as refeições. Ao fazer todas as refeições, a gestante deve saber que isso evita que seu estômago fique vazio por muito tempo, o que diminui o risco de sentir

[3] A publicação encontra-se disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br>.

náuseas, vômitos, fraquezas ou desmaios. Além disso, contribui para que ela não sinta muita fome, não exagerando na próxima refeição. Os excessos podem causar desconforto abdominal, principalmente nos últimos meses de gestação, quando o útero está maior e comprime o estômago.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Apreciar cada refeição, comer devagar, mastigar bem e de forma que evite qualquer tipo de estresse na hora da alimentação.
- Evitar consumir líquidos durante as refeições, para reduzir os sintomas de pirose. Deve preferir consumir, após as refeições, frutas com alto teor de líquidos, como, por exemplo, laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outras.
- Evitar deitar-se logo após as refeições, pois assim pode evitar mal-estar e pirose.
- Beber água entre as refeições. A água é muito importante para o organismo, pois melhora o funcionamento do intestino e hidrata o corpo. Além disso, o profissional deve explicar que as bebidas açucaradas (como os refrigerantes e os sucos industrializados) e as bebidas com cafeína (café, chá preto e chá mate) não substituem a água, dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes e devem ser evitadas durante o período de gestação para favorecer o controle de peso.
- Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho) e tubérculos, como as batatas e raízes, como mandioca/macaxeira/aipim. É importante que dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois – além do fato de que são fontes de carboidratos – são ainda boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.

Os cereais são os alimentos que representam as fontes de energia mais importantes da nossa alimentação e devem estar em maior quantidade nas refeições. É necessário incentivar o consumo de cereais na sua forma mais natural (integral), pois oferecem maior quantidade de fibras, que auxiliam a regularizar o funcionamento intestinal. Farinha integral, pão integral, aveia e linhaça são alguns exemplos de alimentos integrais.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a distribuir as seis porções recomendadas desse grupo de alimentos em todas as refeições e os lanches do dia. Sugira que, nas refeições principais, a gestante preencha metade do seu prato com esses alimentos. Se ela for adolescente, a quantidade de porções que deve ser consumida poderá ser diferente. Gestantes adolescentes precisam de mais energia e nutrientes para garantir o próprio crescimento físico e o seu desenvolvimento, além de preparar o seu organismo para a amamentação. Portanto, o profissional de saúde deve acompanhar e orientar a gestante adolescente quanto às suas necessidades.

A seguir, são apresentados alguns exemplos de porções de alimentos do grupo dos cereais, dos tubérculos e das raízes:

- Arroz, pães, massas, batata e mandioca = deve-se consumir seis porções ao dia (uma porção = 150kcal).

Quadro 1 – Porções diárias do grupo de cereais, tubérculos e raízes

Alimentos	1 porção equivale a:
Arroz branco cozido	4 colheres de sopa
Batata cozida	1 unidade e meia
Biscoito tipo "*cream cracke*r"	5 unidades
Bolo de milho	1 fatia
Cereais matinais	1 xícara de chá
Farinha de mandioca	2 colheres de sopa
Inhame cozido/amassado	3 colheres e meia de sopa
Macarrão cozido	3 colheres e meia de sopa
Mandioca/macaxeira/aipim cozido	4 colheres de sopa
Milho verde em espiga	1 espiga grande
Pão de forma tradicional	2 fatias
Pão francês	1 unidade
Purê de batata	3 colheres de sopa

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

Deve-se procurar consumir diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e nos lanches.

O incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras deve ser uma prática constante do profissional de saúde na atenção à saúde da gestante. Tais alimentos são ótimas fontes de vitaminas, minerais e fibras e, no caso das gestantes, são essenciais para a formação saudável do feto e a proteção da saúde materna. Por isso, deve-se recomendar que os citados alimentos estejam presentes em todas as refeições e lanches do dia.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Montar um prato colorido e variar os tipos de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana, considerando a disponibilidade de alimentos regionais;
- Consumir hortaliças verde-escuras (por exemplo: couve, brócolis, agrião, taioba, rúcula) e outros alimentos coloridos, como mamão, abóbora, cenoura, laranja, acerola, tomate, caju, pitanga, pêssego, manga, jabuticaba e ameixa;
- Dar preferência a frutas, legumes e verduras crus para obter mais fibras em sua alimentação;
- Lavar em água corrente as frutas, os legumes e as verduras e colocá-los de molho por dez minutos, em água clorada, utilizando produto adequado para este fim (deve-se ler o rótulo da embalagem), na diluição de uma colher de sopa do produto para cada litro de água. Depois, é necessário enxaguar o alimento em água corrente;
- Beber sucos naturais de frutas feitos na hora, pois são melhores fontes de nutrientes. No caso da polpa congelada, ela perde alguns nutrientes, mas ainda é uma opção melhor do que os sucos artificiais, em pó ou em caixinha, e aqueles industrializados, ricos em açúcar, como os néctares de fruta.

A seguir, são apresentados alguns exemplos de porções para o referido grupo de alimentos:

- Verduras e legumes = deve-se consumir três porções ao dia (uma porção = 15kcal).

Quadro 2 – Porção diária do grupo de verduras e legumes

Alimentos	1 porção equivale a:
Abóbora cozida	1 colher e meia de sopa
Alface	15 folhas
Berinjela cozida	2 colheres de sopa
Beterraba crua ralada	2 colheres de sopa
Brócolis cozido	4 colheres e meia de sopa
Cenoura crua (picada)	1 colher de servir
Chuchu cozido	2 colheres e meia de sopa
Espinafre cozido	2 colheres e meia de sopa
Jiló cozido	1 colher e meia de sopa
Pepino picado	4 colheres de sopa
Quiabo picado	2 colheres de sopa
Repolho branco cru (picado)	6 colheres de sopa
Rúcula	15 folhas
Tomate comum	4 fatias

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

- Frutas = deve-se consumir três porções ao dia (uma porção = 70kcal).

Quadro 3 – Porção diária do grupo de frutas

Alimentos	1 porção equivale a:
Abacaxi	1 fatia
Ameixa preta seca	3 unidades
Banana prata	1 unidade
Caqui	1 unidade
Goiaba	Meia unidade
Laranja-pêra	1 unidade
Maçã	1 unidade
Mamão-papaia	Meia unidade
Melancia	2 fatias
Salada de frutas (banana, maçã, laranja, mamão)	Meia xícara de chá
Suco de laranja (puro)	Meio copo de requeijão

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

Deve-se comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes na semana. Este prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e é excelente para a saúde.

Quanto à recomendação para a ingestão desses alimentos, deve-se consumir uma parte de feijão para duas partes de arroz cozido. É interessante incentivar que a gestante varie os tipos de feijão usados de acordo com a disponibilidade regional (preto, da colônia, carioquinha, verde, de corda, mulatinho, fradinho, andu, branco e outros) e as formas de preparo, mas evitando o uso de carnes gordas e salgadas ou embutidos, pois elevam a quantidade de gorduras e sal na alimentação.

É importante lembrar que o feijão não é o único alimento do grupo das leguminosas. Logo, o profissional de saúde pode orientar a gestante quanto ao consumo de outros tipos de alimentos desse grupo, como a soja, o grão-de-bico e a lentilha, que podem ser usados no preparo de saladas frias (sempre deve-se considerar o contexto em que a gestante está inserida).

A seguir, apresentamos alguns exemplos de porções para este grupo:

- Feijões = deve-se consumir uma porção ao dia (uma porção = 55kcal).

Quadro 4 – Porção diária do grupo de feijões

Alimentos	1 porção equivale a:
Feijão cozido (50% de caldo)	1 concha
Lentilha cozida	2 colheres de sopa
Soja cozida	1 colher de servir

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

Outra orientação que pode ser feita é a respeito do consumo de sementes (de girassol, gergelim, abóbora e outras) e castanhas (do Brasil, de caju, nozes, amendoim, amêndoas e outras). Tais alimentos são fontes de proteínas e de gorduras de boa qualidade. Ao recomendar o seu consumo, o profissional de saúde deve se lembrar de que é melhor comer as sementes sem sal e, se for preciso, assadas.

Deve-se consumir diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. É necessário retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando tais alimentos mais saudáveis.

Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação. Carnes, aves, peixes e ovos fazem parte de uma alimentação nutritiva e são ricos em proteínas de boa qualidade.

Alguns exemplos de porções para estes dois grupos de alimentos são apresentados a seguir:

- Leites, queijos, iogurtes = deve-se consumir três porções ao dia (uma porção = 120kcal).

Quadro 5 – Porção diária de leites, queijos e iogurtes

Alimentos	1 porção equivale a:
Iogurte desnatado de frutas	1 pote
Iogurte integral natural	1 copo de requeijão
Leite tipo C	1 copo de requeijão
Queijo tipo minas frescal	1 fatia grande
Queijo tipo muçarela	3 fatias

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

- Carnes, peixes e ovos = deve-se consumir uma porção ao dia (uma porção = 190kcal).

Quadro 6 – Porção diária de carnes, peixes e ovos

Alimentos	1 porção equivale a:
Bife grelhado	1 unidade
Carne assada	1 fatia pequena
Filé de frango grelhado	1 unidade
Omelete simples	1 unidade
Peixe espada cozido	1 porção

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Evitar acrescentar café ou achocolatado ao leite, pois tais alimentos também reduzem o aproveitamento do cálcio do leite. Recomende o consumo de leite e derivados nas formas integrais, caso não haja orientação contrária do nutricionista ou de outro profissional de saúde.
- Consumir mais peixes e frangos e sempre preferir as carnes magras, retirando a pele e a gordura visível. Estimule o consumo de peixe fresco pelo menos duas vezes por semana. Tanto os de água doce como os de água salgada são saudáveis.
- Evitar carnes cruas ou mal passadas, porque podem transmitir doenças, como verminose, entre outras. Deve-se orientá-la sempre para um adequado preparo desses alimentos.
- Diminuir o consumo de gorduras. Deve-se consumir, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Além disso, ela deve ficar atenta aos rótulos dos alimentos e preferir aqueles livres de gorduras trans.

O consumo excessivo de alimentos fontes de gorduras está associado ao surgimento de obesidade, pressão alta e outras doenças do coração. Portanto, deve-se sempre recomendar a redução desses tipos de alimentos.

A seguir, encontram-se exemplos de porções deste grupo de alimentos:

- Óleos e gorduras = deve-se consumir uma porção ao dia (uma porção = 73kcal).

Quadro 7 – Porção diária de óleos e gorduras

Alimentos	1 porção equivale a:
Óleo vegetal	1 colher de sopa
Azeite de oliva	1 colher de sopa
Manteiga	Meia colher de sopa
Margarina vegetal	Meia colher de sopa

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Reduzir para, no máximo, uma vez por semana o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura visível, embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto, mortadela), queijos amarelos, salgadinhos, chocolates e sorvetes.
- Saber também que alimentos com pequena quantidade de gordura contribuem para reduzir o desconforto das náuseas e dos vômitos.
- Usar óleos vegetais (de soja, canola, girassol, milho ou algodão) em vez de margarina, gordura vegetal, manteiga ou banha para cozinhar.
- Ter atenção à quantidade: uma lata de óleo por mês é suficiente para uma família de quatro pessoas. Além disso, no lugar das frituras, deve-se preferir preparações assadas, cozidas, ensopadas e grelhadas.
- Dar preferência ao azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade. Deve-se evitar usá-lo para cozinhar, pois o azeite perde sua qualidade nutricional quando aquecido.
- Evitar refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia.

O consumo frequente e em grande quantidade de sobremesas doces aumenta o risco de complicações na gestação, como excesso de peso, obesidade, diabetes gestacional e pressão alta, que prejudicam o adequado crescimento do feto. Além disso, o excesso de açúcar está relacionado ao surgimento das cáries dentárias. Por isso, o profissional de saúde deve sempre recomendar a redução desses alimentos e sugerir opções mais saudáveis, como as frutas.

O quadro a seguir apresenta exemplos de porções desse grupo de alimentos:

- Açúcares e doces = deve-se consumir no máximo uma porção ao dia (uma porção = 110kcal).

Quadro 8 – Porção diária de açúcares e doces

Alimentos	1 porção equivale a:
Açúcar cristal	1 colher de sopa
Geleia de frutas	1 colher de sopa

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Preferir consumir frutas como sobremesa. Além de saborosas, são opções de alimentos mais saudáveis e ricos em vitaminas e minerais.
- Consumir no máximo uma porção por dia, caso deseje consumir açúcares e doces. É importante que sejam citados os riscos relacionados ao consumo destes alimentos para a saúde da gestante e do feto, a fim de alertar a gestante quanto à importância do seu autocuidado à saúde.
- Valorizar o sabor natural dos alimentos e das bebidas, evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles.

- Evitar, na gravidez, refrigerantes e sucos industrializados, porque contêm corantes artificiais, aromatizantes e açúcar. O uso de adoçantes durante a gestação deve ser reservado para as mulheres que precisam controlar o ganho de peso e para as diabéticas. Para estes casos, o profissional de saúde deve fornecer as informações necessárias sobre o uso de adoçantes.

- Diminuir a quantidade de sal na comida e retirar o saleiro da mesa. Deve-se evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.

A quantidade de sal por dia deve ser de, no máximo, uma colher de chá rasa (5g), por pessoa, distribuída em todas as refeições. O consumo excessivo de sódio (presente no sal de cozinha e em alimentos industrializados) aumenta o risco de pressão alta, doenças do coração e rins, além de causar ou agravar o edema comum na gravidez. A maioria das mortes maternas no Brasil ocorre por complicações da pressão alta durante a gravidez.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Utilizar temperos naturais, como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal.

- Ler o rótulo, ao comprar produtos industrializados, e escolher aqueles com menor quantidade de sódio. Deve lembrar que o sal também pode apresentar-se na lista de ingredientes com o nome de cloreto de sódio.

- Utilizar somente sal iodado. O iodo é um importante mineral para o corpo humano e, por isso, recomenda-se o uso do sal iodado. Deve-se evitar o uso de sal destinado ao consumo animal, porque este sal não tem iodo. A falta do citado mineral durante a gestação está associada a uma série de riscos, como aborto, baixo peso da criança ao nascer, retardamento mental e físico ou risco de apresentar dificuldades de aprendizado.

- Em casa, guardar o sal sempre em local fresco e ventilado, longe do calor do sol, do forno ou fogão.

- Para evitar a anemia, consumir diariamente alimentos que são fontes de ferro, como carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais e castanhas, entre outros. Deve-se consumir, juntamente com esses alimentos, aqueles que são fontes de vitamina C, como acerola, laranja, caju e limão, entre outros.

A anemia é uma doença causada, principalmente, pela ingestão insuficiente de ferro. Na gestação, está associada ao maior risco de morte tanto para a mãe quanto para a criança, além de parto prematuro, baixo peso ao nascer e o surgimento de infecções. Para evitar a anemia, a gestante deve consumir diariamente alimentos de origem animal e vegetal ricos em ferro (BRASIL, 2004g).

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Consumir diariamente alimentos de origem animal ricos em ferro, tais como: carnes em geral, vísceras (fígado, coração, moela), entre outros. Deve consumir também os alimentos de origem vegetal: feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras (por exemplo: brócolis, couve, espinafre, rúcula e taioba), grãos integrais, nozes e castanhas, goiaba, carambola, mangaba, açaí, entre outros.

- Procurar o serviço de saúde do seu município, a partir da 20ª semana de gestação e até o 3º mês pós-parto, para receber a suplementação de ferro preventiva. Ela também deve ser informada de que as farinhas de trigo e milho comercializadas no Brasil são enriquecidas com ferro e ácido fólico, para ajudar na prevenção e no controle da anemia.
- Manter o ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Deve ainda praticar, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física, além de evitar as bebidas alcoólicas e o fumo.

O ferro nos alimentos de origem animal é absorvido de forma melhor pelo organismo do que o ferro dos alimentos vegetais. Para aproveitar melhor o ferro dos alimentos de origem vegetal, a gestante deve consumir, logo após as refeições, meio copo de suco de fruta natural ou a própria fruta que seja fonte de vitamina C, como acerola, laranja, caju e limão, entre outras.

É essencial que o nutricionista ou outro profissional de saúde acompanhe a evolução do peso da gestante, durante o pré-natal, e que incentive que a própria gestante também faça seu acompanhamento por meio do Cartão da Gestante. De uma forma geral, recomenda-se que: (i) as gestantes que iniciaram a gravidez com baixo peso ganhem entre 12,5kg e 18kg; (ii) as que iniciaram a gravidez com peso normal ganhem entre 11,5kg e 16kg; (iii) as que iniciaram a gravidez com sobrepeso ganhem entre 7kg e 11,5kg; e (iv) as que iniciaram a gravidez com obesidade ganhem entre 5kg e 9kg durante todo o período gestacional. A adequação do ganho de peso saudável durante a gravidez deve ser feita por um profissional de saúde durante as consultas do pré-natal[4].

O excesso de peso materno é fator de risco para diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e outros problemas circulatórios. Além disso, está relacionado ao nascimento prematuro, a defeitos no sistema nervoso da criança e ao aumento de partos cesáreos.

A alimentação saudável, a atividade física e a prática corporal regular são aliadas fundamentais no controle do peso, na redução do risco de doenças e na melhoria da qualidade de vida. As práticas corporais agregam diversas formas de o ser humano se manifestar por meio do corpo e contemplam, além das modalidades esportivas conhecidas e das caminhadas, o *tai chi chuan*, o *lian gong*, a *ioga*, entre outras.

O incentivo, a orientação e a promoção da alimentação saudável, da atividade física e das práticas corporais no âmbito da atenção básica da saúde da gestante devem ser ações constantes do profissional de saúde, a fim de tornar o dia a dia da gestante mais ativo.

É importante lembrar à gestante que, além de uma alimentação saudável e da prática corporal/atividade física regular, ela deve evitar o fumo e o consumo de álcool, pois são hábitos prejudiciais para a sua saúde e o crescimento do feto e que aumentam o risco de nascimento prematuro.

5.8 Controle da pressão arterial (PA)

Os *guidelines* recomendam a medida da PA em todas as consultas de pré-natal (grau de recomendação C).

[4] Para mais informações sobre a avaliação nutricional da gestante, consulte os protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), disponíveis na página: <http://nutricao.saude.gov.br>.

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação a partir dos seguintes parâmetros:

- A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. Este conceito é mais simples e preciso. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff.
- 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, representa um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns. Entretanto, apresenta alto índice de falsos positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

A *hipertensão arterial sistêmica* (HAS) na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- Pré-eclâmpsia: caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas;
- Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;
- Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas;
- Hipertensão arterial sistêmica crônica: é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto;
- Hipertensão gestacional: caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após o parto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão).

As alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. Nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo.

I. Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial:

- Preparo da paciente:

1. Explique o procedimento à gestante e a deixe em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Ela deve ser instruída a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

2. Certifique-se de que ela não:

- está com a bexiga cheia;

- praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;

- ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;

- fumou nos 30 minutos anteriores.

3. Posicionamento da gestante: ela deve estar na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (no nível do ponto médio do esterno ou no 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. A PA também pode ser medida no braço esquerdo, na posição de decúbito lateral esquerdo, em repouso, e a gestante não deve diferir da posição sentada.

Para a medida propriamente, após certificar-se de que o esfigmomanômetro esteja calibrado:

1. Obtenha a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida, selecione o manguito de tamanho adequado ao braço.

2. Coloque o manguito, sem deixar folgas, a 2 ou 3cm acima da fossa cubital.

3. Centralize o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.

4. Estime o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.

5. Palpe a artéria braquial na fossa cubital e coloque a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.

6. Infle rapidamente o equipamento até ultrapassar 20 a 30mmHg do nível estimado da pressão sistólica obtido pela palpação.

7. Proceda à deflação lentamente (velocidade de 2mmHg por segundo).

8. Determine a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e depois aumente ligeiramente a velocidade de deflação.

9. Determine a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).

10. Ausculte cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som, para confirmar seu desaparecimento, e depois proceda à deflação rápida e completa.

11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determine a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anote os valores da sistólica/diastólica/zero.

12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora este aspecto seja controverso.

13. Informe os valores de pressões arteriais obtidos para a paciente.

14. Anote os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço em que a pressão arterial foi medida.

II. Conduta conforme a medida da pressão arterial:

Quadro 9 – Avaliação da pressão arterial em gestantes

Achados	Condutas
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Manutenção dos mesmos níveis de PA.	Níveis tensionais normais: • Mantenha o calendário habitual; • Cuide da alimentação; • Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA desconhecidos antes da gestação: Valores da pressão < 140/90mmHg.	Considere o aumento dos níveis tensionais em relação aos níveis anteriores à gestação: • Diminua a ingestão de sal; • Aumente a ingestão hídrica. • Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Aumento da PA, mantendo nível < 140/90mmHg.	Sinal de alerta: • Diminua a ingestão de sal; • Aumente a ingestão hídrica; • Pratique atividade física regularmente. • Agende controles mais próximos.
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores da PA > 140/90mmHg e < 160/110, sem sintomas e sem ganho ponderal maior do que 500g semanais.	Considere HAS na gestação: • Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG); • Realize proteinúria (teste rápido); • A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gravidez gemelar, mola hidatiforme; • Solicite ultrassonografia, se possível; • Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da gestante para o serviço de alto risco.
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores de PA > 140/90mmHg, proteinúria (teste rápido) positiva e/ou com sintomas clínicos (cefaleia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, porém com níveis de PA > 160/110mmHg.	Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave: • Deve-se referir imediatamente a gestante ao pré-natal de alto risco e/ou à unidade de referência hospitalar.
Paciente com hipertensão arterial crônica, moderada ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva.	Paciente de risco: • Deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

Fonte: Brasil, 2005e.

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

5.9 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.

(Grau de recomendação B)

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 (este 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-se identificar os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.

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

Técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold):

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos (grau de recomendação B):

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

Manobras de palpação:

Figura 2 – Manobras de palpação

1° tempo



2° tempo



3° tempo



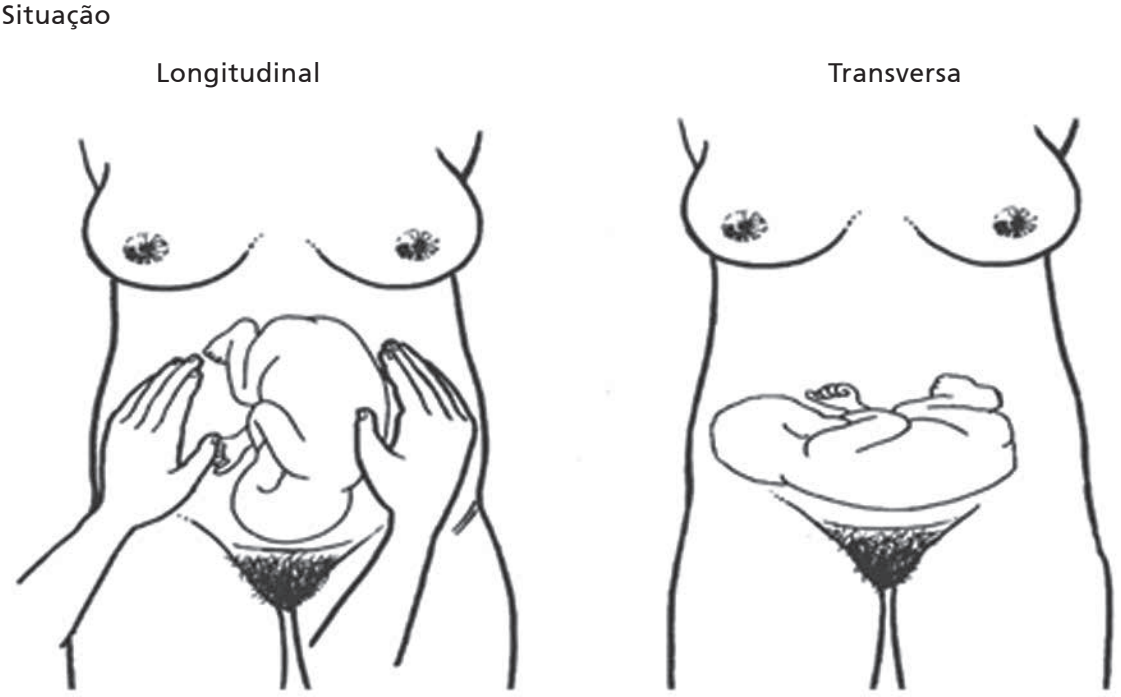
4° tempo



Fonte: (BRASIL, 2005e).

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.

Figura 3 – Manobras de palpação da situação fetal



Fonte: (BRASIL, 2005e).

Figura 4 – Tipos de apresentação fetal



Fonte: (BRASIL, 2005e).

A situação transversa e a apresentação pélvica, ao final da gestação, podem significar risco no momento do parto. Nestas condições, a mulher deve ser referida para a unidade hospitalar de referência que tenha condições de atender caso de distócia.

5.9.1 Medida da altura uterina (AU)

Objetivo:

Visa ao acompanhamento do crescimento fetal e à detecção precoce de alterações. Use como indicador a medida da altura uterina e sua relação com o número de semanas de gestação (grau de recomendação B).

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 (grau de recomendação B).

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).

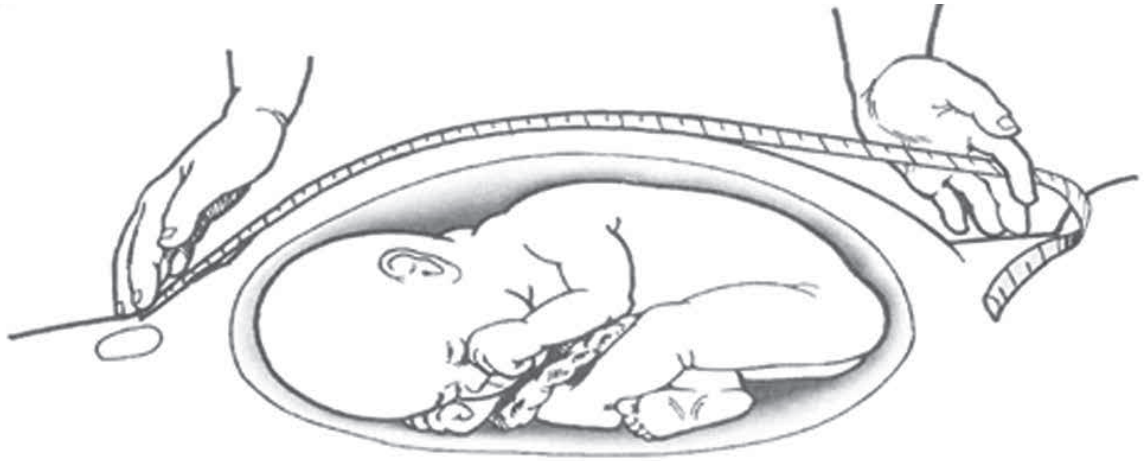
Representação do indicador por meio de gráfico constituído de duas linhas: a inferior representa o percentil 10, e a superior, o percentil 90.

O resultado estará adequado quando estiver contido entre as duas linhas: excessivo (acima do percentil 90) e deficiente (abaixo do percentil 10).

I. Técnica para medida da altura uterina:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
- Delimite a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Por meio da palpação, procure corrigir a comum dextroversão uterina;
- Fixe a extremidade inicial (0cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio.
- Deslize a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão;
- Proceda à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;
- Anote a medida (em centímetros) na ficha e no cartão e marque o ponto na curva da altura uterina.

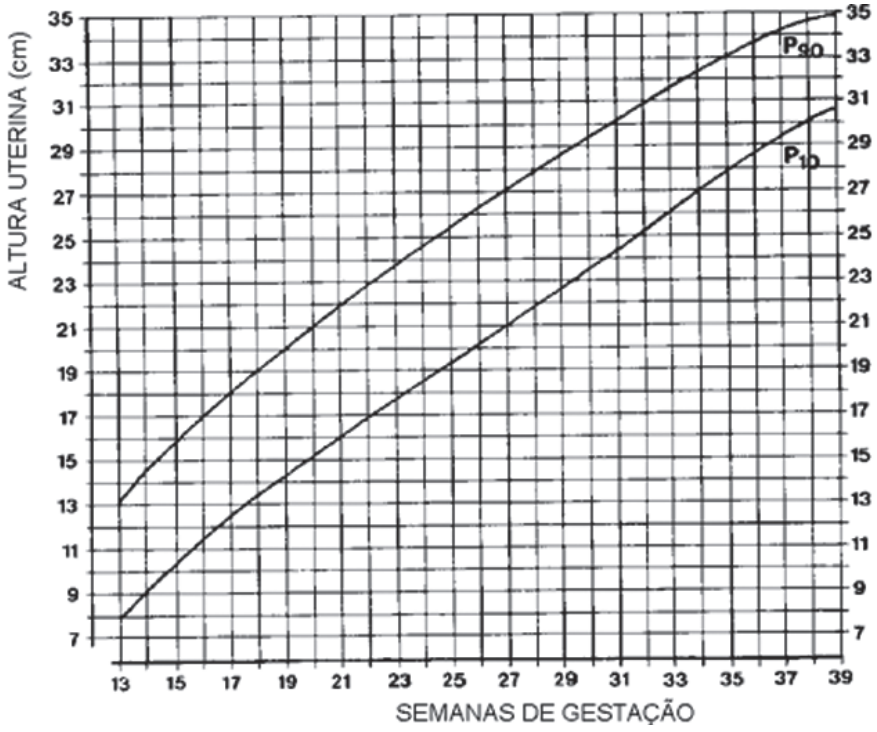
Figura 5 – Medida da altura uterina



Fonte: (BRASIL, 2005e).

O útero aumenta seu tamanho com a idade gestacional (veja o diagnóstico da gravidez e a determinação da idade gestacional). Foram desenvolvidas curvas de altura uterina em função da idade gestacional, nas quais os percentis 10 e 90 marcam os limites da normalidade.

Gráfico 5 – Altura uterina vs. semanas de gestação



Fonte: (BRASIL, 2000).

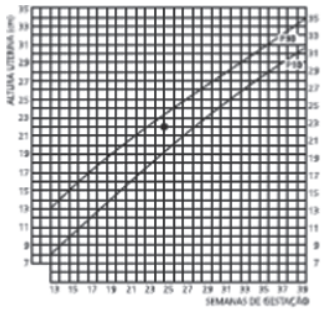
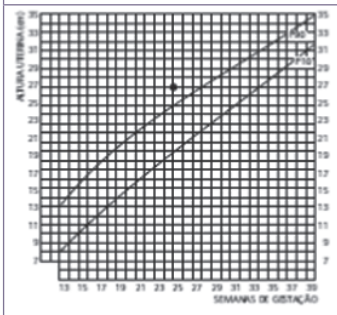
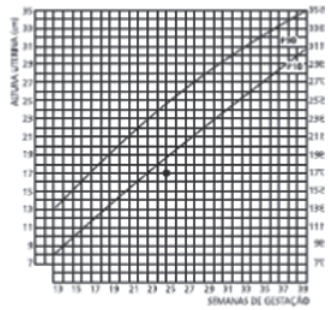
Quando os dados da amenorreia são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligoâmnio, a medida da altura uterina permite diagnosticar o crescimento intrauterino retardado com uma sensibilidade de 56% e uma especificidade de 91%.

A sensibilidade da altura uterina para o diagnóstico de macrossomia fetal é de 92% e sua especificidade 72%, uma vez que tenham sido excluídos a gravidez gemelar, os polidrâmnios e a miomatose uterina.

Existem diferentes métodos de medida que oferecem valores diferentes; por isso, é imprescindível normalizar a forma de medir e utilizar padrões normais de referência que tenham sido elaborados com a mesma técnica (BRASIL, 2000b).

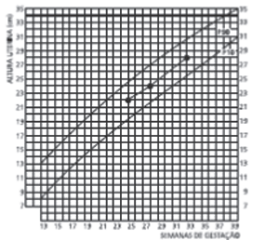
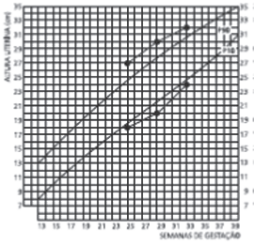
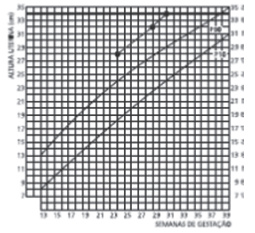
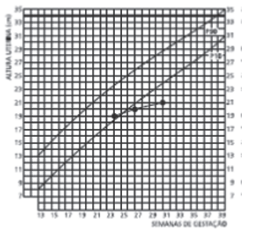
II. Interpretação do traçado obtido e condutas:

Tabela 4 – Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

Gráfico	Ponto	Conduta
	Entre as curvas inferiores e superiores.	Siga o calendário de atendimento de rotina.
	Acima da curva superior.	Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gestação gemelar, mola hidatiforme. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.
	Abaixo da curva inferior.	Atente para a possibilidade de erro de cálculo da IG. A gestante deve ser vista pelo médico da unidade para se avaliar a possibilidade de feto morto, oligoidrâmnio, ou restrição de crescimento intrauterino. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

Tabela 5 – Consultas subsequentes, avaliação do traçado

Gráfico	Traçado	Interpretação	Conduta
	Evoluindo entre as curvas superiores.	Crescimento normal.	Siga o calendário de atendimento de rotina.
	Evoluindo acima da curva superior (a) ou abaixo da curva inferior (b) com a mesma inclinação destas.	É possível que a IG seja maior (a) ou menor (b) do que a estimada.	Encaminhe a gestante à consulta médica para: 1. confirmar tipo de curva; 2. confirmar a IG, se possível com USG; 3. referir a paciente ao PN de alto risco, na suspeita de desvio do crescimento.
	Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior do que esta.	É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia ou outra situação.	É necessário referir a paciente ao pré-natal de alto risco. Se possível, solicite USG.
	Evoluindo com inclinação persistentemente menor do que a curva inferior.	Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, há provável restrição do crescimento.	É necessário referir a paciente ao pré-natal de alto risco.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

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

5.9.2 Ausculta dos batimentos cardiofetais

Objetivo:

Constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação, ou com Pinard, após 20 semanas (grau de recomendação C).

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

Observação: após uma contração uterina, a movimentação fetal ou o estímulo mecânico sobre o útero, um aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade. Por outro lado, uma desaceleração ou a não alteração da frequência cardíaca fetal, concomitante a estes eventos, é sinal de alerta, o que requer aplicação de metodologia para avaliação da vitalidade fetal. Nestes casos, recomenda-se referir a gestante para um nível de maior complexidade ou à maternidade.

I. Técnica para ausculta dos batimentos cardiofetais:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Identifique 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;
- Segure o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal;
- Encoste o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio;
- Faça, com a cabeça, leve pressão sobre o estetoscópio e, só então, retire a mão que segura o tubo;
- Quando disponível, utilize o sonar *doppler*;
- Procure o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;
- Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;
- Conte os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo;
- Registre os BCF na ficha perinatal e no Cartão da Gestante;
- Avalie resultados da ausculta dos BCF.

Figura 6 – Técnica de ausculta dos BCF – Pinard



Fonte: (BRASIL, 2005e).

Quadro 10 – Avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

Achado	Conduta
BCF não audíveis com estetoscópio de Pinard, quando a idade gestacional for igual ou maior do que 24 semanas.	Alerta: Verifique o erro de estimativa da idade gestacional. Afaste as condições que prejudiquem uma boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal. Mantenha o calendário mínimo de consulta, se houver percepção materna e constatação objetiva de movimentos fetais e/ou se o útero estiver crescendo. Agende consulta médica ou faça a referência da paciente para o serviço de maior complexidade, se a mãe não mais perceber movimentação fetal e/ou se o crescimento uterino estiver estacionário.
Bradicardia e taquicardia.	Sinal de alerta: Afaste a febre e/ou recomende o uso de medicamentos pela mãe. Deve-se suspeitar de sofrimento fetal. O médico da unidade de saúde deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhe a gestante para o serviço de maior complexidade ou para o pronto-atendimento obstétrico.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

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

O *kit* da UBS, contemplado na Rede Cegonha, conta com sonar, fita métrica, gestograma, caderno de atenção básica (CAB) pré□natal e balança de adulto.

Em UBS com até 3 EAB/ESF, será disponibilizado um sonar. Em UBS com mais de 3 EAB/ESF, estará disponível um sonar para cada equipe. O *kit* da UBS será doado pelo MS a todos os municípios do País, independentemente da adesão à Rede Cegonha.

5.9.3 Registro dos movimentos fetais

Objetivo:

Avaliação clínica do bem-estar fetal na gravidez a partir da 34ª semana gestacional (grau de recomendação C).

A presença de movimentos do feto sempre se correlacionou como sinal e constatação de vida; todavia, o monitoramento 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 frequentes, podendo ser confundidos pela gestante com outros fenômenos, como o peristaltismo. Gradativamente, à medida que prossegue a integração do sistema nervoso central com o sistema muscular do feto, os movimentos tornam-se rítmicos, fortes e contínuos. O ritmo da atividade fetal pode sofrer interferência tanto de fatores endógenos (como a presença de insuficiência placentária, isoimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas) quanto de fatores exógenos (como a atividade materna excessiva, o uso de medicamentos sedativos, álcool e nicotina, entre outros).

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

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 da 34ª semana gestacional. Existem vários métodos descritos (Cf. BRASIL, 2010d). O método a seguir é recomendado por sua praticidade.

5.9.3.1 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:

- Escolha um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;
- Alimente-se previamente ao início do registro;
- Sente-se com a mão sobre o abdome;
- Registre os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro.

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

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.

1º Alimente-se antes de começar o registro;

2º Fique em posição semi-sentada, com a mão no abdome;

3º Marque o horário de início;

4º Registre seis movimentos e marque o horário do último;

5º Se, em uma hora, o bebê não se mexer seis vezes, pare de contar os movimentos. Repita o registro. Se persistir a diminuição, procure a unidade de saúde.

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

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

Fonte: (BRASIL, 2005e).

Obs.: A rotina de avaliação da movimentação fetal não deve ser recomendada (grau de recomendação A). Não existem parâmetros na literatura médica para quantificar a normalidade dos movimentos fetais. A movimentação deve ser valorizada de acordo com a situação clínica de cada paciente. Há evidências contrárias à realização da cardiotocografia anteparto em gestações de baixo risco (em torno de 50% de falsos positivos).

5.9.4 Teste do estímulo sonoro simplificado (Tess)

1. Material necessário:

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

2. Técnica:

- Coloque a mulher em decúbito dorsal com a cabeceira elevada (posição de Fowler);
- Palpe o polo cefálico;
- Ausculte os BCF por quatro períodos de 15 segundos e calcule a média (obs.: a gestante não deve estar com contração uterina);
- Realize o estímulo sonoro, colocando a buzina sobre o polo cefálico fetal com ligeira compressão sobre o abdome materno (aplique o estímulo entre três e cinco segundos ininterruptos). Durante a realização do estímulo, deve-se observar o abdome materno, procurando identificar movimentos fetais visíveis;
- Imediatamente após o estímulo, repita a ausculta dos BCF por novos quatro períodos de 15 segundos e refaça 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 abdome 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. Faça a referência da paciente para um serviço especializado no atendimento à gestante ou um pronto-atendimento obstétrico.

5.9.5 Verificação da presença de edema

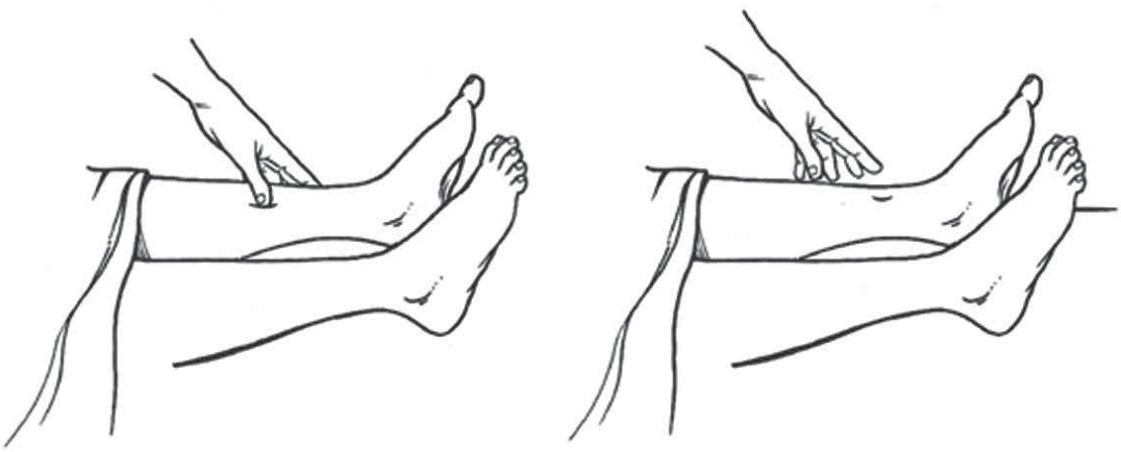
Objetivo:

Detectar precocemente a ocorrência de edema patológico (grau de recomendação C).

Nos membros inferiores:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressione a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial). O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.

Figura 7 – Técnica de palpação de edema maleolar

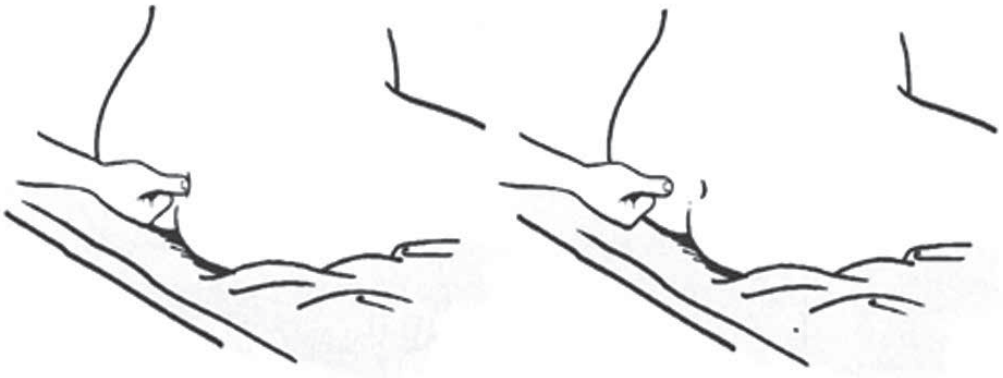


Fonte: (BRASIL, 2005e).

Na região sacra:

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

Figura 8 – Técnica de palpação de edema lombar



Fonte: (BRASIL, 2005e).

Na face e nos membros superiores, identifique a presença de edema pela inspeção.

A presença de edema ocorre em 80% das gestantes e ele é pouco sensível e específico para o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Quadro 11 – Avaliação da presença de edema

Achados	Anote	Condutas
Edema ausente.	-	Acompanhe a gestante, seguindo o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+)	Verifique se o edema está relacionado à postura, ao fim do dia, ao aumento da temperatura ou ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.	(++)	Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogue a gestante sobre os movimentos fetais. Marque retorno em sete dias, na ausência de sintomas. A gestante deve ser avaliada e acompanhada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de rotina. Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco. Se houver presença de proteinúria, veja a conduta específica (tabela 9).

continua

continuação

Achados	Anote	Condutas
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+++)	Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. A gestante 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 (tromboflebite, TVP). A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

5.9.6 Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica

O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7° mês.

Exame ginecológico:

- Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal;
- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia;
- Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia;
- Coleta de material para exame colpocitopatológico;
- Realize o teste das aminas, quando necessário (KOH a 10%);
- Toque bimanual: avalie as condições do colo uterino (permeabilidade), o volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais.

Coleta do material para exame colpocitopatológico

A coleta do material do colo do útero para exame colpocitopatológico deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice. A coleta da parte interna, a endocérvice, não deve ser realizada nas gestantes. Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa do colo por meio de uma espátula de madeira (espátula de Ayre)[5].

[5] Um detalhamento da técnica de coleta pode ser encontrado nas referências: Brasil, 2006f.

Conduta frente ao resultado:

- Citologia normal ou citologia inflamatória: oriente a usuária a realizar o controle anual;
- Citologia com NIC I (neoplasia intra-epitelial cervical), displasia leve: as alterações de diferenciação celular se limitam ao terço do epitélio de revestimento da cérvice, sendo praticamente unânime a presença do efeito citopático compatível com o vírus do papiloma humano (HPV). Em casos de NIC I, deverá ser repetida citologia após seis meses.
- NIC II e III, displasia moderada e displasia intensa ou carcinoma *in situ*, respectivamente: atualmente, estas lesões são colocadas no mesmo patamar biológico e são chamadas de lesões de alto grau. Alterações como estas devem ser encaminhadas ao Centro de Referência em Saúde da Mulher.
- Carcinoma escamoso invasivo: trata-se de células escamosas com grande variação de forma e alterações celulares como as descritas anteriormente. Necessita de comprovação histopatológica.
- Adenocarcinoma *in situ* ou invasivo: representa alterações celulares semelhantes às descritas anteriormente, mas detectadas nas células glandulares do colo do útero.

É mínimo o risco da progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor durante o período gestacional. Já a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta (69%). Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a mesma conduta recomendada para as mulheres não grávidas na unidade básica de saúde.

No centro de referência regional, o objetivo principal é afastar a possibilidade de lesão invasora. Confirmada a invasão pela biópsia, a paciente deverá ser encaminhada à unidade de assistência de alta complexidade (Unacon) ou ao centro de assistência de alta complexidade em oncologia (Cacon).

A conduta obstétrica, em princípio, para resolução da gravidez, não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos, citopatológicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão ou obstrução do canal do parto.

Após o parto, as reavaliações colposcópica e citopatológica deverão ser realizadas, entre seis e oito semanas, em um centro de referência regional.

5.9.7 Exame clínico das mamas

O exame clínico das mamas é realizado com a finalidade de se detectar anormalidades nas mamas e/ou avaliar sintomas referidos pelas gestantes para, assim, identificar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução.

É também uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre: (i) o câncer de mama, seus sintomas, seus fatores de risco e sua detecção precoce; (ii) sobre a composição e a variabilidade da mama normal; e (iii) sobre a importância do aleitamento materno para a criança, para a própria gestante e para a família e a sociedade, pois nesta fase a mulher e sua família estão mais atentas e dispostas a receber informações e realizar atividades de promoção e prevenção à sua saúde.

Algumas orientações relacionadas ao cuidado com as mamas para o aleitamento podem ser enfatizadas:

- Sugere-se o uso de sutiã durante a gestação;
- Sugerem-se banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas) ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância;
- É desaconselhável o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo;
- É contraindicada a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro.

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

- À inspeção estática e dinâmica: identifique visualmente achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas, assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura e no padrão de circulação venosa.
- À palpação: consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele etc[6].

5.9.8 O preparo das mamas para a amamentação

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

Levando-se em conta que a mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, entende-se que o preparo para a amamentação deva ser iniciado ainda no período de gravidez. No caso de gestante adolescente, é importante que a abordagem seja sistemática e diferenciada, porque a jovem está 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, a criança, a família e a comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo da amamentação.

Vantagens da amamentação:

Para a mulher:

- Fortalece o vínculo afetivo;
- Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia;

[6] Outros detalhes sobre a técnica para o ECM podem ser encontrados nas referências: BRASIL, 2006f. Achados anormais requerem encaminhamento da gestante ao Centro de Referência Regional em Saúde da Mulher.

- Contribui para o retorno ao peso normal;
- Contribui para o aumento do intervalo entre gestações.

Para a criança:

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

Para a família e a sociedade:

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

Manejo da amamentação:

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

Posição:

É importante respeitar a escolha da mulher, pois ela deverá se sentir confortável e relaxada. 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 para, assim, facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da 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. Deste modo, é possível garantir a retirada adequada de leite do peito, capaz de proporcionar conforto para a mulher e o adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

Preparando as mamas para o aleitamento:

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

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.

Vale ressaltar que a amamentação é contraindicada para gestantes infectadas pelo HIV e pelo HTLV, pelo risco de transmissão do vírus da mãe para o bebê (BRASIL, 2009a).

5.9.9 Exames complementares de rotina e condutas

No quadro a seguir está descrito um roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de baixo risco, de acordo com a idade gestacional.

Quadro 12 – Roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de baixo risco

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo)

continua

continuação

Período	Exames
3° trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)

Fonte: Brasil, 2005e.

Segundo as evidências científicas disponíveis, o rastreamento de condições clínicas pode ser ou não recomendado rotineiramente durante o pré-natal:

- Vaginose bacteriana assintomática: não deve ser oferecido, pois as evidências sugerem que a identificação e o tratamento dessa condição não diminuem o risco de parto prematuro e outros problemas reprodutivos (grau de recomendação A);
- *Chlamydia trachomatis* assintomática: não deve ser realizado, porque não há evidência suficiente da sua efetividade e do custo/efetividade (grau de recomendação A);
- *Cytomegalovirus*: a evidência disponível não embasa o rastreamento de rotina;
- *Estreptococcus* do grupo B: não deve ser realizado, pois a evidência de sua efetividade clínica permanece incerta (grau de recomendação A);
- Vírus da hepatite C: não há evidência suficiente da sua efetividade como rastreamento de rotina (grau de recomendação C). Deve ser solicitado em situações especiais de alto risco, como uso de drogas injetáveis e/ou parceiro usuário, transfusões de sangue ou múltiplos parceiros de um ou de ambos;
- Vírus da hepatite B: o rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas, porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão mãe-filho (grau de recomendação A). Deve-se solicitar o rastreamento na primeira consulta (grau de recomendação A) – pois se o resultado for negativo e não houver história de vacinação prévia recomenda-se a vacinação – e no terceiro trimestre;
- HIV (A): deve ser oferecido na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal, porque as intervenções podem reduzir a transmissão materno-fetal (grau de recomendação A);
- Rubéola: deve ser oferecido para identificar mulheres em risco de contrair infecção e possibilitar vacinação no período pós-natal, protegendo gestações futuras (grau de recomendação B);
- Sífilis: é recomendado na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal. Se o resultado for positivo, recomenda-se tratamento imediato, já que o tratamento durante a gestação é benéfico para a mãe e para o feto (grau de recomendação B);
- Ecografia obstétrica: poderá ser solicitada para a gestante quando houver impossibilidade de determinação da idade gestacional correta e na presença de intercorrências clínicas ou

obstétricas, assim como detecção precoce de gestações múltiplas e retardo de crescimento intrauterino. Existem evidências de que sua realização poderá detectar malformações fetais não suspeitas. Embora seja um exame muito útil em diversas situações, na ausência de uma indicação específica, é bastante discutida a sua solicitação. Além disso, não existem dados até o momento que suportem sua recomendação como rotina. De igual forma, não há evidência da sua efetividade na redução da morbimortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A). Se for solicitada, na ausência de indicações específicas, a época ideal seria em torno de 16 a 20 semanas de gestação, quando podemos detectar malformações fetais e calcular a idade gestacional (grau de recomendação A).

5.9.10 Condutas diante dos resultados dos exames complementares de rotina

Quadro 13 – Condutas diante dos resultados dos exames complementares de rotina

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

continua

continuação

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Sorologia para sífilis (lues)	VDRL positivo	Trate a gestante e seu parceiro. Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega). Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI. Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI. Realize exame mensal para controle de cura.
	VDRL negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

continua

continuação

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Urina tipo I e urocultura	Proteinúria	"Traços": repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco. "Traços" e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. "Maciça": é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Piúria/bacteriúria/ leucocitúria Cultura positiva (> 105 col/ml)	Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma. Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento. Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.
	Hematúria	Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior. Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.
	Cilindrúria	É necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Outros elementos	Não necessitam de condutas especiais.

continua

continuação

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: • Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; • Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Glicemia em jejum	85 – 119mg/dl	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.
	> 110mg/dl	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional.
TTGO 75g (2h)	Jejum < 110mg/dl 2h < 140mg/dl	Teste negativo.
	Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl	DM gestacional.
Proteinúria (teste rápido)		

continua

continuação

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Teste rápido diagnóstico para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	TR negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
Sorologia para HIV	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita o exame no 3º trimestre.
Sorologia para hepatite B	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência.
	Teste negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

5.9.11 Prescrição de suplementos alimentares

- Ferro e folato: a suplementação rotineira de ferro e folato parece prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e no puerpério. Existem poucas informações em relação a outros parâmetros de avaliação da mãe e de seu recém-nascido (grau de recomendação A). O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, criado por meio da Portaria MS nº 730, de 13 de maio de 2005, recomenda a suplementação de 40mg/dia de ferro elementar (200mg de sulfato ferroso). Orienta-se que a ingestão seja realizada uma hora antes das refeições. A suplementação de ferro deve ser mantida no pós-parto e no pós-aborto por 3 meses;
- Folato peri-concepcional: tem forte efeito protetor contra defeitos abertos do tubo neural. Deve ser usado rotineiramente pelo menos dois meses antes e nos dois primeiros meses da gestação. Esta informação deve ser difundida por programas educacionais de saúde. Mulheres que tiveram fetos ou neonatos com defeitos abertos do tubo neural têm que usar folato continuamente se ainda desejam engravidar (grau de recomendação A);
- Piridoxina (vitamina B6): não há evidências para indicá-la como suplemento na gravidez, embora os resultados de um trabalho sugiram que seu uso pode ter efeito protetor em relação ao esmalte dentário (grau de recomendação A);
- Cálcio: seu uso parece ser benéfico em mulheres que apresentam alto risco de desenvolver hipertensão na gestação e naquelas que têm baixa ingestão de cálcio. Novas investigações

são necessárias para a definição da melhor dose a ser utilizada na gestação (grau de recomendação A);

- Zinco: não existem evidências suficientes para avaliar os efeitos do seu uso na gravidez. Os possíveis efeitos benéficos sobre a prevenção do trabalho de parto prematuro necessitam de novas avaliações (grau de recomendação A);
- Proteínas: a suplementação balanceada parece melhorar o crescimento fetal e reduzir os riscos de morte fetal e neonatal. As evidências são insuficientes para afirmar se existem outras vantagens potenciais (grau de recomendação A).

5.9.11.1 Suplementação de vitamina A

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

O Programa de Suplementação de Vitamina A acontece em todos os Estados da Região Nordeste e nos municípios do Estado de Minas Gerais (no Norte do Estado e nos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri), pois são áreas consideradas endêmicas para a deficiência de vitamina A.

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

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

5.9.12 Vacinação na gestação

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados (raiva humana e influenza, por exemplo), de bactérias mortas, toxoides (tetânico e diftérico) e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos (hepatite B, por exemplo) acarrete qualquer risco para o feto. A seguir estão as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, para a vacinação das gestantes.

5.9.12.1 Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)

A vacina dT é indicada para a proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal.

Gestante não vacinada e/ou com situação vacinal desconhecida:

Deve-se iniciar o esquema o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional. No esquema recomendado constam três doses, podendo ser adotado um dos esquemas da tabela 7.

Para os vacinados anteriormente com 3 (três) doses das vacinas DTP, DT ou dT, deve-se administrar reforço dez anos após a data da última dose. Em caso de gravidez e ferimentos graves, deve-se antecipar a dose de reforço, sendo a última dose administrada a mais de 5 (cinco) anos. A última dose deve ser administrada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Diante de um acaso suspeito de difteria, deve-se avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados, deve-se iniciar esquema com três doses. Nos comunicantes com esquema incompleto de vacinação, este deve ser completado. Nos comunicantes vacinados que receberam a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço.

Tabela 7 – Esquema de vacinação de dT

1ª dose	2ª dose	3ª dose
Precoce	30 a 60 dias depois da 1ª dose	30 a 60 dias depois da 2ª dose
Precoce	60 dias depois da 1ª dose	60 dias depois da 2ª dose

Fonte: (BRASIL, 2001a).

Gestante vacinada:

Gestante sem nenhuma dose registrada: inicie o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.

Gestante com esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses): em qualquer período gestacional, deve-se completar o esquema de três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias entre elas.

Gestante com menos de 3 doses registradas: complete as 3 doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.

Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais) e última dose há menos de cinco anos: não é necessário vaciná-la.

Gestante com esquema completo (3 doses ou mais) e última dose administrada há mais de cinco anos e menos de 10 anos: deve-se administrar uma dose de reforço tão logo seja possível, independentemente do período gestacional.

Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos: aplique uma dose de reforço.

Contraindicações:

A vacina está contraindicada nas seguintes situações:

- Ocorrência de hipersensibilidade após o recebimento de dose anterior;
- História de hipersensibilidade aos componentes de qualquer um dos produtos;

- História de choque anafilático após administração da vacina;
- Síndrome de Guillain-Barré nas seis semanas após a vacinação anterior contra difteria e/ou tétano.

Eventos adversos

Manifestações locais:

- Dor, vermelhidão e edema são frequentes.

Manifestação sistêmica:

Febre, cefaleia, irritabilidade, sonolência, perda do apetite e vômito. Com menos frequência podem ocorrer anafilaxia e a síndrome de Guillan Barré, que são extremamente raras.

5.9.12.2 Vacina contra influenza (fragmentada)

A vacina contra a influenza é recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional. O PNI disponibiliza esta vacina na rede pública de saúde a todas as gestantes durante a campanha anual contra influenza sazonal. O esquema consta de uma dose no período da campanha.

Esta recomendação se deve ao ocorrido anteriormente durante a epidemia de influenza sazonal, no decorrer de pandemias anteriores e quando houve pandemia de influenza A (H1N1), em 2009, ocasiões em que a gravidez representou um risco ampliado para as mulheres saudáveis, sendo as gestantes consideradas de alto risco para a morbidade e a mortalidade, o que reforçou a necessidade de vacinação.

Contraindicações:

A vacina contra influenza sazonal não deve ser administrada em:

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

5.9.12.3 Vacinação contra hepatite B (recombinante)

Por considerar os riscos da gestante não vacinada de contrair a doença e de haver transmissão vertical, o PNI reforça a importância de que a gestante receba a vacina contra a hepatite B após o primeiro trimestre de gestação, independentemente da faixa etária. O esquema desta vacina deve ser seguido conforme os calendários de vacinação do adolescente e do adulto.

A seguir, destaca-se a recomendação de acordo com a situação apresentada:

- Gestantes com esquema incompleto (1 ou 2 doses): deve-se completar o esquema.
- Gestantes com esquema completo: não se deve vaciná-las.

Quadro 14 – Vacinação de rotina para gestantes

Imunobiológico	Recomendação	Esquema
Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não se perder a oportunidade de vacinação. Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.
Vacina contra influenza (fragmentada)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Dose única durante a Campanha Anual contra Influenza.
Vacina contra hepatite B	Gestantes após o primeiro trimestre de gestação.	Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.

Fonte: (BRASIL, 2001a).

Para a prevenção da transmissão vertical, no caso de recém-nascido de mãe sabidamente positiva para a hepatite B, é fundamental a administração precoce da vacina contra hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas, bem como da imunoglobulina humana específica (IGHB - 0,5mL). A vacina deve ser utilizada mesmo que a imunoglobulina não esteja disponível.

Além da vacina, é necessária a administração da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) em recém-nascido de mãe sabidamente positiva para a hepatite B.

5.9.12.4 Vacina contra raiva humana

Em situações de pós-exposição, a vacina contra raiva humana não é contraindicada durante a gestação. Na pré-exposição, a gestante também pode ser vacinada. Entretanto, devido ao risco da ocorrência de eventos adversos, é preferível que ela receba a vacina somente se não puder evitar as situações de possível exposição ao vírus rábico[7].

5.9.12.5 Vacina contra febre amarela (atenuada)

Na rotina do serviço de vacinação, a gestante não deve receber a vacina contra febre amarela. Entretanto, em situações de surto, se a gestante reside ou vai se deslocar para área com

[7] A gestante deve seguir o esquema recomendado para situações de pré ou pós-exposição, conforme orientação do Manual de Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana, 2011.

recomendação de vacinação para febre amarela, ela deve ser vacinada se o risco de adoecer for maior do que o risco de receber a vacina.

É importante ressaltar que as lactantes que amamentam crianças menores de seis meses de idade também não devem ser vacinadas.

Observações gerais:

As vacinas virais vivas que contêm os componentes do sarampo, da rubéola, da caxumba e da febre amarela não são recomendadas em situações normais. Contudo, quando for alto o risco de ocorrer a infecção natural pelos agentes dessas doenças (viagens a áreas endêmicas ou vigência de surtos ou epidemias), deve-se avaliar cada situação, sendo válido optar-se pela vacinação quando o benefício for considerado maior do que o possível risco.

Após a vacinação com tríplice viral, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), apenas por precaução. Entretanto, se a mulher engravidar antes desse prazo ou se houver administração inadvertida durante a gestação, não se justifica o aborto em nenhum desses casos, por se tratar apenas de risco teórico. A gestante deverá ser acompanhada pelo serviço de saúde.

Gestante suscetível que tenha contato com varicela deve receber a imunoglobulina humana antivaricela-zoster (IGHVAZ).

5.10 Aspectos psicoafetivos da gestação e do puerpério

A integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que, juntamente com a universalidade do acesso, a equidade das ofertas em saúde e a participação da comunidade, modificam os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. De acordo com este princípio, o sujeito passa a ser percebido de forma integral (não fragmentada) e ocorre a incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras. Dessa forma, a atenção à gestante, à puérpera e à criança deve ser concebida de forma integral, indissociada das questões físicas, emocionais, de seu contexto familiar, comunitário e de relações sociais.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS), atua ativamente no pré-natal e nas consultas de puerpério, tendo papel importante no cuidado integral à gestante, à dupla mãe-bebê e para a inserção do pai (ou companheiro) e da família nessa atenção.

Ressalta-se que as expressões *família*, *companheiro* e *pai* serão entendidas neste texto de forma ampliada, levando-se em consideração as diferentes formas existentes de organização familiar. Lembra-se ainda que, para compreender a família em sua complexidade, é importante suspender os conceitos fechados, lineares e prontos, os quais tendem a reduzir tal concepção.

Para auxiliar a qualificação das ações de pré-natal e puerpério, tendo como foco a atenção integral, este capítulo abordará aspectos emocionais que estão presentes durante a gestação, o parto e o puerpério. Busca-se auxiliar os profissionais das equipes de atenção primária na compreensão desses aspectos, bem como auxiliar na detecção precoce de situações de sofrimento psíquico, principalmente no puerpério, e subsidiar o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e tratamento em saúde mental.

5.10.1 Aspectos fundamentais da atenção integral no pré-natal e no puerpério

O compromisso das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) em relação à saúde integral no pré-natal e no puerpério envolve várias ações, desde a atenção à mulher que deseja engravidar, o cuidado no pré-natal, o cuidado após o parto, ao recém- nascido, à mãe, ao pai ou companheiro e à família (incluindo aqui filhos mais velhos que precisam de atenção, devendo ser preparados para a chegada do bebê, além do apoio dos avós, da família extensa etc.). O foco baseado somente nos aspectos físicos não é suficiente. A compreensão dos processos psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal deve ser potencializada na escuta e abordagem das equipes.

Neste sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua integralidade, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos, a sua família, o ambiente em que vive, se possui rede de apoio social e emocional, estabelecendo uma relação próxima e valorizando a singularidade de cada pessoa, contexto e situação. Muitos dos sintomas físicos manifestados pela gestante podem estar encobrindo questões emocionais, ansiedades e medos que muitas vezes não são percebidos pela mulher. Sendo assim, é fundamental a sensibilidade do profissional para entender o que está ocorrendo com cada gestante.

Por isso, em vez de fazer uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, é importante permitir que a mulher fale de si. Esta maneira de abordar é chamada de "abordagem centrada na pessoa", que se contrapõe à abordagem centrada na doença. Significa buscar a compreensão da pessoa como um todo, em seu contexto de vida, o que inclui considerar aspectos que envolvem família, trabalho, crenças, dificuldades e potencialidades. Esta forma de atuação requer a valorização da relação estabelecida entre o profissional e as pessoas assistidas.

Para se obter um plano de cuidado resolutivo, é importante buscar a concordância entre os sujeitos dessa relação no que se refere aos objetivos da atenção, às prioridades, à natureza dos problemas e às responsabilidades (do profissional e da pessoa sob atenção). Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber *o que* e *como* dizer, pois essa habilidade é crucial para uma atenção adequada. De igual forma, a aptidão de escutar o outro pressupõe a capacidade de silenciar. Uma escuta qualificada é aquela feita de presença e atenção, livre de preconceitos. A escuta atenta e livre auxiliará o estabelecimento da confiança, que é necessária para o vínculo (RESSÉGUIER, 1988).

Além disso, é importante resgatar os significados essenciais das ações que são executadas cotidianamente pelos profissionais de saúde e que são, muitas vezes, banalizadas a ponto de se tornarem mecânicas. Romper com a abordagem puramente biológica requer que o profissional de saúde transcenda o mecanicismo das condutas diagnósticas e terapêuticas biologicistas e resgate os significados essenciais que essas ações possuem. Por exemplo, nos procedimentos de pré-natal e puericultura que implicam tocar/examinar o corpo das pessoas, é preciso lembrar que o que se faz é uma espécie de escuta do corpo, que também deve ser atenta e respeitosa.

Outra habilidade importante a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde é a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade das outras pessoas, mesmo quando não se teve as mesmas experiências. Uma presença sensível transmite serenidade e confiança, favorece a criação do vínculo e a corresponsabilidade.

5.10.2 Aspectos emocionais da gestação

Atualmente, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são reconhecidos. A maioria dos estudos converge para a ideia de que são períodos de grandes transformações psíquicas, o que requer escuta e atenção qualificada por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

A gravidez é considerada, no ciclo vital da mulher, um período de transição, assim como são os períodos da adolescência e do climatério. Durante a gestação ocorrem importantes mudanças metabólicas, época em que a mulher sente-se em estado temporário de instabilidade emocional. Neste período, ela vivencia novas adaptações e reorganizações interpessoais e intrapsíquicas, assim como a perspectiva de mudança no papel familiar e social, pois – além de mulher e filha – ela passa a se perceber e a ser vista como mãe (no caso da primeira gestação) e, quando multípara, surgem novas mudanças, com a chegada de outros filhos. A mudança de papéis também pode ser observada no homem, uma vez que a paternidade é considerada como uma transição no desenvolvimento emocional (MALDONADO, 1986).

As transições demarcam a mudança de um período de vida para outro. São marcos importantes na vida de cada pessoa, pois envolvem transformações significativas, reorganizações e aprendizagens. As experiências de ter um filho, iniciar a vida profissional, casar-se, descasar-se, aposentar-se e entrar na menopausa representam exemplos de situações de transição (MALDONADO, 1986).

Também é importante ressaltar os fatores socioeconômicos na saúde mental da gestante. Numa sociedade em que, principalmente nas áreas urbanas, a mulher trabalha fora de casa, é responsável pelo orçamento familiar e mantém interesses diversos (profissionais, sociais etc.), o fato de ter um filho acarreta consequências bastante significativas, o que pode gerar o sentimento de ambivalência entre ser mãe e não ser. A preocupação com o futuro pessoal e do filho pode gerar apreensão, raiva e medo, o que dificulta a sensação de gratificação com a gravidez (MALDONADO, 1986).

Um dos temores que acompanha grande parte das gestantes está associado às alterações do esquema corporal: o medo da irreversibilidade, ou seja, a dificuldade de acreditar que as várias partes do corpo têm a capacidade de voltar ao estado anterior à gravidez. Este temor, quando extremo, pode significar um medo que a gestante tem de se transformar em outra pessoa, não mais conseguindo recuperar a sua identidade antiga. A maioria das gestantes, também, demonstra-se muito sensível neste período, necessitando de maior atenção das pessoas ao seu redor. O afeto oferecido é importante para que ela se sinta mais segura e feliz com a gestação (MALDONADO, 1986).

A gravidez representa a possibilidade de uma mudança afetiva na mulher, permitindo seu crescimento emocional. Porém, alguns comportamentos e expectativas com o nascimento do bebê merecem atenção por parte dos profissionais de saúde, tais como a expectativa de que o recém-nascido preencha certas necessidades da mãe ou do companheiro, como evitar a solidão, satisfazer a carência de afeto, trazer a sensação de utilidade, ocupar o lugar de um ente falecido etc. De igual forma, a maneira como a mãe imagina seu bebê pode dar indícios de dificuldades na relação com a futura criança, como na situação de uma mãe que só consegue imaginar seu filho como uma criança mais velha, indicando que provavelmente terá dificuldade de cuidar do recém-nascido.

Em relação ao casamento, a gravidez também pode auxiliar na maior integração e no aprofundamento do relacionamento do casal, mas, por outro lado, pode também despertar ciúmes, sensação de abandono por parte do homem e até provocar rupturas no relacionamento (MALDONADO, 1986).

O nascimento do bebê fornece uma nova dimensão na vida dos pais, solicitando um comprometimento relacional e afetivo que eles vivenciam por intermédio da *parentalidade*. O termo parentalidade envolve a preparação para o processo de tornar-se pai e mãe e se autorredefine no tempo mediante a interação e a aprendizagem entre as gerações. O conceito de parentalidade contém a ideia da função parental e de parentesco, da história da origem do bebê e das gerações que precedem seu nascimento. Tornar-se mãe ou pai reaviva desejos antigos experimentados na infância em face de seus próprios pais, considerados como adultos "todo-poderosos" (DEBRAY, 1988). Significa ocupar o lugar de "pais" na cadeia de gerações, o que implica que se aceite, de certo modo, o caráter finito do tempo de vida, submetendo-se a esta lei da natureza que, quando o indivíduo se torna pai ou mãe, assinala o acesso à maturidade e anuncia, ao mesmo tempo, o futuro desaparecimento por intermédio da morte (THÉVENOT; NAOURI, 2004).

Sendo assim, os profissionais da Estratégia Saúde da Família devem ficar atentos aos aspectos psicoafetivos da gravidez, procurando identificar os sinais e sintomas que sugerem dificuldades em aceitar a gestação, expectativas e comportamentos em relação ao bebê, à maternidade e à paternidade. Além disso, é fundamental conhecer os aspectos emocionais que acompanham a maioria das gestantes, a fim de qualificar a atenção no pré-natal e no puerpério.

A seguir, serão listados alguns desses aspectos, tais como ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos. De igual forma, serão elencadas possíveis formas de abordá-los no espaço de interação do profissional com a gestante, buscando-se auxiliar o profissional na atenção durante o período gravídico-puerperal. A divisão por trimestre tem o objetivo de destacar as principais características de cada etapa e facilitar a conduta das equipes; porém, destaca-se que este processo não é estático, podendo algumas características se manifestar no decorrer de outros momentos da gestação.

Na primeira consulta de pré-natal:

Para algumas mulheres, a percepção da gravidez pode ocorrer antes da confirmação do exame clínico ou até mesmo antes da data que a menstruação deveria ocorrer. Mas há outras que somente confirmam a gravidez no quarto ou quinto mês, e os motivos podem ser os mais variados possíveis: ou porque têm pouca sintonia com seu corpo ou porque negam as mudanças corporais provocadas pela gestação ou porque têm histórias ginecológicas de amenorreias prolongadas ou porque confundem com menstruação os sangramentos eventuais do primeiro trimestre (MALDONADO, 1986).

A equipe de Saúde da Família possui papel importante na identificação e captação precoce dessas gestantes, devendo ficar alerta para sinais e sintomas que muitas vezes não são percebidos pelas próprias mulheres.

Ao procurar o profissional para a primeira consulta de pré-natal, pressupõe-se que a mulher já pôde sentir e refletir minimamente sobre o impacto de estar grávida. Nesse momento, já ocorreram reflexões quanto à possibilidade de dar continuidade ou não 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:

- Acolha a gestante e seu companheiro. O acolhimento pressupõe receber, escutar e tratar as pessoas com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas. O acolhimento implica, também, a responsabilização dos profissionais pela condução do cuidado e na corresponsabilização dos usuários pela sua saúde.
- Reconheça o estado normal de ambivalência com relação à gravidez. Toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos aparecem, razão pela qual é necessário compreender esta 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 este novo papel de forma satisfatória;
- Identifique as condições emocionais da gestação: se a gestante tem um companheiro, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família ou de amigos, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez, enfim, o contexto em que a gravidez ocorreu e suas repercussões na vida da gestante, de sua família e do seu entorno;
- Compreenda este estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;
- Perceba que a gestante pode estar buscando uma figura de apoio. Assim, o profissional passa a ser mais procurado às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas muito ameaçadoras para ela;
- Estabeleça uma relação de confiança e respeito mútuos;
- Proporcione espaço na consulta para a participação do(a) parceiro(a), para que ele(a) possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo a reflexão e o diálogo sobre as mudanças que ocorrerão com a chegada de um filho.
- Informe a gestante sobre seu direito ao acompanhante no pré-parto, no parto e no pós-parto e informe também a maternidade de referência, para que possam visitá-la. Isso os deixará mais tranquilos quanto à hora do parto.
- Compreenda que o processo de mudança na identidade e no papel ocorre também com o homem, porque a paternidade também é entendida como um processo de transição emocional e existencial.

E quando a gestante menciona que não deseja ter a criança e pensa em aborto? O que o profissional da Estratégia Saúde da Família pode fazer?

Primeiramente, é necessário estabelecer uma relação de confiança e, principalmente, respeitar o que está sendo dito. É fundamental escutar as razões, com atitude acolhedora e sem julgamentos morais, a fim de não afastar a gestante e aumentar seu sentimento de culpa e desamparo. É muito importante permitir que a grávida reflita sobre os motivos de não desejar a criança, para auxiliá-la a pensar sobre suas escolhas, ajudando-a a compreender as consequências do aborto em sua vida. A intervenção do profissional deve permitir que a gestante não tome uma atitude desesperada, com alguma solução que coloque sua vida e a do bebê em risco.

Em algumas situações, as equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental – por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – ou de outros profissionais de saúde mental do município, mas é importante acolher sempre a gestante que demonstrar essas ideias e vontades, não a deixando ir embora sem receber amparo.

Nas consultas subsequentes:

Dando-se continuidade ao pré-natal, observam-se, ao longo da gestação, algumas ansiedades, medos e sensações que acompanham a maioria das mulheres, questões emocionais que podem ser percebidas de acordo com o período gestacional.

Primeiro trimestre:

- Ambivalência (querer e não querer a gravidez).
- Momento de comunicação da gravidez ao(à) parceiro(a), aos familiares e amigos, o que tem repercussões variadas de acordo com o contexto em que ocorre a gravidez.
- Ansiedades e dúvidas sobre estar ou não grávida, uma vez que o feto não é concretamente sentido e as alterações corporais ainda são discretas.
- Medo de abortar.
- Oscilações do humor (aumento da irritabilidade, da vulnerabilidade e da sensibilidade).
- Instabilidade emocional.
- Primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, vômitos, sonolência, alterações na mama e cansaço.
- Desejos e aversões por determinados alimentos.
- Aumento do apetite.
- Ao final do primeiro trimestre, evidenciam-se as características de introspecção e passividade, que tendem a aumentar no decorrer da gravidez.

Segundo trimestre:

- As alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade. Mais comumente verifica-se a diminuição do desejo sexual. Em alguns casos, observa-se o aumento da satisfação sexual.
- Alteração da estrutura corporal, que, para a adolescente, tem uma repercussão ainda mais intensa.

- Percepção dos movimentos fetais e seu impacto (a presença do filho é concretamente sentida). Tal percepção gera alívio; caso contrário, pode provocar o temor de que algo esteja errado com sua gestação. Instalam-se mais decisivamente na mãe os sentimentos de personificação do feto, a partir de seus movimentos.
- A interpretação dos movimentos fetais constitui uma etapa da formação da relação mãe-bebê. Na fantasia da mãe, o feto começa a adquirir características peculiares e a se comunicar com ela por intermédio de seus movimentos.
- O companheiro também pode desejar sentir os movimentos fetais e comunicar-se com o bebê através da barriga da mãe. Quando isso ocorre, o feto já é incluído na dinâmica do relacionamento familiar.
- É o trimestre considerado mais estável do ponto de vista emocional.

Terceiro trimestre:

- As ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto e da mudança da rotina de vida após a chegada do bebê.
- Manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte).
- Aumentam as queixas físicas.
- Diminuição do desejo sexual.
- Maior facilidade de reviver antigas memórias e conflitos infantis da gestante com os próprios pais ou irmãos. O ressurgimento dessas vivências pode abrir a possibilidade de encontrar novas soluções e resolver conflitos antigos que poderiam interferir na relação mãe-bebê.

É importante que o profissional da Atenção Primária à Saúde:

- Evite o excesso de tecnicismo, estando atento, também, para as características comuns das diferentes etapas da gravidez, criando condições para a escuta acolhedora, em que os sentimentos bons e ruins possam aparecer;
- Identifique as pessoas que dão apoio à gestante;
- Fortaleça os grupos de casais e de gestantes. Estes são importantes para o suporte emocional, o esclarecimento de dúvidas e as orientações.
- Observe e respeite a diferença de significado da ecografia para a mãe e para o médico. Os pais geralmente relacionam a ecografia com as características e a personalidade do filho.
- Forneça, para alívio das ansiedades da mulher, orientações sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa, bem como sobre o pós-parto. Deve-se, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras e buscando observar o seu impacto em cada mulher;
- Prepare a gestante para o parto normal, ajudando a diminuir sua ansiedade e insegurança, assim como o medo do parto, da dor, de que o bebê nasça com problemas, entre outras questões emocionais;

- Estimule a presença do companheiro nas consultas de pré-natal, oferecendo escuta atenta aos seus anseios;
- Permita a expressão de crenças, sentimentos e emoções, conscientes e inconscientes, a respeito da gestação, do parto, da maternidade e da paternidade;
- Realize ações que enfoquem o fortalecimento da família e o desenvolvimento de projeto de vida, levando em consideração os sentidos atribuídos à gestação pela família e pela comunidade;
- Estimule a amamentação.

Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) podem auxiliar as equipes de Saúde da Família na atenção integral durante o pré-natal, participando de discussões de casos, momentos de educação permanente, consultas conjuntas, realização de grupos, visitas domiciliares, entre outras funções. Podem auxiliar também na identificação, no acolhimento e no atendimento às gestantes que apresentam sofrimento mental durante a gestação.

5.11 Queixas mais comuns na gestação

As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, patologias clínicas mais complexas. A maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

5.11.1 Náuseas, vômitos e tonturas

- Explique que tais sintomas são comuns no início da gestação;
- Oriente a gestante a: (i) consumir uma dieta fracionada (6 refeições leves ao dia); (ii) evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; (iii) evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; (iv) ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, como bolacha de água e sal; (v) ingerir alimentos gelados;
- Medicamentos: bromoprida, normoprida, dimenidrato, fenotiazinas, clorpromazina, levomepromazina, metoclopramida, associados ou não à vitamina B6;
- Agende consulta médica ou refira a gestante ao pré-natal de alto risco em caso de vômitos frequentes refratários às medidas citadas, pois podem provocar distúrbios metabólicos, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio (veja a conduta para hiperêmese gravídica).

5.11.2 Pirose (azia)

Oriente a gestante a:

- consumir dieta fracionada, evitando frituras;
- evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.

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

5.11.3 Sialorreia (salivação excessiva)

- Explique que é um sintoma comum no início da gestação;
- Oriente dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos;
- Oriente a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

5.11.4 Fraquezas e desmaios

- Oriente a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;
- Indique dieta fracionada, de forma que a gestante evite jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições;
- Explique à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

5.11.5 Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal

- Certifique-se de que não sejam contrações uterinas;
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados;

Se houver flatulências (gases) e/ou obstipação intestinal:

- Oriente dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;
- Recomende que a gestante aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;

- Recomende caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;

Eventualmente, prescreva:

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

Solicite exame parasitológico de fezes, se necessário.

5.11.6 Hemorroidas

Recomende à gestante:

- Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescreva supositórios de glicerina;
- Que não use papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) e faça higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação;
- Que faça banhos de vapor ou compressas mornas.

Agende consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

5.11.7 Corrimento vaginal

- Explique que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;
- Não prescreva cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal;
- Agende consulta se ocorrer fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido ou caso haja prurido. Nestes casos, veja as condutas mencionadas no Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-Aids/MS.

5.11.8 Queixas urinárias

- Explique que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação (devido ao aumento do útero e à compressão da bexiga). Mesmo sendo incômodo o aumento do número de micções, é de extrema importância incentivar a ingestão hídrica adequada;

- Agende consulta médica caso exista dor ao urinar ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.

5.11.9 Falta de ar e dificuldades para respirar

Tais sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero por compressão pulmonar, assim como por consequência da ansiedade da gestante.

- Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Ouça a gestante e converse sobre suas angústias, se for o caso;
- Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar, pois – embora seja pouco frequente – pode se tratar de um caso de doença cardíaca ou respiratória;
- Agende a consulta médica caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico.

5.11.10 Mastalgia (dor nas mamas)

- Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas;
- Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;
- Oriente a gestante sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez), que pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades.

5.11.11 Lombalgia (dor lombar)

Recomende que a gestante:

- faça a correção de sua postura ao se sentar e ao andar;
- use sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- faça a aplicação de calor local;
- eventualmente, a critério e por orientação médica, use analgésico (se não for contraindicado) por tempo limitado.

5.11.12 Cefaleia (dor de cabeça)

- Afaste as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se houver mais de 24 semanas de gestação);
- Converse com a gestante sobre suas tensões, seus conflitos e seus temores;
- Refira a gestante à consulta médica, se o sintoma persistir;
- Oriente a gestante quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.

5.11.13 Sangramento nas gengivas

- Recomende a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dentes macia;
- Oriente a realização de massagem na gengiva;
- Recomende o uso de fio dental;
- Agende atendimento odontológico sempre que possível.

5.11.14 Varizes

Recomende que a gestante:

- não permaneça muito tempo em pé ou sentada;
- repouse (por 20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
- não use roupas muito justas e nem ligas nas pernas;
- se possível, utilize meia-calça elástica para gestante.

5.11.15 Câimbras

Recomende que a gestante:

- massageie o músculo contraído e dolorido e aplique calor local;
- evite o excesso de exercícios;
- realize alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas longas, assim como na ocasião da crise álgica e quando for repousar.

5.11.16 Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)

- Explique que é uma ocorrência comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto;
- Recomende que a gestante não exponha o próprio rosto diretamente ao sol e que use protetor solar.

5.11.17 Estrias

Explique que são resultantes da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentam cor arroxeada, tendem com o tempo a ficar com uma cor semelhante à da pele.

Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de preveni-las.

5.12 Situações especiais na gestação

5.12.1 Gestação múltipla

É a gravidez que ocorre com a presença de dois ou mais fetos.

A prevalência mundial de gestação múltipla é de 10:1000 partos, com ampla variação local.

A gestação múltipla é associada a taxas mais altas de quase todas as complicações da gravidez, com exceção de macrossomia e pós-datismo.

O risco mais grave é de nascimento prematuro, que é o fator de maior impacto na mortalidade perinatal e morbidade a curto e longo prazos. Altas taxas de malformações fetais e restrição de crescimento também são importantes nos gemelares. Até 48% dos bebês decorrentes de gestações gemelares nascem antes das 34 semanas, em comparação com 9,7% dos bebês que são frutos de gestações únicas.

A gestação múltipla relaciona-se com:

- maior idade materna (entre os 15 e os 35 anos, há um aumento de mais de quatro vezes);
- a raça negra;

- multiparidade;
- história familiar (pelo lado materno);
- frequência maior de relações sexuais;
- técnicas de indução da ovulação ou de fertilização assistida.

A mortalidade perinatal é maior do que a habitual e aumenta em proporção direta ao número de fetos. É devida, principalmente, à prematuridade e à restrição do crescimento fetal e, secundariamente, à presença de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão etc. A ampliação do risco materno de mortalidade perinatal se deve, também, ao aparecimento mais frequente de hiperêmese, trabalho de parto prematuro, síndromes hipertensivas, anemia, quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas etc.

5.12.1.1 Diagnóstico

Somente o ultrassom propicia o diagnóstico de certeza. Entretanto, pode-se suspeitar de gêmeos quando há fatores de risco na anamnese e no exame físico, como história familiar positiva, hiperêmese gravídica, níveis muito elevados de Beta-HCG, altura uterina maior do que a idade gestacional e ausculta de mais de um foco de batimentos cardíacos fetais (BCF). Embora as evidências não recomendem ultrassom em gestações de baixo risco, já que não há evidências de melhores resultados perinatais, há estudos que evidenciam que um significativo número de gestações gemelares (38% em 15 mil gestantes) não é reconhecido até as 26 semanas (quando o ultrassom de rotina não é realizado no segundo trimestre) e até 13% não é reconhecido até o parto. Talvez os achados dos estudos que avaliaram o uso rotineiro de ecografia se devam ao fato de haver um pequeno número de gestações gemelares. Há uma lacuna em relação aos protocolos de seguimento de gestações múltiplas. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (Acog) recomenda o exame de ultrassom somente se houver suspeita clínica, como o aumento da altura uterina em relação à idade gestacional.

5.12.1.2 Nutrição

- Deve-se acrescentar 300 calorias a mais do que nas gestações únicas e 600 em relação às não gestantes. Estes valores representam o percentil 25 e 75 de ganho de peso para gestantes que tiveram bebês com no mínimo 2.500g.
- BMI < 18,5kg/m^2 (baixo peso): não há dados disponíveis suficientes para se fazer recomendações.
- BMI 18,5 para 24,9kg/m^2 (normal): aumento de 16,8 a 24,5kg.
- BMI 25,0 para 29,9kg/m^2 (sobrepeso): aumento de 14,1 a 22,7kg.
- BMI ≥ 30,0kg/m^2 (obesa): aumento de 11,4 a 19,1kg.
- Dieta ou suplementação de vitaminas: ferro (60mg/dia) e ácido fólico (1000mg/dia).

5.12.1.3 Prognóstico da gestação

O principal fator é a corionicidade, ou seja, a separação ou o compartilhamento da mesma placenta. Gêmeos monozigóticos, porém dicoriônicos, têm mortalidade semelhante à constatada para os dizigóticos. Já os monocoriônicos têm mortalidade 3 a 4 vezes maior.

As gestações gemelares dicoriônicas e diamnióticas não complicadas por outras complicações obstétricas podem ser acompanhadas em pré-natal de baixo risco (4) . As monocoriônicas devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco devido às maiores complicações e à mortalidade perinatal.

5.12.1.4 Complicações da gestação gemelar

Perda precoce e tardia dos fetos:

- O aborto espontâneo de um dos fetos ocorre em até 27% das gestações diagnosticadas precocemente como gemelares (antes das 7 semanas). Já em ambos os sacos gestacionais, ocorre em 9%.
- Perda fetal tardia e mortalidade infantil: a mortalidade infantil em gêmeos é 5 vezes maior do que em gestações únicas (37 *versus* 7 por 1.000 nascidos vivos).
- Com a morte de um feto em idade gestacional mais avançada, há maiores riscos de coagulação intravascular disseminada, retardo de crescimento intrauterino e paralisia cerebral do feto sobrevivente.
- O aumento da mortalidade perinatal decorre principalmente da prematuridade, sendo cerca de 6 vezes maior do que nas gestações únicas.
- Nos monocoriônicos há uma complicação adicional, que é a síndrome da transfusão feto-fetal e feto acárdico. Assim, a mortalidade em monocoriônicos, independentemente da zigosidade, é 3 a 4 vezes maior.
- Malformações fetais: são 2 vezes mais frequentes em relação às gestações únicas e ainda maior nas monocoriônicas. Podem ser concordantes (em ambos os fetos) em torno de 10% das dicoriônicas e em 20% das monocoriônicas. O polidrâmnio associado à malformação é mais frequente do que em gestações únicas.
- Prematuridade: as taxas de nascimento prematuro em gemelares variam de 25 a 75%.
- Medidas do comprimento do colo uterino: medidas abaixo de 25mm são preditivas de maior risco de parto antes de 28 semanas. Entretanto, o valor preditivo positivo é baixo. O valor preditivo negativo para nascimentos antes de 32 semanas em colos com mais de 20mm é de 94% entre 21 e 24 semanas.
- Não há evidências de que a ecografia de rotina para medidas do comprimento de colo uterino possam prevenir nascimentos prematuros em gestações gemelares.
- Não há evidências para uso de progesterona, repouso, hospitalização, circlagem e tocolíticos (em gestantes assintomáticas) para prevenir a prematuridade.
- Uso de corticoides para acelerar a maturidade fetal: deve-se usar da mesma forma do que em gestações únicas, ou seja, quando há risco iminente de parto prematuro.
- Crescimento intrauterino restrito: também é uma importante causa de aumento da mortalidade perinatal.

Complicações maternas:

- Doença hipertensiva da gestação e pré-eclâmpsia (são duas vezes mais comuns), pré-eclâmpsia severa, síndrome de Hellp, degeneração gordurosa do fígado, diabetes gestacional, descolamento prematuro de placenta, Puppp (*pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy*), colestase, anemia, hiperêmese gravídica e tromboembolismo.

Via de parto:

- Não há evidências suficientes que suportem a indicação de cesárea eletiva para gestações gemelares. A via de parto deve ser escolhida dependendo da apresentação fetal, da idade gestacional, da amniocidade e da presença ou ausência de outras indicações formais de cesárea.

5.12.2 Gravidez na adolescência

A adolescência é uma importante etapa do desenvolvimento do ser humano para atingir a maturidade biopsicossocial. É durante este período que 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 nas suas vidas, as transformações corporais, psicológicas e cognitivas trazidas pelo crescimento e desenvolvimento, até os valores, as normas culturais e as crenças da sociedade na qual estão inseridos.

É nesta fase que se iniciam os interesses pelas relações afetivas e sexuais e os momentos de "ficar", conhecer, namorar, descobrir novas sensações, sentimentos e, em muitos casos, vivenciar a primeira relação sexual. É neste período, portanto, que os(as) adolescentes precisam ter a oportunidade de receber informações e orientações sobre a sua saúde sexual e reprodutiva para que possam ter conhecimentos e recursos que permitam ajudá-los a se prevenir de uma gravidez não planejada e se proteger de doenças, como as sexualmente transmissíveis: DST/Aids, hepatites, entre outras.

Quando e por que acontece a gravidez na adolescência?

Não existe um único motivo para a gravidez na adolescência. As causas são múltiplas e estão relacionadas aos aspectos sociais, econômicos, pessoais, às condições materiais de vida, ao exercício da sexualidade, ao desejo da maternidade e às múltiplas relações de desigualdade que constituem a vida social e cultural em nosso País.

Além disso, a falta ou a inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos referentes às especificidades da adolescência, o baixo acesso aos serviços de saúde e a falta de comunicação com os pais são outros aspectos no contexto da gravidez. Embora a ocorrência da gestação na adolescência possa ser considerada como uma espécie de "evento-

problema", parece mais adequado entendê-la como um processo que pode resultar de uma multiplicidade de experiências de vida – razão pela qual ela pode assumir diferentes significados e ser também tratada de diferentes formas – e, por isso mesmo, pode apresentar diferentes desfechos.

O início cada vez mais precoce da puberdade e o decréscimo da idade da primeira menstruação são fatores que estão favorecendo o começo prematuro da idade reprodutiva de adolescentes. Aliadas a estes fatores estão também a facilidade das informações sobre assuntos relacionados à sexualidade na internet e na mídia, assim como a erotização precoce, favorecida pelos meios de comunicação. Segundo Heilborn (1998), as mudanças na sociedade brasileira diminuíram o valor moral que era dado à virgindade, sendo que a gravidez se tornou, então, uma 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.

Embora na última década o Brasil tenha conseguido reduzir em 30% o número de partos em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, a faixa etária de 10 a 15 anos permanece inalterada, apresentando o número de 27 mil partos a cada ano, o que representa 1% do total de partos no Brasil. Neste sentido, os serviços de saúde devem encorajar e promover um comportamento sexual e reprodutivo responsável e saudável para adolescentes, objetivando o seu bem-estar, a sua qualidade de vida e a elaboração e execução de seus projetos pessoais e profissionais.

O atendimento e a assistência à saúde aos adolescentes grávidos:

Adolescentes de ambos os sexos em situação de gravidez não devem ser tratados do mesmo modo que adultos por várias razões:

- Pela complexidade da situação, marcada pela dependência da família, pela falta de autonomia financeira e de espaço próprio, pelas dificuldades nas relações pessoais e sociais e por contextos de violência doméstica e urbana;
- Porque a família geralmente se constitui como um determinante central, exercendo forte pressão sobre as decisões sobre manter ou interromper a gravidez, sobre o processo de assistência, a relação conjugal e o estilo de vida do casal durante e, se for o caso, depois da gravidez e do parto;
- Pelas especificidades da própria faixa etária, em especial a compreendida entre os 10 e os 14 anos, que exige uma assistência à saúde diferenciada tanto para o pré-natal quanto para o parto, o puerpério e a contracepção;
- Por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, adolescentes de ambos os sexos podem apresentar pouca maturidade emocional para as decisões que devem ser tomadas no processo e para as mudanças advindas com a maternidade em condições como as descritas anteriormente.

Frequência de omissão ou negação do atraso menstrual e/ou a sua atividade sexual, trazendo queixas inespecíficas para a consulta, como dor abdominal, desmaios, sintomas gastrointestinais, até mesmo em caráter de consulta de urgência: deve-se ter muita cautela, a fim de criar um clima de segurança, privacidade e confiabilidade para a efetiva e adequada abordagem clínica, considerando-se a possibilidade de violência sexual.

Durante a assistência pré-natal, a equipe de saúde precisa ter a preocupação de orientar a adolescente sobre os aspectos específicos da gravidez, os hábitos saudáveis de nutrição, bem como sobre os cuidados que devem ser dispensados ao seu filho. Deve ser dada importância ao vínculo mãe/pai/filho, ao aleitamento materno, ao hábito de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do filho, à vacinação e à prevenção de acidentes na infância etc.

Para que a gravidez na adolescência transcorra sem maiores riscos, é importante que a captação para o início do pré-natal seja realizada o mais precocemente possível. Portanto, o momento do diagnóstico da gestação é de fundamental importância. A adolescente que chega à unidade de saúde com a suspeita de gravidez deve ser imediatamente acolhida por profissional de saúde sensibilizado. Este deve avaliar com a adolescente as expectativas quanto à possível gestação, seus medos e anseios, bem como suas reais possibilidades.

Questões que podem auxiliar o profissional de saúde na abordagem à adolescente:

- Ela tem vida sexual ativa?
- Usa algum método contraceptivo? De que forma?
- Tem atraso menstrual?
- Tem apresentado outros sinais ou sintomas, tais como: alteração das mamas, no abdome, náuseas, alteração do apetite?
- Há sinais de presunção de violência sexual?

A importância do teste imunológico de gravidez (TIG)

Para facilitar a captação precoce da adolescente gestante no pré-natal (no primeiro trimestre), deve-se ter disponível o TIG (teste imunológico de gravidez) instantâneo. Este teste com fita colorimétrica, realizado na presença da adolescente, evita o deslocamento da jovem para um laboratório e pode ser realizado por qualquer profissional de saúde qualificado. Desta forma, é possível, a partir do resultado, encaminhá-la ou admiti-la no pré-natal. Outras questões devem ser abordadas neste momento tão decisivo, como, por exemplo, a ambivalência no desejo da gravidez.

É imprescindível ressaltar a importância da participação, neste momento, de alguém de sua confiança, seja o companheiro, namorado ou algum familiar. No caso de TIG negativo, é importante enfatizar a necessidade de acompanhamento de contracepção e prevenção de uma possível gravidez.

Aspectos especiais da atenção à adolescente gestante

O atendimento diferenciado

Devido às características próprias dessa fase de desenvolvimento (em que ocorrem grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais), os serviços devem estabelecer um atendimento diferenciado às adolescentes grávidas e aos seus companheiros/parceiros, tendo como ações centrais:

- Estabelecer dias e horários específicos para a atenção às adolescentes grávidas e aos seus parceiros.

- Manter a agenda aberta, sem necessidade de marcar consulta.
- Ter disponibilidade para realizar a escuta ativa da adolescente e do seu parceiro, reduzindo suas dúvidas e prestando os esclarecimentos necessários, mesmo que necessite dispensar mais tempo na consulta.
- Favorecer espaços (nas consultas, nos grupos e nas oficinas) para que adolescentes do sexo masculino possam assumir a paternidade.
- Orientar adolescentes, pais, familiares e responsáveis para a prevenção da violência doméstica e sexual, como também alertá-los em relação a programas da *internet* sem orientação, sem monitoramento de um adulto e sem segurança, para que não se sintam vulnerabilizados com relação à pedofilia.

Pré-natal:

É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam mecanismos próprios para a captação precoce das gestantes adolescentes, proporcionando-lhes uma atenção pré-natal "diferenciada", realizada por profissionais sensibilizados em relação às suas condições específicas e que não precisam, necessariamente, ser especialistas.

As adolescentes grávidas não possuem maior risco clínico e obstétrico em relação às grávidas de outras faixas etárias só pelo fato de que são adolescentes. Uma assistência pré-natal adequada é fundamental para garantir o baixo risco. No entanto, é preciso estar atento às gestantes da faixa etária entre 10 e 14 anos, pois apresentam maiores riscos materno-fetais. Entretanto, quando elas recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles da população em geral.

Condições de vida precárias e pressões psicológicas e sociais contribuem para a demora do início da assistência e da baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes.

As adolescentes não ficam grávidas sozinhas. Portanto, é fundamental que os adolescentes homens participem de todo o processo e estejam presentes nos momentos de cuidados necessários que devem ser tomados durante e após a gravidez.

É recomendado que a assistência à gestante adolescente seja realizada por equipe multiprofissional e que as consultas possam ser feitas pelo pré-natalista (médico/a e enfermeiro/a), não necessitando de encaminhamento para o alto risco, desde que a gestação evolua nos parâmetros de uma situação clínica-obstétrica e psicossocial favorável.

Os aspectos nutricionais, assim como o ganho de peso, a anemia, as infecções urinárias e pulmonares e o risco aumentado de trabalho de parto prematuro requerem uma atenção especial dos profissionais envolvidos na atenção às gestantes adolescentes.

É importante estar atento aos aspectos psicossociais e econômicos que envolvem a gravidez na adolescência, pois eles podem acarretar os principais riscos à mãe e ao bebê, razão pela qual devem ser cuidadosamente avaliados e monitorados.

Os serviços de saúde de qualquer nível (primário, secundário e terciário), incluindo os agentes de saúde, têm um papel fundamental no acompanhamento deste processo biopsicossocial. É uma oportunidade ímpar de promover, proteger, prevenir e assistir adequadamente os pais adolescentes e a criança.

Os serviços e profissionais de saúde precisam reconhecer que a oferta de atenção pré-natal ao grupo de adolescentes requer, apenas, sensibilidade e disponibilidade dos profissionais para exercer tais atribuições como membros da equipe de saúde.

Puerpério: mães e pais adolescentes

O acompanhamento das mães adolescentes e de seus bebês é fundamental para prevenir a depressão pós-parto e as morbimortalidades relativas à saúde materna e da criança.

É recomendado às mães e aos pais adolescentes que sejam acompanhados nas unidades de saúde, para que lhes sejam oferecidos apoio e suporte, estimulando suas capacidades, auxiliando na elaboração e execução de seus projetos de vida, na construção dos vínculos familiares, na prevenção da segunda gravidez, de DST/Aids e outros aspectos.

A equipe de saúde precisa estimular os adolescentes no desempenho das funções de mãe e pai, encorajando-os para o exercício da maternidade e paternidade responsável, evitando, no entanto, subestimar a sua capacidade.

A articulação de ações intersetoriais para apoiar socialmente pais e mães adolescentes é essencial, pois favorece o aporte das políticas sociais, além de promover ambientes protetores para que possam cuidar de si e de suas famílias.

Anticoncepção:

As ações que envolvem a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva fazem parte da atenção integral à saúde de adolescentes, com ações realizadas e articuladas com as escolas (PSE/SPE).

Mesmo assim, a repetição da gestação na adolescência é muito frequente, o que indica a necessidade fundamental de que algum método contraceptivo seguro para a adolescente, eficaz e compatível com a amamentação seja iniciado precocemente durante os 40 dias pós-parto: DIU, anticoncepcionais hormonais injetáveis mensal ou trimestralmente (somente com progestágeno), sempre associados ao preservativo.

São da responsabilidade dos profissionais da atenção a orientação e o esclarecimento sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, inclusive os naturais, para que as jovens e seus companheiros possam fazer escolhas livres e informadas, incluindo o respeito às suas concepções religiosas.

Na abordagem e disponibilidade dos métodos, sempre deve ser incluída a contracepção de emergência, quando houver falha ou acidente relativo ao método escolhido e em uso.

É preciso ressaltar o comprometimento da interação medicamentosa e da eficácia dos métodos contraceptivos utilizados em relação ao uso de outros medicamentos e drogas lícitas e ilícitas.

A promoção do autoconhecimento do corpo atua como facilitador do uso de alguns métodos contraceptivos, aumentando sua eficácia e melhorando sua adesão, como é o exemplo da camisinha feminina.

As UBS devem conhecer as questões éticas e legais que envolvem o direito à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes[8].

[8] Para saber mais, acesse: <www.saude.gov.br/adolescente>.

5.13 Mudanças de hábitos de vida e medidas preventivas

5.13.1 Práticas de atividade física

O exercício aeróbico regular durante a gravidez parece melhorar ou manter a capacidade física e a boa imagem corporal. Entretanto, os dados ainda são insuficientes para esclarecer os possíveis riscos e benefícios para a mãe e o recém-nascido (grau de recomendação A) .

Gestantes saudáveis devem ser avaliadas antes de iniciar a atividade física. As atividades físicas recreativas, em sua grande parte, são seguras durante a gravidez. No entanto, devem ser evitados exercícios que coloquem as gestantes em risco de quedas ou trauma abdominal (como esportes de contato ou de alto impacto). Recomenda-se a prática de exercícios moderados por 30 minutos, diariamente.

5.13.2 Viagens durante a gravidez

Viagens aéreas geralmente são seguras para a grávida até quatro semanas antes da data provável do parto (grau de recomendação D). Viagens longas de avião estão associadas ao aumento de risco de trombose venosa; entretanto, não está claro se há risco adicional na gravidez ou não. Na população geral, o uso de meia de compressão é efetivo e reduz o risco.

Nas viagens de carro, as gestantes devem ser informadas sobre o uso correto dos cintos de segurança, que devem ser de três pontos, usados acima e abaixo do abdome, e não sobre ele.

5.13.3 Atividade sexual na gravidez

Manter relações sexuais na gravidez não parece estar associado a efeitos adversos. A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está associada com o aumento da mortalidade perinatal, comparando-se mulheres sem atividade sexual com aquelas com mais de quatro relações por mês (grau de recomendação B). A atividade sexual na gravidez também não está associada com o aumento da prematuridade, independentemente da presença de vaginose bacteriana ou de tricomoníase (grau de recomendação A).

A restrição à atividade sexual deve ser feita apenas a critério médico, por causa de patologias como placenta prévia ou alto risco de prematuridade.

5.13.4 Trabalhando durante a gestação

Pacientes com história prévia de dois ou mais abortamentos não devem permanecer muitas horas em pé ou caminhando, seja no trabalho ou em atividades domésticas. Aquelas que trabalham mais de sete horas em pé apresentam probabilidade maior de abortamento espontâneo.

Para gestantes sem história prévia de abortamento, não foi encontrado risco associado à atividade física durante a jornada de trabalho (grau de recomendação B).

5.14 As práticas integrativas e complementares

A publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Portaria nº 971/2006) inclui no SUS racionalidades médicas e recursos terapêuticos, como a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a homeopatia, a medicina antroposófica, o uso de plantas medicinais e o termalismo social/crenoterapia.

Homeopatia na saúde materno-infantil

A homeopatia caracteriza-se como uma racionalidade médica, uma vez que possui um sistema semiológico, clínico e terapêutico próprio, não obstante partilhe de diversos conhecimentos da biomedicina, em que o diagnóstico clínico é parte indispensável para o acompanhamento de cada indivíduo. Utiliza a repertorização e a matéria médica homeopática como instrumentos preferenciais.

Sua propedêutica induz a construção de estreito vínculo, fator que inegavelmente contribui para o tratamento. A investigação própria da consulta homeopática auxilia na promoção do autoconhecimento e da autonomia, estimulados pela necessidade de fornecer e processar as informações durante cada atendimento.

A homeopatia pode ser oferecida a todas as pessoas que desejem este tratamento. Não há restrições a esta terapêutica, que pode contribuir para o fortalecimento da relação estabelecida pelo binômio mãe-bebê, para a atenção à gestante, ao parto e ao puerpério e ao cuidado ao recém-nascido.

Cada mulher está imersa no seu próprio universo particular, o que a torna, em momentos especiais, mais frágeis e vulneráveis. A gestação, o parto e o puerpério são condições de grande densidade e representativas de muitas transformações no universo feminino. Por tal razão, a compreensão deste contexto e dos inúmeros fatores que possam alimentar o processo de adoecimento é indispensável para uma abordagem mais avançada. A intervenção com o uso da homeopatia supõe o reconhecimento dessas forças e a análise de como cada uma dessas mulheres vivencia e experimenta a maternidade, inserida no seu contexto de vida, superando alguns dos fatores que impedem a manutenção da saúde e sobrepujando muitos dos obstáculos à cura.

No campo de atuação clínica, a homeopatia não está circunscrita a sistemas ou patologias, nem se restringe a ciclos evolutivos, mas destina-se à pessoa que sofre. Por tal razão, pode ser aplicada aos agravos predominantes na atenção básica, tanto às doenças crônicas quanto às agudas, como,

por exemplo, para as mulheres diabéticas, hipertensas, alérgicas, com doenças respiratórias, digestivas, circulatórias, com doenças mentais etc. Nas doenças agudas e epidêmicas, a homeopatia atua de forma rápida e segura, desde que seja garantido o acesso ao acompanhamento adequado. Ou seja, durante o período gestacional, assim como no acompanhamento do trabalho de parto e no puerpério, a homeopatia pode auxiliar na prevenção, na adesão ao parto natural e no tratamento de agravos físicos e emocionais, oferecendo mais um suporte terapêutico.

No acompanhamento aos recém-nascidos, a homeopatia pode beneficiá-los, reduzindo o uso de medicamentos desnecessários, promovendo seu uso racional, além de induzir a adesão a hábitos naturais e saudáveis, especialmente o aleitamento materno. As mudanças de atitude e de comportamento em prol de uma vida mais saudável são próprias de uma postura mais equilibrada diante da vida. Desta forma, a homeopatia auxilia na prevenção e no tratamento de patologias prevalentes na referida faixa etária, contribuindo para a redução da mortalidade neonatal.

Para a intervenção em homeopatia, faz-se necessária a existência de profissional devidamente especializado. Destaca-se que todas as mulheres e os recém-nascidos podem ser acompanhados simultaneamente por outros profissionais da rede, devendo requerer, para isso, os mecanismos de referência e contrarreferência.

5.15 A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) na saúde materno-infantil

Sistema de origem oriental, surgido na antiguidade chinesa, que utiliza cosmovisão referenciada no pensamento tradicional clássico chinês. A concepção da MTC compreende a inter-relação de todos os fenômenos que compõem a vida e a natureza. Todos os elementos estão integrados e qualquer processo é dinâmico e mutável, cuja ocorrência se dá de forma múltipla e simultânea. Os conceitos intrínsecos das polaridades de Yin e Yang, a teoria dos meridianos e dos cinco elementos são os principais referenciais teóricos deste pensamento filosófico.

Não há qualquer separação do ser com seu interior ou da doença com o doente. Ao contrário: nesta abordagem, propõe-se a junção de todas as partes, constituindo assim a totalidade do ser.

A MTC tem como recursos terapêuticos a acupuntura, a moxabustão, a ventosa, a fitoterapia chinesa, massagens, a prática da meditação e a meditação em movimento (Lian Gong, Tao-In, Tai Chi Chuan, Tchi Kung, entre outras práticas).

A acupuntura pode ser usada no acompanhamento de mulheres na gravidez, na condução do trabalho de parto e no puerpério. Para toda intervenção da MTC, faz-se necessária a presença de profissional especializado.

Toda propedêutica requer um diagnóstico do padrão de desarmonia em que se ancora o tratamento preconizado de forma individualizada.

No tratamento de crianças, a MTC é pouco utilizada, mas pode ser empregada em recém-nascidos desde que haja rigor na técnica e cuidado adequado. Há algumas diferenças que devem ser observadas entre o tratamento dado aos adultos e o indicado às crianças.

Para o uso em recém-nascidos, destaca-se a Shantala, prática milenar de origem indiana de massagem para bebês que auxilia o fortalecimento do vínculo entre a mãe e o bebê, o restabelecimento das suas funções normais e o relaxamento, amenizando as cólicas abdominais e melhorando o sono, o que consequentemente promove a saúde materno-infantil.

5.16 Abordagens da saúde bucal na gestação

A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais de saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê. Portanto, é de extrema importância que os serviços de saúde estabeleçam como rotina a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal (BRASIL, 2006i).

Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à grávida, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento (BRASIL, 2006i). Os cirurgiões-dentistas podem compartilhar informações sobre a segurança do tratamento odontológico na gravidez com os colegas médicos, para fornecer-lhes recomendações claras (SILK et al., 2008).

Problemas bucais mais comuns na gravidez:

Os problemas bucais mais comuns durante o período gestacional são a cárie dentária, a erosão no esmalte dentário, a mobilidade dentária, a gengivite e a periodontite. Por isso, toda mulher grávida deve ser avaliada quanto aos hábitos de higiene bucal, ao acesso à água fluoretada e às doenças da boca. O exame bucal deve incluir dentes, gengiva, língua, palato e mucosa. As pacientes devem ser aconselhadas a realizar rotinas de escovação e uso do fio dental e a evitar uma quantidade excessiva de açúcar em lanches e bebidas, além de orientadas a consultar um cirurgião-dentista quando for necessário (SILK et al., 2008).

Cárie dentária:

As mulheres grávidas correm maior risco de apresentar a cárie dentária por diversas razões, incluindo o aumento da acidez na cavidade bucal, a elevação da frequência da ingestão de alimentos (devido à diminuição da capacidade fisiológica do estômago) e por causa da pouca atenção que elas dão para a saúde bucal (HEY-HADAVI, 2002). A cárie precoce aparece como áreas brancas, desmineralizadas, que mais tarde se tornam cavidades acastanhadas. Quando não tratada, pode ocasionar o abscesso bucal e a celulite facial.

Filhos de mães que têm altos níveis de cárie são mais propensos a manifestar esta doença (BERKOWITZ, 2003). Pacientes grávidas devem diminuir o risco, escovando seus dentes, no mínimo, duas vezes por dia (com creme dental fluoretado) e limitando a ingestão de alimentos açucarados (SILK et al., 2008). A técnica de adequação do meio bucal e o controle de placa são boas condutas odontológicas preventivas que podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e continuidade do tratamento após a gravidez (BRASIL, 2008d).

Erosões no esmalte dentário:

Podem ocorrer em pacientes com hiperêmese gravídica (ADA, 2006), pois durante a gestação a cavidade bucal é exposta com mais frequência ao ácido gástrico, que pode desgastar o esmalte

dentário. As estratégias de cuidado objetivam reduzir a exposição oral ao ácido por intermédio de dieta e de alterações no estilo de vida, além do uso de antieméticos, antiácidos ou ambos. Lavar a boca com uma colher de chá de bicarbonato de sódio em um copo de água após o vômito pode neutralizar o ácido (KUMAR, 2006). As mulheres grávidas devem ser aconselhadas a evitar a escovação dos dentes imediatamente após o vômito e usar uma escova de dentes com cerdas macias para reduzir o risco de danos ao esmalte. Bochechos com flúor podem proteger as pacientes da erosão de seu esmalte e da sensibilidade dentinária (LEWIS, 2003).

Mobilidade dentária:

Pode estar presente durante a gravidez mesmo na ausência de doença periodontal, devido ao aumento dos níveis de estrogênio e progesterona, que afetam o periodonto, ou seja, os ligamentos e ossos que suportam os dentes (SCHEUTZ, 2002). Os profissionais devem assegurar aos pacientes que esta condição é temporária e, por si só, não causa a perda do dente (SILK et al., 2008).

Gengivite:

É a mais comum das doenças bucais no período gestacional (ADA, 2006). Aproximadamente metade das mulheres com gengivite pré-existente sofre o agravamento significativo da referida doença bucal durante a gravidez (HEY-HADAVI, 2002). Isso ocorre pelas variações nos níveis de estrogênio e progesterona, em combinação com mudanças na flora bucal e com a diminuição da resposta imune. Medidas de higiene bucal completa, incluindo a escovação e o fio dental, são recomendadas. Os pacientes com gengivite severa podem necessitar de limpeza profissional e enxaguatórios bucais, como a clorexidina (SILK et al., 2008). A boa higiene bucal, desde o início da gestação, pode assegurar uma gengiva sadia. O uso de fluoreto pré-natal não é recomendado, pois sua eficácia não tem sido demonstrada (BRASIL, 2006i).

Periodontite:

É uma inflamação destrutiva do periodonto que afeta cerca de 30% das mulheres em idade fértil (KUMAR, 2006). Toxinas produzidas pelas bactérias estimulam uma resposta inflamatória crônica e o periodonto é dividido e destruído, criando bolsas que se tornam infectadas (AAP, 2007). Este processo pode induzir bacteremias recorrentes, resultando na produção de citocinas, prostaglandinas e as interleucinas, as quais podem afetar a gravidez (BOGGESS, 2006). Níveis elevados destes marcadores inflamatórios foram encontrados no líquido amniótico de mulheres com periodontite e parto prematuro, em comparação com o observado em pacientes-controle saudáveis (DÖRTBUDAK, 2005). Parece provável que estes marcadores inflamatórios iniciam prematuramente o trabalho de parto. Mecanismo semelhante é pensado para baixo peso ao nascer (OFFENBACHER, 2001). Xilitol e clorexidina diminuem a carga bacteriana oral materna e reduzem a transmissão das bactérias aos bebês quando tais medicamentos são utilizados na gravidez e/ou no período pós-parto. Ambos os agentes tópicos são seguros na gestação e durante o aleitamento materno (NCPP, 2007).

A gravidez, por si só, não determina quadro de doença periodontal. Alterações na composição da placa subgengival, resposta imune da gestante e a concentração de hormônios sexuais são fatores que influenciam a resposta do periodonto. A gestação acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa (BRASIL, 2006i).

Atendimento odontológico de gestantes:

No atendimento odontológico à paciente gestante, é importante observar os seguintes aspectos e procedimentos:

- Baixo peso (BP): investigue a história alimentar da paciente, se há casos de hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes;
- Dê-lhe orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis;
- Remarque as consultas em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual.

Período gestacional:

1° trimestre: período menos adequado para tratamento odontológico (devido às principais transformações embriológicas). Neste período, deve-se evitar, principalmente, tomadas radiográficas.

2° trimestre: período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações.

3° trimestre: é um momento em que há maior risco de síncope, hipertensão e anemia (BRASIL, 2006i). É frequente o desconforto na cadeira odontológica, podendo ocorrer hipotensão postural e compressão da veia cava. Medidas como manter a mulher inclinada para seu lado esquerdo, alternar frequentemente as posições da gestante na cadeira e realizar consultas breves podem reduzir problemas (WASYKLO, 1998).

Na realização de tomadas radiográficas, deve-se proteger a gestante com avental de chumbo e protetor de tireoide e, se possível, utilizar filmes ultra-rápidos (BRASIL, 2006i).

O atendimento odontológico de urgência pode ser realizado em qualquer período gestacional (AAP, 2004); porém, as urgências devem ser atendidas observando-se os cuidados indicados em cada trimestre (BRASIL, 2006i). Vale ressaltar que adiar os cuidados dentais para depois do parto pode ser problemático, porque as novas mães estarão focadas no atendimento de seus recém-nascidos (BOGGESS, 2006).

O uso de alguns medicamentos pela gestante pode acarretar problemas na dentição dos bebês, pois os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de vida intrauterina e os dentes permanentes a partir do quinto mês de vida intrauterina. A tetraciclina, por exemplo, deve ser evitada em função do efeito colateral de causar pigmentação nos dentes da criança. É importante também que, durante o planejamento do tratamento odontológico, quando houver necessidade do emprego de medicamentos ou uso de anestésico local, o médico seja consultado (BRASIL, 2006i).

Neste sentido, os profissionais de saúde devem estimular o autocuidado do binômio mãe-filho, atuando como importantes agentes em educação em saúde, contribuindo com a desmistificação de medos e mitos relacionados às alterações bucodentais atribuídas ao fato de se estar grávida e à atenção odontológica durante o pré-natal. Além disso, é importante considerar que os benefícios de boas práticas de saúde certamente se estenderão ao futuro bebê, por meio da adoção de hábitos alimentares adequados e de medidas preventivas, minimizando a possibilidade do surgimento de várias patologias na criança, entre elas a cárie dentária (CODATO et al., 2011).

5.17 Orientações e ações educativas

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

A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias.

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.

É imprescindível que as gestantes e seus acompanhantes – sejam eles os(as) companheiros(as) ou membros da família ou seus amigos – tenham contato com atividades de educação, pois muitas vezes este é o espaço onde se compartilham dúvidas e experiências que normalmente não são discutidas em consultas formais, dentro dos consultórios dos médicos, enfermeiros ou dentistas.

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 fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo "palestra", que é pouco produtivo e ofusca questões subjacentes que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido.

Portanto, é importante que toda a equipe de saúde se inclua em espaços de discussão, levando à população, em espaços formais e não formais, os temas que discutimos, pois a educação popular em saúde é a forma mais democrática de construir um conceito amplo de saúde, de promover o autocuidado e de produzir melhores indicadores de saúde.

5.17.1 Aspectos que devem ser abordados nas ações educativas

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

- a importância do pré-natal;
- e cuidados de higiene.

A realização de atividade física:

De acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, a realização de atividade física pode proporcionar benefícios, por meio do ajuste corporal à nova situação. Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas na assistência pré-natal e puerperal. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto.

Nutrição:

- Promoção da alimentação saudável (enfoque na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes.

Sinais de alerta:

- Sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço.

Preparo para o parto:

- Planejamento individual, considerando-se o local, o transporte, os recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, o apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Incentivo ao protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;

- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério.

Importância da participação do pai durante a gestação e o parto:

- O estabelecimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e importância das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

Orientações às gestantes:

- em relação ao estilo de vida;
- trabalho durante a gravidez.

As mulheres grávidas devem ser informadas dos seus direitos e benefícios em relação à maternidade.

Para a maioria das mulheres, é seguro continuar trabalhando durante a gravidez. Deve ser avaliada a exposição a risco ocupacional no trabalho de cada mulher.

Orientações alimentares:

Para evitar infecções alimentares:

- Beba apenas leite pasteurizado ou UHT;
- Evite comer patês;
- Não coma carnes cruas;
- Evite ovos crus e alimentos que possam conter salmonella (como maionese).

5.18 Parto normal vs. cesariana

Os índices de nascimentos por cesariana vêm aumentando por vários motivos. Inicialmente, as indicações eram por distócia mecânica, desproporção céfo-pélvica e más apresentações. O

procedimento ficou mais seguro com o uso de medicações eficazes que previnem as suas principais complicações, como a infecção puerperal, a hemorragia e as complicações anestésicas. As indicações de cesariana ampliaram-se também com a intenção de reduzir a morbimortalidade perinatal. Atualmente, outras indicações são frequentes, como feto não reativo, apresentação pélvica, gestante HIV positivo, cesárea prévia. Com o aumento do número de cesáreas primárias em pacientes jovens, a repetição também aumenta, o que representa de 15% a 45% do total dos nascimentos.

5.18.1 Indicações obstétricas de parto cesáreo

- Absolutas: desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, situação fetal transversa, herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo.
- Relativas: feto não reativo em trabalho de parto, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (dependendo do estágio do parto), apresentação pélvica, gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), cesárea prévia, macrossomia fetal, cérvice desfavorável à indução do parto, psicopatia.

Os benefícios da cesárea planejada incluem: conveniência, maior segurança para o bebê e menos trauma no assoalho pélvico da gestante, que, além disso, conta com a vantagem de não passar pela dor do parto. As potenciais desvantagens descritas em estudos observacionais incluem: maior morbimortalidade materna, efeitos psicológicos adversos, problemas em futuras gestações (como ruptura da cicatriz uterina), maior risco de feto morto no nascimento e morbidade neonatal.

Uma avaliação sem vieses sobre as vantagens e desvantagens deveria embasar a discussão obstétrica. Entretanto, em recente revisão de Cochrane, de abril de 2009,[9] não foram encontrados estudos controlados e randomizados que avaliassem os riscos e benefícios da cesárea planejada sem uma indicação médica precisa.

5.18.2 Desvantagens e riscos da cesariana

Período de recuperação mais longo:

- Aumento da morbidade materna: um dos maiores estudos sobre o tema mostrou severa morbidade de 27,3 e 9,0/1000 partos para cesárea e parto vaginal respectivamente (OR 3,1, 95% CI 3,0-3,3), risco de parada cardíaca (OR 5,1), hematoma de parede (OR 5,1), histerectomia (OR 3,2), maior infecção puerperal (OR 3,0), complicações anestésicas (OR 2,3), tromboembolismo venoso (OR 2,2) e hemorragia que requer histerectomia (OR 2,1).
- Aumento do risco de problemas respiratórios neonatais: síndrome respiratória e taquipneia transitória são mais comuns em cesáreas do que em partos vaginais e podem determinar

[9] As Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane são produzidas por *The Cochrane Library*, uma coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde.

hospitalização mais longa. A morbidade respiratória neonatal foi de 35,5/1000 para neonatos de cesárea eletiva (antes de iniciar trabalho de parto), sendo significativamente mais alta do que para neonatos de cesáreas realizadas durante o trabalho de parto (12,2/1000) ou parto vaginal (5,3/1000). Problemas respiratórios são mais frequentes após cesárea porque os mecanismos de reabsorção dos fluidos do pulmão sem o trabalho de parto não são ativados e, muitas vezes, ocorrem como resultado de prematuridade iatrogênica.

- Aumento da mortalidade neonatal: as evidências são bastante limitadas. Estudo norte-americano analisou atestados de óbito e mostrou um aumento da mortalidade neonatal pós-cesárea planejada em relação ao parto vaginal planejado, após ajustes para outras variáveis passíveis de criar confusão (OR 1,93, 95% CI 1,67-2,24) (PETITTI et al., 1982).
- Riscos para futuras gestações: riscos para placenta prévia e acreta são significativamente mais comuns após uma ou mais cesáreas.

A revisão da literatura mostra algumas evidências de alta qualidade para algumas situações e, em outras, com níveis fracos.

Recomendações para a indução do parto com alto nível de evidência:

- Gestação pós-termo (≥ 41 semanas);
- Ruptura prematura de membranas a termo ou próximo ao termo com maturidade fetal;
- Retardo de crescimento intrauterino antes do termo: a indução do parto reduz a morte fetal intrauterina, mas aumenta a taxa de cesárea e as mortes neonatais.

Casos em que as evidências são insuficientes para a indução do parto:

- Gestantes com diabetes insulino-dependentes, gestação gemelar, macrossomia fetal, oligoidrâmnio, colestase da gestação, doença cardíaca materna e gastrosquise fetal.

Quadro 15 – Vantagens e desvantagens do parto normal ou cesáreo

	Parto normal	Parto cesáreo
Prematuridade	Menor	Maior
Respiração do bebê	Favorece	Não favorece
Dor no trabalho de parto	Pode ser dolorosa, com gradações.	
Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou mediante aplicação de anestesia.	Idem	
Dor na hora do parto	Também pode ser controlada com anestesia.	É sempre realizada com anestesia.
Dor após o parto	Menor	Maior. Há necessidade de analgésicos mais fortes.

continua

continuação

	Parto normal	Parto cesáreo
Complicações	Menos frequentes	Acidentes anestésicos e hemorragias são mais comuns.
Infecção puerperal	Mais rara	Mais frequente
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Custo	Menor	Maior
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Muito baixo	Pequeno, porém maior do que no parto normal.
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Fonte: Brasil, 1995.

Toda gestante deve saber que o melhor tipo de parto é aquele mais adequado às condições de sua gravidez, ou seja, é o que melhor atende ao seu bebê e às possíveis complicações surgidas durante a gravidez.

De maneira geral, o parto normal ou vaginal reúne, em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que o torna a forma ideal de dar à luz. Além disso, é natural, tem menor custo e propicia à mulher uma recuperação bem mais rápida.

Deve-se ressaltar que o parto normal é também importante para ajudar a completar a maturidade da criança: ao passar pela bacia da mãe, o bebê tem seu tórax comprimido, o que ajuda a expelir a água porventura depositada em seus pulmões, facilitando-lhe a respiração e diminuindo o risco de problemas respiratórios.

5.19 O parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais

No Brasil, o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais está presente principalmente nas Regiões Norte e Nordeste, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, em meio às populações quilombolas e indígenas. Entretanto, por não estar incluído no SUS e ainda não ser reconhecido como uma ação de saúde que se desenvolve na comunidade, o parto domiciliar assistido ocorre, em geral, de forma precária e em situação de exclusão e isolamento, sem o respaldo e o apoio da Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança.

A diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País exige a adoção de diferentes modelos de atenção integral à saúde da mulher e da criança e a implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se considerar o princípio da equidade e resgatar a dívida histórica existente em relação às mulheres e às crianças assistidas por parteiras tradicionais.

É fundamental a inclusão do parto e do nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais no SUS, entre as estratégias para a atenção integral à saúde da mulher e da criança e para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

No Brasil, a questão da melhoria da assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais vem sendo amplamente discutida desde a década de 1970. Em várias regiões do País foram desenvolvidas atividades com parteiras tradicionais, com vistas à melhoria da qualidade dessa assistência, seja por parte do setor público ou de organizações da sociedade civil.

O Ministério da Saúde, a partir de 2000, vem adotando várias iniciativas para melhorar a atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Entre elas encontrava-se o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que recolocou a melhoria do parto e do nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais na pauta de discussão com gestores estaduais e municipais, como uma responsabilidade do SUS e uma atribuição da Atenção Básica.

O programa objetiva resgatar e valorizar os saberes tradicionais, articulando-os aos científicos, considerando a riqueza cultural e da biodiversidade como elementos importantes para a produção de novos conhecimentos e tecnologias.

A parteira tradicional adquire suas aptidões realizando partos por conta própria ou após aprender o ofício com outras parteiras, em geral suas mães, avós, sogras e comadres. Geralmente, inicia-se na arte de partejar ainda jovem. A formação ocorre na prática, movida pelo desejo de servir, pelo sentimento de solidariedade e pela necessidade imposta num contexto de isolamento, de exclusão e falta de acesso aos serviços públicos. O saber tradicional que as parteiras detêm, relacionado com o processo de cuidar e curar, foi transmitido de geração para geração. Por muitos milênios, o trabalho das parteiras foi a única forma de assistência obstétrica. Seu conhecimento, portanto, é ancestral, empírico e intuitivo.

Os municípios onde o parto e o nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais são uma realidade precisam assumir o compromisso de definir formas de apoio e articulação, bem como definir investimentos financeiros que promovam as condições essenciais para a superação do atual panorama de isolamento, exclusão, desigualdades e injustiças que envolvem mulheres e bebês assistidos por parteiras.

Entre as estratégias para a inclusão do parto e do nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais no SUS, é fundamental a articulação do trabalho da parteira tradicional com as equipes de atenção básica e, nas comunidades indígenas, com a equipe multidisciplinar de saúde indígena.

5.19.1 A parteira tradicional

O Ministério da Saúde define como parteira tradicional aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade com parteira.

Em muitos lugares, a parteira é conhecida como "parteira leiga", "aparadeira", "mãe de umbigo", "curiosa", entre outras denominações. Porém, o Ministério da Saúde adota a denominação de "parteira tradicional" por considerar que este termo valoriza os saberes e as práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que ela detém. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais.

A ocupação de *parteira* consta da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), edição 2002, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), sob o código 5151-15, na família ocupacional agentes comunitários de saúde e afins.

É importante enfatizar que o parto e o nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais inserem-se no contexto das ações básicas de saúde.

Entre as atividades das equipes de atenção básica para o apoio e a articulação do parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais encontram-se os seguintes procedimentos:

- Identificar as parteiras tradicionais e realizar o seu cadastramento, alimentando e mantendo atualizado o sistema de informação da atenção básica do município;
- Realizar diagnóstico (a partir das informações coletadas na ficha de cadastro) da assistência ao parto domiciliar em seu território, incluindo um levantamento das dificuldades enfrentadas pelas parteiras no desenvolvimento de seu trabalho, para aprimorar a gestão municipal no desenvolvimento de ações que possam fortalecer e integrar os serviços de saúde, consolidando a Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança;
- Estimular a vinculação solidária entre os agentes comunitários de saúde, as equipes de atenção básica e as parteiras tradicionais, de modo a garantir o acompanhamento do trabalho das parteiras tradicionais e manter informações atualizadas sobre eventos vitais (nascimentos e óbitos);
- Desenvolver estratégias para a avaliação e o acompanhamento sistemáticos da atenção ao parto e ao nascimento domiciliares;
- Garantir o acompanhamento ao pré-natal e ao puerpério e a atenção integral às mulheres e aos recém-nascidos assistidos por parteiras tradicionais (exames de rotina, preenchimento do Cartão da Gestante e da Caderneta da Criança, vacinação, teste do pezinho, planejamento familiar/reprodutivo, entre outras ações);
- Orientar as parteiras sobre a esterilização e os cuidados com o instrumental utilizado na atenção ao parto e, sempre que possível, realizar a esterilização do referido instrumental na unidade de saúde;
- Fornecer, sempre que necessário, a reposição dos materiais descartáveis do *kit* da parteira tradicional para a atenção segura ao parto, tais como: luvas, gorros, gazes esterilizadas, entre outros materiais.

PARTE 2

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS MAIS FREQUENTES

Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes

6

6.1 Hiperêmese gravídica

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

Há outros fatores que podem acarretar vômitos com a mesma gravidade e que devem ser afastados, 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 e ações educativas desde o início da gravidez, bem como reorientação alimentar, são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados. Nas situações de êmese persistente, o profissional de saúde deve prescrever drogas antieméticas, por via oral ou intravenosa, além de hidratação.

Antieméticos orais:

- Metoclopramida = 10mg de 4 em 4h;
- Dimenidrato = 50mg de 6 em 6h.

Antieméticos injetáveis:

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

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

Deve-se orientar o uso de bebidas geladas para a melhoria dos sintomas, assim como se deve evitar o uso de bebidas com gás e que contenham cafeína.

6.2 Síndromes hemorrágicas

As mais importantes situações hemorrágicas na gravidez são as seguintes:

- Na primeira metade da gestação: abortamento, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica e neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme);

- Na segunda metade da gestação: placenta prévia (PP) e descolamento prematuro da placenta (DPP).

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

6.2.1 Abortamento

É a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500g. Pode ser espontâneo ou provocado. O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semanas.

O abortamento tem como fatores etiológicos os seguintes: alterações cromossomiais, anomalias do ovo e da implantação, placentopatias, mecanismos imunológicos, ginecopatias (malformações uterinas, miomatose uterina, alterações endometriais devido à curetagem uterina, infecções, cicatrizes cirúrgicas, incompetência istmo-cervical), endocrinopatias (diabetes, tireoidopatias, insuficiência do corpo lúteo), anemias graves, sífilis na gestação, além de doenças cardiorrespiratórias.

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

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

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

O abortamento pode ser classificado nas seguintes formas clínicas:

- Ameaça de abortamento ou aborto evitável:

- Caracteriza-se pela integridade do ovo, com útero compatível com a idade da gravidez e colo impérvio. Há 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 e os anexos e fundos de saco estão normais e livres. Em casos de dúvida, solicite ultrassonografia.

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

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, inicie o tratamento imediatamente.

- Aborto inevitável:

- Caracteriza-se por perda da integridade do ovo, sangramento moderado a acentuado contendo coágulos e/ou restos ovulares, colo uterino permeável, dor em cólica de forte intensidade e redução do volume uterino em relação à idade gestacional. Pode culminar em abortamento completo ou incompleto.

Conduta: encaminhe a paciente para o hospital de referência obstétrica, para a realização de curetagem uterina, quando necessária, e ofereça tratamento de suporte, se for preciso, para estabilização hemodinâmica.

- Aborto retido:

- Caracteriza-se pela interrupção da gestação com permanência do produto conceptual na cavidade uterina. Pode ocorrer discreto sangramento, com colo impérvio, regressão dos fenômenos gravídicos e redução do volume uterino em relação à idade gestacional.

Conduta: encaminhe a paciente para o hospital de referência obstétrica, para a realização de curetagem uterina.

- Aborto infectado:

- Caracteriza-se por quadro infeccioso materno, com presença de ovo íntegro ou não e quadro hemorrágico variável. Associa-se, habitualmente, à manipulação uterina. Pode apresentar secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.

Na dependência do estádio clínico, pode ser dividido em:

- Grau 1: é o mais frequente; a infecção está limitada ao conteúdo da cavidade uterina;
- Grau 2: a infecção já se expande à pelve (pelviperitonite);
- Grau 3: peritonite generalizada e infecção sistêmica com grave comprometimento do estado geral, coagulação intravascular generalizada, insuficiência renal, falência de múltiplos órgãos e choque séptico.

Conduta: fluidoterapia (para a estabilização hemodinâmica) e encaminhamento para o hospital de referência obstétrica, além de antibioticoterapia, para a cobertura da infecção polimicrobiana

(esquema sugerido: penicilina cristalina, 5.000.000 UI, EV, 4h/4h + gentamicina, 1mg/kg de peso, IM ou EV, 8h/8h + metronidazol, 500mg, EV, 6h/6h ou clindamicina, 600mg, EV, 6h/6h). Na dependência da gravidade do quadro clínico, pode ser empregado tratamento cirúrgico.

6.2.2 Gravidez ectópica

Corresponde à nidação do ovo fora da cavidade uterina, sendo mais frequente a prenhez tubária na sua porção ampular. A mulher, frequentemente, apresenta história de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, com sinais de irritação peritoneal. As repercussões hemodinâmicas podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.

No exame físico, avaliam-se as condições gerais e os sinais de irritação peritoneal. O exame especular pode mostrar a presença do sangramento. Pelo toque vaginal, verifica-se o amolecimento do colo e a presença ou não de aumento uterino. A palpação das zonas anexiais pode provocar dor e demonstrar presença de tumor.

Conduta: encaminhe a mulher para um hospital de referência obstétrica, para exame ultrassonográfico, definição e tratamento. O tratamento conservador, com utilização de metotrexato, é restrito a casos de gravidez ectópica incipiente e íntegra, com diâmetro inferior a 5cm e com embrião sem vitalidade. Diante de quadro hemorrágico secundário à rotura de prenhez ectópica, o tratamento será cirúrgico.

6.2.3 Doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme)

Caracteriza-se pela degeneração trofoblástica ocorrida após uma gestação, tópica ou ectópica, podendo apresentar-se como mola hidatiforme, *corioadenoma destruens* e coriocarcinoma.

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, é incompatível com o esperado para a idade gestacional, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona). Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas). A presença de hiperêmese é mais acentuada, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos.

Atente para a presença de hipertensão arterial precoce, já que esta é a única condição de pré-eclâmpsia previamente à 20ª semana de gestação.

A quantificação do ßHCG, com níveis muito acima do valor normal, pode ajudar no diagnóstico da doença. O diagnóstico é ultrassonográfico e é confirmado pelo exame histopatológico do material curetado.

Conduta: todos os casos suspeitos devem ser encaminhados ao hospital de referência obstétrica para que se realize a confirmação diagnóstica e o tratamento.

6.2.4 Patologias do trato genital inferior

O diagnóstico diferencial dos sangramentos genitais da primeira metade da gravidez deve passar necessariamente pelo exame ginecológico na busca de lesões do trato genital que possam causar sangramento, tais como: cervicites, lacerações, pólipos, neoplasias, varizes rotas, lesões causadas por agentes químicos ou mecânicos.

6.2.5 Descolamento cório-amniótico

Caracteriza-se por sangramento genital de pequena intensidade. É diagnosticado por exame ultrassonográfico. A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular. A conduta é conservadora e, basicamente, consiste no esclarecimento à gestante.

6.2.6 Descolamento prematuro de placenta (DPP)

É a separação intempestiva da placenta do seu sítio de implantação no corpo uterino antes do nascimento do feto, em uma gestação de 20 ou mais semanas completas. Sua incidência está em torno de 0,5% a 3% das gestações, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna.

Os principais fatores predisponentes incluem: estados hipertensivos, fatores mecânicos, como traumas, retração uterina após o esvaziamento rápido do polidrâmnio e alterações placentárias (placenta circunvalada, infartos placentários decorrentes do tabagismo, má nutrição, alcoolismo, diabetes com vasculopatia). Apesar de todos estes fatores, em grande número de casos, a causa primária do descolamento é desconhecida.

O DPP inicia-se com um sangramento no interior da decídua, acarretando a formação de um hematoma e o descolamento abrupto da placenta do seu sítio normal de implantação. O sangue fica represado e se coagula atrás da placenta, caracterizando o hematoma retroplacentário. Em cerca de 80% dos casos, o sangue desloca ou rompe as membranas e flui para o exterior, ocasionando o sangramento vaginal, causando a hemorragia externa. Nos 20% restantes, o sangue fica totalmente retido atrás da placenta, caracterizando a hemorragia oculta.

O sangue pode, através de uma solução de continuidade da membrana, atingir a cavidade ovular, causando hemoâmnio. Numa grande hemorragia oculta, os componentes do sangue, provenientes do hematoma retroplacentário, podem atingir o miométrio, causando desarranjo da estrutura das miofibrilas, ocasionando a atonia uterina, quadro de apoplexia útero-placentária

ou útero de Couvelaire. Neste quadro, o aspecto do útero e dos anexos é característico, com coloração azulada marmórea, devido às infusões sanguíneas e às equimoses que se assentam sobre a serosa.

O diagnóstico é, preferencialmente, clínico, feito pelo aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável, perda sanguínea de cor vermelho-escura, com coágulos 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. Ocorre na fase inicial, taqui-hipersistolia, seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais, caracterizando o sofrimento fetal pela diminuição da superfície de trocas e a morte iminente.

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

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

6.2.7 Placenta prévia (inserção baixa de placenta)

Corresponde a um processo patológico em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero. As mulheres multíparas e com antecedentes de cesáreas são consideradas de maior risco. Também são considerados fatores de risco: idade avançada, curetagem uterina prévia, gravidez gemelar, patologias que deformem a cavidade uterina, cesarianas anteriores e infecção puerperal. A incidência gira em torno de 0,5% a 1% de todas as gestações.

A hemorragia espontânea produz-se porque o bordo placentário se descola na formação do segmento inferior, por despregueamento do istmo. A placenta, não podendo acompanhar, arranca as conexões com a decídua basal, o que provoca hemorragia materna, originária dos espaços intervilosos.

Na anamnese, é relatada perda sanguínea por via vaginal, súbita, de cor vermelha viva, de quantidade variável, não acompanhada de dor. É episódica, recorrente e progressiva. O exame obstétrico revela volume e tono uterinos normais e frequentemente 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 ultrassonográfico. O profissional de saúde deve referenciar a gestante para continuar o pré-natal em centro de referência para gestação de alto risco.

6.3 Patologias do líquido amniótico

6.3.1 Oligoidrâmnio

Caracteriza-se pela acentuada diminuição do volume do líquido amniótico, diagnosticado quando o volume se apresenta inferior a 250ml, entre a 21ª e a 42ª semanas gestacionais. Incide em cerca de 3,9% a 5,5% das gestações.

As principais causas são:

- Patologias placentárias: rotura prematura de membranas, insuficiência placentária, deslocamento prematuro de placenta;
- Patologias fetais: crescimento intrauterino retardado; anomalias congênitas, principalmente as do trato urinário; anomalias cromossomiais;
- Patologias maternas: diabetes associada a vasculopatias; hipertensão arterial; hipovolemia; síndrome antifosfolipídio; colagenoses; uso de drogas inibidoras da enzima conversora da angiotensina e da síntese de prostaglandinas.

O oligoidrâmnio se relaciona, frequentemente, com resultado perinatal desfavorável, seja em função da patologia de base determinante, seja devido ao efeito mecânico provocado sobre o concepto pela diminuição do volume amniótico (pressão contínua sobre o feto, o que provoca alterações musculoesqueléticas; adesões entre o âmnio e as partes fetais, o que determina graves deformidades, inclusive amputação; desenvolvimento de hipoplasia pulmonar e compressão funicular, principalmente no transcorrer do trabalho de parto). Quanto mais precoce a instalação do quadro, mais grave tende a ser o prognóstico, principalmente pela hipoplasia pulmonar e pela presença de anormalidades congênitas.

Clinicamente, haverá suspeita da patologia quando a altura uterina for inferior àquela esperada para a idade gestacional estimada, especialmente quando associada à diminuição da movimentação fetal e fácil percepção das pequenas partes fetais à palpação obstétrica. No diagnóstico diferencial, devemos lembrar a restrição do crescimento intrauterino e a subestimação da idade gestacional.

O diagnóstico ultrassonográfico será efetuado por meio da análise subjetiva ou semiquantitativa dos vários bolsões de líquido amniótico. A avaliação subjetiva permite diagnosticar a oligoidramnia quando há ausência de coleções adequadas de líquido, principalmente no nível da região cervical e dos membros fetais. As técnicas semiquantitativas são aquelas que estimam o volume por meio da mensuração da profundidade e/ou largura das coleções de fluido. Consideramos oligoidramnia quando o resultado do índice de líquido amniótico é inferior ou igual a 5,0cm.

Após a confirmação da patologia, faz-se obrigatório pesquisar as causas determinantes e, para isso, a gestante deverá ser encaminhada imediatamente ao pré-natal de alto risco. Afastada a presença de anomalias congênitas, destaque especial deverá ser dado à pesquisa de restrição do crescimento intrauterino e do sofrimento fetal pela hipoperfusão placentária.

Pode ser indicada a amnioinfusão, introdução de solução salina fisiológica na cavidade amniótica antes de se realizar o exame ecográfico, já que a diminuição do volume amniótico dificulta o estudo ultrassonográfico. Depois do procedimento de amnioinfusão, poderá ser realizada, quando indicada, a cordocentese, para a obtenção de sangue fetal, a fim de se realizar avaliação laboratorial, especialmente de cariótipo.

6.3.2 Polidrâmnio

A polidramnia tem sido arbitrariamente definida como o acúmulo de líquido amniótico em volume superior a 2.000ml no momento da resolução da gravidez. Ocorre por erro no mecanismo de circulação, de produção, por dificuldade de absorção ou pela associação desses fatores. Acredita-se que esteja presente em 0,4% a 1,5% das gestações, embora sua frequência possa ser influenciada pela definição e pelo método diagnóstico utilizados.

Associa-se a algumas patologias, destacando-se o diabetes mellitus, as infecções congênitas (como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes), a doença hemolítica perinatal e a gemelaridade. É também reconhecida sua relação com as anormalidades congênitas fetais, principalmente as que acometem o sistema nervoso central, o trato gastrointestinal, o coração e o sistema musculoesquelético. Da mesma forma, tem sido citada sua relação com as patologias placentárias, como os corioangiomas. Apesar de predito, em 34% a 63% das vezes, a polidramnia é rotulada como idiopática.

A morbimortalidade perinatal torna-se ampliada em decorrência de sua associação com anomalias congênitas, prematuridade, alterações cromossômicas, prolapso de cordão, descolamento prematuro de placenta ou por causa da patologia materna determinante do quadro, especialmente a isoimunização pelo fator Rh e o diabetes mellitus. Vale destacar também a relação existente com a macrossomia fetal, mesmo na ausência de diabetes materno. Parece haver também ligação entre a maior intensidade de polidramnia e a piora do resultado perinatal.

Observa-se, ainda, aumento da mortalidade materna pela ocorrência simultânea de maior número de apresentações anômalas, descolamento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas ovulares, distócia funcional e hemorragia pós-parto. Em pacientes portadoras de cicatrizes uterinas, o risco de rotura do útero estará acrescido. Existe, também, elevação do número de gestações resolvidas pela via abdominal.

Sempre haverá suspeita do diagnóstico clínico quando a altura uterina for superior àquela esperada para a idade gestacional estimada, especialmente quando a paciente referir diminuição da movimentação fetal e quando houver impossibilidade de palpar partes fetais e dificuldade de realizar a ausculta do concepto. O tônus uterino poderá estar maior e, nos casos agudos, a paciente poderá referir dor intensa. No exame clínico materno, é frequente encontrar-se edema de membros inferiores e da parede do abdome, além da presença de estrias abdominais. Em casos graves, é possível que ocorra desconforto respiratório e dispneia, devidos à elevação e à compressão do diafragma, além de oligúria, decorrente da compressão ureteral pelo útero gravídico. No diagnóstico diferencial, deve-se afastar a gemelaridade e a macrossomia fetal.

O diagnóstico ultrassonográfico será feito quando houver, subjetivamente, excessiva quantidade de líquido amniótico, especialmente na área das pequenas partes fetais, quando

o maior bolsão de líquido, mensurado verticalmente, for igual ou superior a 8,0cm ou quando o índice de líquido amniótico for superior a 24,0cm. Entre 18,0cm e 24,0cm, o líquido será considerado aumentado e servirá de alerta para a instalação da polidramnia.

Firmando-se o diagnóstico, torna-se necessário investigar o fator etiológico envolvido. Para isso, a gestante deverá ser encaminhada imediatamente ao pré-natal de alto risco. O exame ecográfico afastará a gemelaridade, as anomalias congênitas maiores e a hidropsia fetal. Testes para diagnosticar o diabetes mellitus, a isoimunização pelo fator Rh e as infecções congênitas são obrigatórios. A ecocardiografia fetal é, também, exame essencial. Além disso, a análise do cariótipo do concepto poderá ser eventualmente considerada, mesmo na ausência de anomalias estruturais.

O tratamento, idealmente, será direcionado para o fator responsável pela alteração. Quando a terapia específica não for possível, far-se-á o tratamento por meio de medidas que reduzam o volume de líquido amniótico, objetivando a melhoria das condições das gestantes e a redução da contratilidade uterina, com consequente diminuição da incidência de parto prematuro.

6.3.3 Rotura prematura das membranas ovulares (amniorrexe prematura)

A rotura prematura das membranas ovulares (RPMO) é caracterizada pela rotura espontânea das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto em qualquer idade gestacional. Rotulamos como *período de latência* o tempo decorrente entre a rotura das membranas e o início do trabalho de parto. Apresenta incidência entre 3% e 18,5%, com média de 10% e recorrência de 21%. Aproximadamente 25% dos casos ocorrem antes do termo e acabam respondendo por cerca de 30% de todos os recém-nascidos prematuros.

Está associada a um número considerável de complicações, que variam significativamente com a idade gestacional em que o quadro se instalou e a duração do período de latência. Há incremento de infecções maternas e perinatais, prematuridade, partos operatórios, deformações e amputações fetais e hipóxia.

É provável que fatores patológicos intrínsecos ou extrínsecos à gestação sejam responsáveis pela rotura das membranas, principalmente no período pré-termo, quando a resistência das membranas está aumentada. Evidências indicam que a infecção das membranas, por germes ascendentes do meio vaginal, pode ser a responsável por um número substancial de roturas corioamnióticas.

Pacientes com cervicodilatação precoce (a exemplo da multiparidade, da gemelaridade, do polidrâmnio, da macrossomia e da insuficiência istmo-cervical) têm maior frequência de rotura prematura de membranas. As membranas ovulares, assim expostas, apresentariam maior probabilidade de comprometimento pela agressão direta de germes vaginais ou pela ação indireta das enzimas por eles produzidas, especialmente em pacientes socioeconomicamente desfavorecidas, sem adequado acompanhamento pré-natal e sem tratamento sistemático das infecções vaginais. O pré-natal inadequado, independentemente de outros fatores, está associado ao aumento de risco de RPMO, principalmente no período pré-termo. As infecções do

trato urinário, o tabagismo materno e o sangramento transvaginal no decorrer da gestação atual estão, também, relacionados ao incremento de sua incidência.

Devemos lembrar, ainda, a maior probabilidade de ocorrência do quadro após procedimentos invasivos (amniocentese, cordocentese, transfusão intrauterina) e após circlagem do colo do útero.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico. Na anamnese, o médico deverá inquirir a paciente sobre o momento da rotura, a atividade exercida, a quantidade e a continuidade da perda de líquido, a cor e o odor do fluido. Em 90% dos casos de história de perda repentina de líquido, inicialmente em grande volume e posteriormente em menor quantidade, mas continuamente, a suspeita clínica é confirmada. No diagnóstico diferencial, deve-se distingui-la da perda urinária involuntária e do conteúdo vaginal excessivo.

O exame especular, principal método diagnóstico, realizado sob assepsia, evidenciará a presença de líquido amniótico fluindo pelo canal cervical.

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. Tais informações podem ser facilmente obtidas por meio de exame vaginal com espéculo.

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 falsos 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 falsos positivos e negativos.

Eventualmente, pode-se usar a manobra de Tarnier na tentativa de facilitar o fluxo de líquido amniótico pelo canal cervical. Com uma das mãos, afasta-se a apresentação fetal, deslocando-a no sentido cranial materno, enquanto pressiona-se o fundo uterino com a outra mão. Com o diagnóstico confirmado, deveremos caracterizar o líquido quanto ao cheiro, à cor e à presença de grumos.

Durante a realização do exame especular, pode-se colher material para a complementação propedêutica. Culturas cervicais e vaginais para gonococos, estreptococos do grupo B e clamídia, quando disponíveis, deverão ser solicitadas. Outros exames laboratoriais podem ser utilizados para confirmação diagnóstica: determinação do pH vaginal, que se encontra alcalinizado em presença do líquido amniótico; teste de cristalização em folha de samambaia do conteúdo endocervical, indicando a presença de cristaloides provenientes do líquido amniótico; e pesquisa de células fetais no conteúdo do meio vaginal ou endocervical.

Os casos suspeitos ou confirmados de RPMO não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

Embora a ultrassonografia não permita firmar o diagnóstico, ela pode ser muito sugestiva ao evidenciar, por intermédio da medida do ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional, em uma curva de valores normais, a presença de oligoâmnio.

Conduta:

O elemento fundamental para a conduta em cada caso diagnosticado é a idade gestacional. Nas gestações de termo, o profissional de saúde da unidade básica deverá encaminhar a gestante para a maternidade ou o hospital já designado para o atendimento ao parto. Nas gestações pré-termo, com maior risco de complicações maternas e perinatais, as mulheres devem ser imediatamente referidas para o hospital incumbido do atendimento às gestações de alto risco daquela unidade, onde procedimentos propedêuticos e terapêuticos adicionais serão realizados.

O prognóstico materno na atualidade é favorável, embora se registre ainda considerável incremento da infecção puerperal. O resultado perinatal, no entanto, continua sendo preocupante, em virtude dos elevados índices de prematuridade e de infecção perinatal.

6.3.4 Trabalho de parto prematuro (TPP)

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 semanas (ou 154 dias) e 37 semanas (ou 259 dias). Para o diagnóstico de trabalho de parto prematuro, deve-se considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais. É importante lembrar que, durante a gestação, existem contrações uterinas 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 do que 50%.

Condutas:

- Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais 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, encaminhe a mulher para um hospital de referência.

O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional. Portanto, a paciente deve ser encaminhada para centro de referência. É importante lembrar, para o profissional que faz o acompanhamento pré-natal, que a história de prematuridade anterior é o fator de risco que, isoladamente, tem a maior capacidade de ajudar a se prever a prematuridade na atual gestação.

O TPP frequentemente é relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana. Por isso, nessas situações, está recomendado o rastreamento. Para a vaginose bacteriana pode ser feita a abordagem sindrômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível. Na suspeita de infecção urinária, solicite urina tipo I e urocultura.

6.3.5 Gestação prolongada

Conceitua-se gestação prolongada, também referida como pós-datismo, aquela cuja idade gestacional na mulher 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 o aumento da morbimortalidade perinatal.

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

Conduta:

O controle da gestante nessa situação objetiva identificar a eventualidade de hipóxia consequente à insuficiência placentária. Desta forma, os cuidados dirigem-se ao controle das condições de vitalidade fetal.

Por volta da 41ª semana de idade gestacional ou antes disso, se houver diminuição da movimentação fetal, encaminhe a gestante para um centro de referência para outros testes de vitalidade fetal, incluindo cardiotocografia, ultrassonografia, dopplervelocimetria e 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 encaminhada ao centro de referência para avaliação de vitalidade, nenhuma gestante deve receber alta do pré-natal da unidade básica antes da internação para o parto.

6.3.6 Crescimento intrauterino restrito (Ciur)

Refere-se a qualquer processo capaz de limitar o potencial intrínseco de crescimento fetal intraútero. Sua incidência varia de 3% a 7% em todas as gestações, dependendo dos critérios utilizados para o diagnóstico.

A distinção entre *crescimento intrauterino restrito* (Ciur) e *pequeno para a idade gestacional* (PIG) é importante, visto que alguns recém-nascidos considerados como PIG não sofreram Ciur. Nestes casos, existem razões genéticas para o baixo peso ao nascer (constitucional). Por outro lado, alguns recém-nascidos com Ciur não são PIG, como nos casos dos fetos com potencial de crescimento, por exemplo, para atingir 4kg ao termo, mas que – como resultado de um ambiente intrauterino desfavorável – atingem somente 3kg, sendo considerados, portanto, como "adequados para a idade gestacional" (AIG). O ideal seria conseguir determinar o padrão

de crescimento do feto em estudo e, a partir daí, determinar se a curva de desenvolvimento é normal ou não.

As causas de Ciur podem ser divididas conceitualmente em três categorias principais, conforme o quadro a seguir:

Quadro 16 – Causas de crescimento intrauterino restrito

Causas maternas	Causas fetais	Causas útero-placentárias
Fatores constitucionais (peso materno pré-gravídico < 50kg; idade materna < 19 anos; condição socioeconômica desfavorável).	Anomalias cromossômicas numéricas (principalmente as trissomias 13, 18 e 21) e estruturais.	Anomalias uterinas.
Hábitos tóxicos (álcool, fumo, drogas).	Displasias esqueléticas.	Má adaptação da circulação materna.
Doenças maternas (síndromes hipertensivas, doença renal crônica, doenças cardiopulmonares, diabetes mellitus com vasculopatia, doenças autoimunes, anemias, infecção etc.).	Infecções (rubéola, toxoplasmose, citomegalovirose, herpes, sífilis, parvovirose etc.).	Mosaicismo placentar.
	Gemelaridade.	Placentação baixa.

Fonte: (RAGONESI; BERTINI, CAMANO, 1997, adaptado).

Sempre que houver discrepância entre a idade gestacional e a medida de fundo uterino, deve haver suspeita de Ciur. Na anamnese, é recomendado identificar possíveis causas maternas, inclusive abordando doenças associadas, uso de drogas, infecções, história obstétrica anterior (recém-nascidos considerados como PIG, Ciur anterior etc.).

O diagnóstico ultrassonográfico é considerado fundamental frente à suspeita de Ciur. Classicamente tem sido utilizado o peso fetal estimado abaixo do percentil 10 para a idade gestacional como parâmetro diagnóstico. Todavia, tem sido proposta a ultrassonografia seriada para avaliação do crescimento fetal, principalmente devido às diferenças existentes entre as definições de PIG e Ciur. São utilizados os seguintes parâmetros de análise:

- Biometria fetal: diâmetro biparietal (DBP), circunferência cefálica (CC), circunferência abdominal (CA), fêmur (F), diâmetro de cerebelo;
- Circunferência abdominal: isoladamente, é o melhor parâmetro para avaliação do crescimento fetal;
- Diâmetro cerebelar transverso: é um bom parâmetro para a avaliação da idade gestacional por não sofrer alteração devido ao Ciur e, com isso, permite uma boa correlação entre a idade gestacional e o crescimento fetal;
- Peso fetal: deve-se utilizar curvas conforme a população;
- Relações biométricas específicas: CC/CA diminui com a evolução da gestação normal;
- CC/CA > 1 até 36 semanas;

- CC/CA = 1 na 36ª semana;
- CC/CA < 1 acima de 36 semanas;
- F/CA não sofre influência da idade gestacional e tem como valor de normalidade 0,20 a 0,24.

Para a tomada de decisão, alguns fatores são importantes, tais como: idade gestacional, vitalidade e maturidade fetal, patologia materna de base, tipo de Ciur, presença de defeito congênito, presença de oligodrâmnia.

É importante ressaltar que, diante de um caso suspeito de Ciur, a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco para avaliação e conduta específicas.

6.3.7 Varizes e tromboembolismo

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

Na história clínica, é importante perguntar à gestante questões sobre a ocorrência de situação semelhante em familiares. As varizes estão associadas a edema e à sensação de desconforto ou dor nas pernas.

Recomende à gestante:

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

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

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

6.3.8 Anemia

Recomendação:

O rastreamento para anemia deve ser oferecido a toda gestante durante o pré-natal. O exame deve ser solicitado o mais precocemente possível (no diagnóstico de gestação) e com 28 semanas. A dosagem de hemoglobina também deve ser solicitada o mais precocemente possível (grau de recomendação A – nível de evidência II).

A anemia é definida durante a gestação com os valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 11g/dl. O rastreamento deve ser oferecido a toda gestante o mais precocemente na vinculação do pré-natal e novamente com aproximadamente 28 semanas.

A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

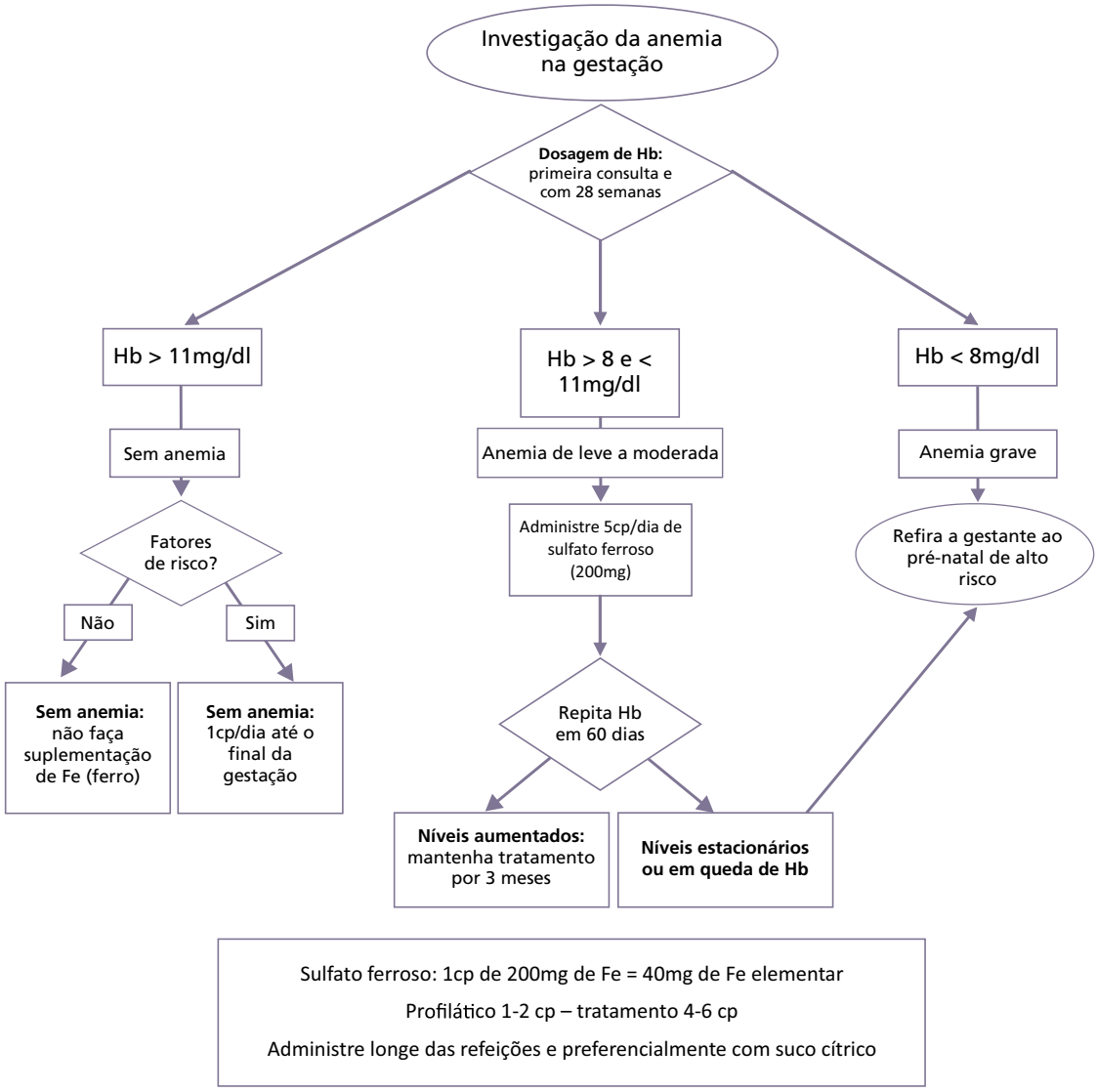
Os fatores de risco para anemia na gestação são:

- Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais;
- Perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão;
- Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoide, Aids, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide);
- Infecções de longo prazo;
- Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e anemia falciforme.

Há algumas revisões sistemáticas que apontam para a falta de estudos e, por conseguinte, de evidências para a suplementação profilática universal de sulfato ferroso com ou sem associação com ácido fólico (PEÑA-ROSAS; VITERI, 2009).

Apesar da alta incidência de anemia ferropriva durante a gestação, há poucos estudos bem delineados que avaliam efeitos neonatais e maternos da administração de ferro (REVEIZ; GYTE; CUERVO, 2009). A administração via oral melhora os índices hematológicos, mas frequentemente causa efeitos gastrointestinais. O tratamento das anemias deve seguir o fluxo sugerido a seguir.

Figura 9 – Rastreamento e conduta na anemia gestacional



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

6.3.9 Doença falciforme

A doença falciforme é uma alteração genética hereditária causada por uma mutação do gene que produz a hemoglobina. Em vez da hemoglobina A, é produzida a hemoglobina S, que tem formato arredondado e assume uma forma de meia-lua ou foice (daí o nome "falciforme"). Nesse formato, as hemácias não exercem a função de oxigenação do corpo de forma satisfatória e causam diversas complicações em órgãos e sistemas: além da anemia crônica, há episódios de

dores osteoarticulares, dores abdominais, infecções, infartos, entre outros agravos. Embora a referida doença não tenha cura, existe tratamento. Para haver a doença é imprescindível que haja a ligação de dois cromossomos (pai e mãe), que precisam se manifestar nos dois. Caso se manifeste em apenas um, o cromossomo sadio consegue "inibir" o outro, deixando a pessoa ser portadora da doença ou com traço falciforme.

Mulheres com doença falciforme apresentam maior risco de abortamento e complicações durante o parto (bebê natimorto, prematuridade, toxemia grave, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, entre outras).

A maioria das pessoas desconhece o diagnóstico e só descobre a doença quando elas estão grávidas devido aos sintomas. Como esta doença é mais prevalente entre as negras, elas estão expostas a um maior risco durante a gravidez e, portanto, necessitam de um acompanhamento mais intensivo.

A indicação para mulheres com doença falciforme é que o parto aconteça no oitavo mês, pois é alta a probabilidade de ocorrer calcificação da placenta no nono mês de gestação. O parto não deve ser natural/fisiológico, pois há risco de hemorragia e outras complicações (como falta de sangue na maternidade, por exemplo), que podem acarretar morte.

Os eventos maternos mais graves ocorrem principalmente no terceiro trimestre de gestação, durante o parto e o puerpério.

Na criança, a doença falciforme pode ser detectada pelo teste do pezinho, que é realizado nas unidades básicas de saúde na primeira semana de vida do bebê. A eletroforese de hemoglobina é o único exame capaz de detectar o traço em adultos. Por tal razão, é orientado para as gestantes no pré-natal desde junho de 2011 e financiado pelo Ministério da Saúde. Tal exame deve ser realizado se a gestante for negra, se tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou se apresentar história de anemia crônica. Assim que a doença for detectada, a gestante, agora de alto risco, deve ser encaminhada para um serviço de referência para a realização do seu pré-natal. Embora a referida gestante seja de alto risco, ela continuará a ser atendida, concomitantemente, pela equipe de atenção básica na sua UBS para as demais orientações de saúde.

6.3.10 Diabetes gestacional

A diabetes mellitus gestacional (DMG) é definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; WHO, 2006). É o problema metabólico mais comum na gestação e tem prevalência entre 3% e 13% das gestações. A prevalência estimada de DMG no Brasil é de 7,6% entre as gestantes com mais de 20 anos (REICHELT, 1998). Fora do período gestacional, estas pacientes, na maioria dos casos, não são classificadas como portadoras de DMG, mas como pessoas com tolerância diminuída à glicose.

Um recente estudo (CROWTHER et al., 2005) – *Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women* (Achois) – demonstrou risco aumentado de morbimortalidade com DMG. Na

mãe, a hiperglicemia pode aumentar a incidência de pré-eclâmpsia na gravidez atual, além de aumentar a chance de desenvolver diabetes e tolerância diminuída a carboidratos no futuro. No feto, a DMG está associada às possíveis morbidades decorrentes da macrossomia (como a ocorrência de distócia durante o parto) e, no bebê, está associada à hipoglicemia, à icterícia, ao sofrimento respiratório, à policitemia e à hipocalcemia.

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

Recomendação:

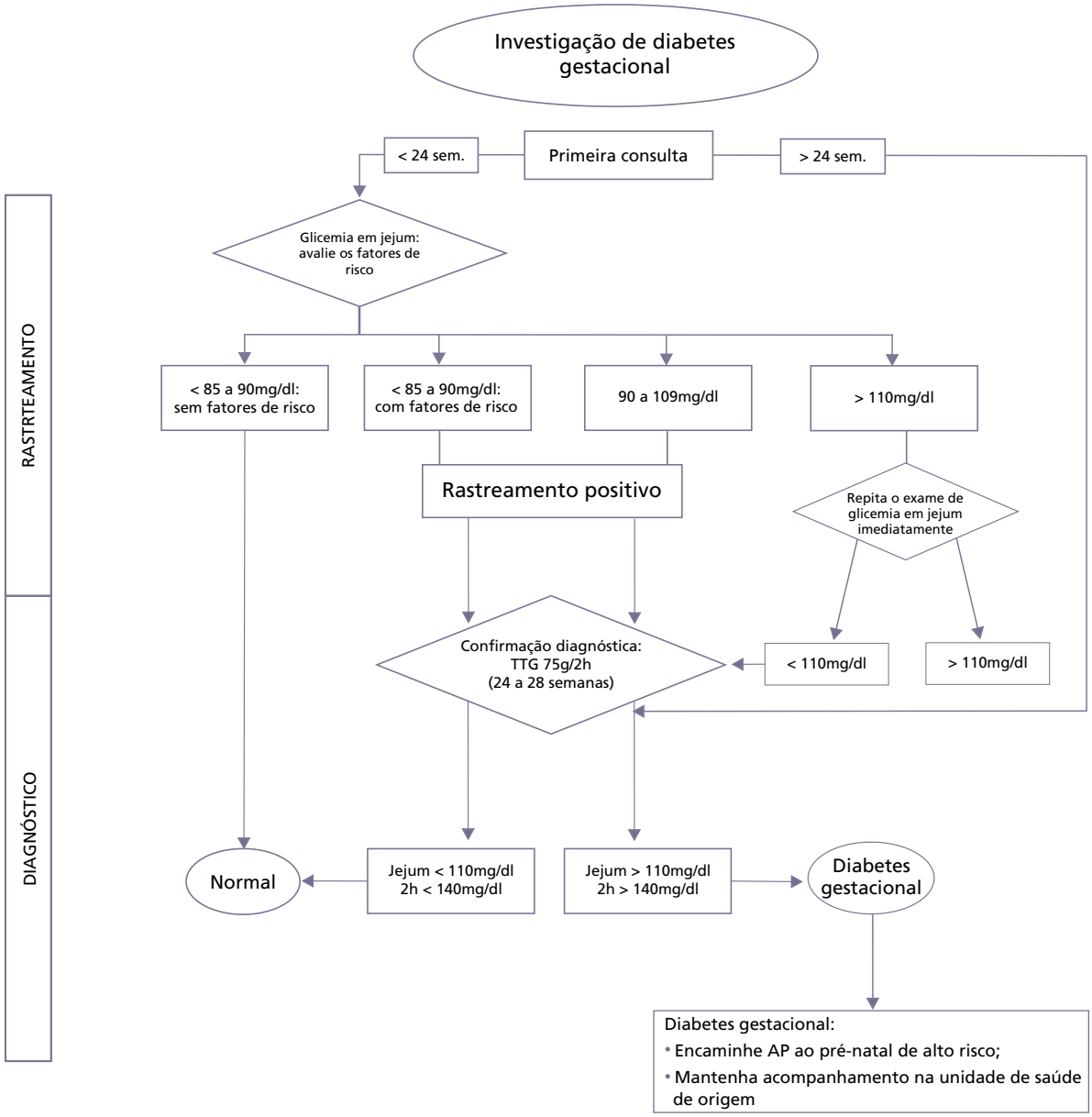
O rastreamento para diabetes mellitus gestacional (DMG), de acordo com os fatores de risco, deve ser oferecido a toda gestante durante o pré-natal (grau de recomendação B – nível de evidência II). O rastreamento deve ser recomendado de acordo com os fatores de risco para DMG. O exame, quando solicitado, deve ser oferecido na primeira consulta e/ou em 24 a 28 semanas de gestação. Toda gestante e seu acompanhante devem ser orientados sobre os riscos e benefícios de rastreamento de DMG e sobre as possíveis complicações próprias da diabetes.

O rastreamento de DMG é recomendado por grande parte das sociedades médicas e pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006); porém, o impacto do rastreamento nos desfechos gestacionais e o melhor exame de rastreamento ainda permanecem controversos (KELLY; EVANS; MESSENGER, 2005).

A *US Preventive Services Task Force* (USPSTF, 2008) concluiu, com base em estudos de revisões sistemáticas atuais (HILLER, 2008), que não há evidências do impacto de desfechos maternos e neonatais para o rastreamento de diabetes gestacional, inclusive antes de 24 semanas (nível de evidência II).

Neste manual técnico, seguimos a recomendação da OMS para o rastreamento, ou seja, de acordo com os fatores de risco da paciente, conforme mostra o seguinte fluxograma:

Figura 10 – Investigação do diabetes gestacional



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

A decisão de realizar ou não o rastreamento deve ser compartilhada com a paciente e seu acompanhante levando-se em consideração alguns critérios:

- A potencial redução de morbimortalidade do rastreamento e o possível tratamento de DMG;
- A possível iatrogenia (orgânica e psicológica), com as intervenções e o monitoramento para as pacientes com exames falsos positivos (com exame positivo, mas sem a doença);

- O aumento no custo do pré-natal de baixo risco;
- Os benefícios potenciais a longo-termo com o rastreamento.

Para o diagnóstico do diabetes gestacional, a OMS recomenda o emprego do mesmo teste indicado para o diagnóstico do diabetes fora da gestação (nos casos de intolerância à glicose): teste oral de tolerância à glicose, com 75g de glicose (TTG 75g – 2h) e com duas medidas da glicose plasmática, uma em jejum e outra 2h após a sobrecarga (WHO, 2006).

Os seguintes fatores de risco devem ser avaliados para toda gestante:

Quadro 17 – Fatores de risco para diabetes mellitus

Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional (DMG) e obesidade materna
Idade de 35 anos ou mais;
Sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;
Deposição central excessiva de gordura corporal;
Baixa estatura (≤ 1,50m);
Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia (peso ≥ 4,5kg) ou DMG;
História familiar de DM em parentes de 1° grau;
Síndrome de ovários policísticos.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

Algumas orientações gerais sobre DMG merecem destaque:

- O diagnóstico de DMG pode exigir da paciente um aumento considerável de exames e monitoramento durante o pré-natal e o pós-parto;
- Na grande maioria dos casos, os efeitos relacionados ao DMG para a mãe e para o feto em formação não são graves;
- Para a maioria das mulheres, o DMG responde bem somente à dieta e aos exercícios físicos;
- Pode-se utilizar adoçantes artificiais (aspartame, sacarina, acessulfame-K e neotame) com moderação;
- Algumas mulheres (de 10% a 20%) necessitarão usar insulina caso as medidas não farmacológicas não controlarem o DMG, principalmente as de ação rápida e intermediária. A insulina de ação prolongada, embora tenha se mostrado segura em alguns relatos de casos, não dispõe de evidências suficientes para sua indicação generalizada;
- A conduta obstétrica de uso de corticoesteroides para maturação pulmonar fetal não é contraindicada, mas deve-se administrá-los de forma concomitante ao monitoramento intensivo da glicemia e aos ajustes da dose de insulina. Indica-se também, se necessário, o uso de tocolíticos para inibir trabalho de parto prematuro;
- É essencial reavaliar a tolerância da paciente à glicose a partir de seis semanas após o parto, com glicemia de jejum ou com um teste oral de 75g de glicose, dependendo da gravidade do quadro metabólico apresentado na gravidez.

6.3.11 Síndromes hipertensivas na gestação

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para que possamos alterar para melhor os resultados maternos e perinatais. Os objetivos do manejo da hipertensão arterial na gravidez são: proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão, especialmente da hemorragia cerebral; minimizar a prematuridade; manter uma perfusão útero-placentária adequada, reduzindo a hipóxia, o crescimento intrauterino restrito e o óbito perinatal.

A definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PA sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica de > 90mmHg. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. O diagnóstico é feito pela medida seriada dos níveis pressóricos durante o acompanhamento pré-natal.

Com o advento da Rede Cegonha, foram incluídos novos exames. Entre eles está o exame de proteinúria (teste rápido), a ser realizado na unidade de saúde. Tal exame é de suma importância, pois facilita o acesso de gestantes com suspeita de hipertensão ao exame, que é fundamental no diagnóstico da hipertensão gestacional, o que possibilita o manejo precoce das gestantes, diminuindo riscos de morbimortalidade materna e fetal.

Sabe-se que a gravidez pode induzir hipertensão arterial em mulher previamente normotensa ou agravar uma hipertensão preexistente. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a HAS na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- Hipertensão crônica: estado hipertensivo registrado antes do início da gestação no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e persiste depois de 12 semanas após o parto;

- Hipertensão gestacional: aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente, a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como "transitória", embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes. Acredita-se que tais mulheres são propensas a desenvolver hipertensão arterial essencial no futuro. Quando a hipertensão persiste, ela é denominada como "crônica". É um diagnóstico basicamente retrospectivo, pois as complicações das pacientes que no momento da avaliação se apresentam sem proteinúria podem evoluir com pré-eclâmpsia;

- Pré-eclâmpsia: aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa. É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstricção aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico;

- Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;

- Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: é definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em gestantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas.

O diagnóstico diferencial pode tornar-se difícil quando a gestante é vista pela primeira vez após a 20ª semana com hipertensão arterial e não sabe informar com precisão seus níveis pressóricos anteriores. Se a gestante não for primigesta, se tiver o mesmo companheiro de sua primeira gestação e se tiver ácido úrico sérico menor do que 4,5mg/dL, o diagnóstico de hipertensão arterial crônica é mais provável, mesmo com a presença de proteinúria significativa. Faz-se o diagnóstico de pré-eclâmpsia superposta a HAS crônica quando ocorrer piora dos níveis pressóricos e aumento da uricemia (> 6mg/dL) e da proteinúria após a primeira metade da gestação.

O ácido úrico sérico eleva-se precocemente na pré-eclâmpsia e tem correlação positiva com lesões de ateromatose do leito placentário, recém-nascidos de menor peso, grau de hemoconcentração e gravidade da glomeruloendoteliose. Cifras de uricemia acima de 4,5mg/dL são anormais na gestação.

Existem vários fatores que aumentam a chance de uma gestante ter hipertensão arterial: primiparidade, diabetes mellitus, gestação gemelar, história familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia, hidropsia fetal (não imune), gestação molar, nova paternidade. Outros fatores com evidência mais fraca: IMC > 25,8; idade materna maior do que 35 anos, uso de método anticoncepcional de barreira, aborto prévio, ganho excessivo de peso.

Hipertensão arterial persistente igual ou superior a 160/110mmHg ou proteinúria de 24h superior a 3g ou presença de qualquer um dos critérios de risco listados na tabela 15: tais indícios são suficientes para se considerar uma gestante como paciente de pré-eclâmpsia grave. Em geral, gestantes com sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave têm enfermidade descompensada, que evolui para complicações maternas e fetais, com risco iminente de morte.

Quadro 18 – Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia

Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia
PAD > 110mmHg ou PAS > 160mmHg.
Proteinúria de 24h > 3g.
Perda progressiva da função renal: • oligúria (menor do que 400mL/24h); • umento da creatinina sérica (especialmente > 2mg/dL).
Disfunção hepática: aumento das enzimas hepáticas (TGO, TGP); dor em hipocôndrio direito (iminência de ruptura hepática).
Sinais de hemólise microangiopática: • hiperbilirrubinemia (direta); • aumento da desidrogenase lática (DHL > 600U/l); • hemácias fragmentadas no sangue periférico (esquizócitos).
Plaquetopenia (< 100.000/mm3).
Eclâmpsia.

continua

continuação

Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia
Sinais de eclâmpsia iminente: visão turva, diplopia, escotomas cintilantes, cefaleia, tontura, epigastralgia, confusão mental, perda da consciência.
Sinais de descompensação cardíaca: cianose, edema agudo de pulmão, insuficiências pulmonar e cardíaca.
Fundoscopia alterada: hemorragia retiniana, exsudatos, edema de papila.
Restrição do crescimento fetal.
Oligodrâmnio.
PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica.

Fonte: (DUNCAN; SCHMIDT; GUIGLIANI, 2004, adaptado).

A hipertensão arterial sistêmica na gestante negra

Os cuidados e procedimentos vistos anteriormente se dão também para as gestantes negras. Porém, estas mulheres requerem maiores cuidados devido à maior incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e morte materna na população negra. Por tal especificidade, as equipes de atenção básica devem conhecer e estar sensibilizadas com os agravos e riscos que incidem de forma mais intensa no referido grupo étnico. Para o atendimento às gestantes negras, a equipe de saúde necessita reforçar as orientações quanto à alimentação balanceada e saudável e verificar a possibilidade real de que tal dieta seja implementada, além de respeitar suas particularidades étnicas e culturais, no sentido de reduzir as desigualdades no perfil de morbimortalidade.

No Brasil, não há muitos dados de mortalidade que considerem a variável raça/cor. No entanto, um dado trazido pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão em relação ao gênero e à cor demonstrou o predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Além disso, informou que não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil. Outros dados existentes revelam que a taxa de mortalidade das mulheres negras é quase seis vezes maior do que a taxa de mortalidade relativa às mulheres brancas.

A mortalidade materna da mulher negra relega à orfandade e à miséria absoluta um número significativo de crianças, já que, em sua grande maioria, as mulheres negras são chefes de família, sem cônjuges e com filhos. As causas podem estar relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como hipertensão arterial e diabetes, mas também aos fatores relacionados à dificuldade de acesso, à baixa qualidade do atendimento (por razões sociais ou de discriminação) e à falta de ações e de capacitação dos profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas. As mulheres negras apresentam maior risco do que as mulheres brancas de contrair e morrer de determinadas doenças cujas causas são evitáveis.

Nas populações quilombolas, deve haver uma busca das gestantes para o início do pré-natal, assim como um compromisso da equipe de saúde para o seu atendimento regular, já que tais populações comumente vivem em locais mais afastados dos outros munícipes. Lembramos que a indicação para o pré-natal deve ser feita conforme as orientações para as demais gestantes. É importante que a equipe reconheça as parteiras tradicionais quilombolas na comunidade, capacitando-as e vinculando-as à unidade básica de saúde (UBS).

A maior parte da população feminina brasileira, comprovadamente, tem escolaridade materna menor do que 12 anos, mães sem companheiros, multiparidade, intervalo interpartal curto, idade materna maior do que 30 anos e raça negra.

Conduta:

Independentemente da gravidade do quadro clínico, toda paciente com diagnóstico de pré-eclâmpsia deve ser hospitalizada para acompanhamento em unidade de gestação de alto risco (nível de evidência II). Mesmo nos casos leves, tanto o feto como a gestante podem subitamente desenvolver complicações que podem evoluir para o óbito. Embora não haja unanimidade entre os autores sobre a vantagem da internação hospitalar de todas as gestantes com pré-eclâmpsia, recomenda-se referenciar inicialmente a gestante à urgência obstétrica para avaliação do bem-estar materno-fetal e, depois, se ela não permanecer internada, deve-se referenciá-la ao pré-natal de alto risco.

Para a prevenção da pré-eclâmpsia, não se recomenda prescrever ácido acetilsalicílico para gestantes normais (grau de recomendação A); porém, para mulheres com risco moderado e elevado de pré-eclâmpsia, o uso de baixas doses pode ser útil, devendo ser iniciado na 12ª à 14ª semana de gestação (grau de recomendação B) (POLI-DE-FIGUEIREDO, 2010).

A suplementação de cálcio não é recomendável para as gestantes que ingerem quantidades normais desse íon (grau de recomendação A), mas admite-se que a sua suplementação oral possa ter efeitos favoráveis na prevenção entre gestantes de moderado a alto risco e com baixa ingestão.

O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é a interrupção da gestação e a retirada da placenta, medida que é sempre benéfica para a mãe. Entretanto, a interrupção da gestação pode não ser benéfica para o feto, devido às complicações inerentes à prematuridade. Por isso, devem ser avaliadas a idade gestacional, a gravidade da doença, as condições maternas e fetais e a maturidade fetal, para se indicar o momento mais adequado para a interrupção da gestação. Embora o feto esteja também em risco, muitas vezes é instituído tratamento conservador para assegurar maior grau de maturidade fetal. Outras vezes, mesmo com o feto em pré-termo, a gravidade do quadro clínico pode impor a necessidade da interrupção da gestação, apesar de haver grande risco de óbito neonatal por prematuridade.

Na gestação a termo não existem dúvidas: recomenda-se que a intervenção seja considerada em todos os casos a partir da 37ª semana de gravidez. Para o período pré-termo, inferior a 37 semanas, algumas considerações deverão ser feitas:

- Mulheres com idade gestacional de 32 a 34 semanas e mais deverão ser consideradas para tratamento conservador em unidades especializadas;
- A administração de corticoide está indicada para grávidas pré-eclâmpticas com idade gestacional entre 24 e 34 semanas;
- A interrupção da gestação deverá ser sempre considerada nos casos de pré-eclâmpsia grave, independentemente da idade gestacional.

Recomenda-se o uso de sulfato de magnésio para prevenir eclâmpsia em mulheres com pré-eclâmpsia grave (grau de recomendação A) e para a prevenção de eclâmpsia se a pré-eclâmpsia for leve, porém com impacto diferente (grau de recomendação B).

As indicações para o tratamento anti-hipertensivo não se baseiam em ensaios clínicos com desfechos claramente definidos, mas sim em padrões da prática clínica estabelecidos ao longo de muitos anos.

Sugere-se que o tratamento seja instituído mais precocemente quando a PA for > 150/100mmHg. Em situações especiais, como é o caso de gestantes adolescentes com PA anterior à gravidez inferior a 90/75mmHg e em grávidas com sintomas que podem ser atribuídos à HAS, admite-se iniciar o tratamento mais precocemente. O objetivo do tratamento anti-hipertensivo na pré-eclâmpsia é alcançar a PA sistólica entre 130 a 150mmHg e a PA diastólica de 80 a 100mmHg.

Quanto ao tratamento, dois cenários devem ser considerados:

- Tratamento agudo: em urgência ou emergência hipertensiva, que requer hospitalização, monitoramento intensivo, antecipação do parto e administração parenteral de anti-hipertensivos, preferencialmente a hidralazina. Recomenda-se, também, a administração endovenosa de sulfato de magnésio, que é considerado a droga de escolha para a prevenção da eclâmpsia (grau de recomendação A);

- Tratamento de longo prazo: para pacientes com pré-eclâmpsia com quadro estabilizado, sem necessidade de parto imediato, está indicado tratamento anti-hipertensivo por via oral. Recomenda-se não prescrever anti-hipertensivo para HAS com valores de PA < 150/100mmHg associada à pré-eclâmpsia ou à hipertensão crônica. Não há comprovação de benefícios para a mãe ou para o feto, exceto redução do risco de HAS grave, que é considerada insuficiente diante da exposição do feto ao risco potencial de comprometimento de seu crescimento.

As opções de uso de anti-hipertensivos orais são as mesmas apresentadas para as gestantes portadoras de HAS crônica ou preexistente. A alfametildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto. Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC), como nifedipino, anlodipino e verapamil, podem ser considerados drogas alternativas. Os betabloqueadores são considerados seguros na gravidez, embora se atribua a eles redução no crescimento fetal.

Na pré-eclâmpsia, a prescrição de diuréticos é geralmente evitada; porém, os tiazídicos podem ser continuados em gestantes com HAS crônica, desde que não promovam depleção de volume. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECAs) e os bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) são contraindicados.

Em relação à HAS crônica, recomenda-se o início ou a reinstituição do tratamento medicamentoso com PA sistólica > 150mmHg e PA diastólica de 95 a 99mmHg ou sinais de lesão em órgão-alvo. Para gestantes portadoras de HAS crônica que estão em uso de anti-hipertensivos e com PA < 120/80mmHg, recomenda-se reduzir ou mesmo descontinuar o tratamento e iniciar monitoramento cuidadoso da PA.

Obs.: a diminuição excessiva da PA pode acarretar o comprometimento do bem-estar fetal, devido ao agravamento da perfusão placentária, já prejudicada pelo processo fisiopatológico.

A utilização de anti-hipertensivos na mulher que está amamentando merece alguns cuidados. É necessário considerar que todos os medicamentos, de alguma forma e com diferentes concentrações, passam para o leite materno. A tabela seguinte mostra as medicações, disponíveis no Brasil, consideradas seguras, moderadamente seguras e as não recomendadas para a referida situação particular.

Quadro 19 – Utilização de anti-hipertensivos pela lactante (uso no período neonatal)

Medicamentos	Recomendação
Diuréticos: hidrocloritiazida, espironolactona.	Seguros
Inibidores adrenérgicos: alfametildopa, propanolol.	
Vasodilatadores: hidralazina, minoxidil.	
Antagonistas do canal de cálcio: verapamil, nifedipino, nitrendipino.	
Inibidores da ECA: banazapril, captopril, enalapril, quinadril.	
Diuréticos: furosemida, triantereno.	Moderadamente seguros
Inibidores adrenérgicos: atenolol, bisoprolol, carvedilol, metoprolol.	
Antagonistas do canal de cálcio: anlodipino, isradipino, nisoldipino.	
Inibidores da ECA: fosinopril, lisinopril, ramipril.	
Bloqueadores do receptor AT1: candesartana, olmesartana, telmisartana.	
Inibidores adrenérgicos: reserpina, nadolol, prazosina, terazosina.	Potencialmente perigosos
Inibidores da ECA: fosinopril,* ramipril.*	
Bloqueadores do receptor AT1: telmisartana,* valsartana.	

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Complicações:

A hipertensão arterial na gestação pode gerar uma gama muito variada de complicações, que invariavelmente exigem avaliação e manejo cuidadosos por parte da equipe médica, em geral necessitando de uma abordagem hospitalar.

Uma complicação grave, que acomete 4% a 12% de gestantes com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia e que se relaciona a altos índices de morbiletalidade materno-fetal, é a síndrome de *Hellp*. O acrônimo *Hellp* significa hemólise (*hemolysis*), aumento de enzimas hepáticas (*elevated liver enzimes*) e plaquetopenia (*low platelets*).

A síndrome está relacionada ao vasoespasmo no fígado materno. A sintomatologia é, em geral, pobre, podendo-se encontrar mal-estar, epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, perda de apetite e cefaleia.

A confirmação diagnóstica é laboratorial: plaquetopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm3), presença de esquizócitos no sangue periférico, aumento da desidrogenase láctica (DLH > 600U/l), bilirrubina total > 1,2mg/dl, TGO > 70U/l.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com esteatose hepática aguda da gravidez, púrpura trombocitopênica, hepatite viral, síndrome hemolítico-urêmica, glomerulonefrite, hiperêmese gravídica, úlcera péptica, pielonefrite, lúpus, uso de cocaína etc.

Pacientes que apresentarem esta sintomatologia, acompanhada de exames laboratoriais alterados, devem ser encaminhadas para urgência obstétrica, para avaliação.

6.3.12 Doença hemolítica perinatal

A doença hemolítica perinatal (DHP) caracteriza-se pela hemólise fetal, com suas múltiplas e graves repercussões sobre a vitalidade do feto. É decorrente da incompatibilidade sanguínea materno-fetal, em que anticorpos maternos atravessam a barreira placentária e agem contra antígenos eritrocitários fetais. Ocorre, neste caso, uma reação antígeno-anticorpo que promove a hemólise eritrocitária. Isso representa, em maior ou menor grau, o principal determinante das diversas manifestações clínicas da doença (anemia, hipóxia).

Também conhecida como isoimunização (produção de anticorpos em resposta a antígenos provenientes de um ser da mesma espécie), a DHP tem como pré-requisito a transfusão de sangue com fator Rh positivo para a mulher com fator Rh negativo. Embora a doença hemolítica não seja exclusiva do sistema Rh, esta forma de incompatibilidade (sistema Rh) é responsável por 80% a 90% dos casos de doença hemolítica perinatal clinicamente detectável.

Em princípio, as células do sangue materno e fetal não se misturam, mas, de fato, pequenos sangramentos podem ocorrer durante a gestação e permitir o contato. De início, os anticorpos produzidos são IgM, que não atravessam a placenta. Em seguida, há produção de anticorpos IgG, moléculas pequenas que atravessam a placenta e provocam a ruptura das hemácias fetais, gerando um quadro progressivo de anemia.

O feto inicia, então, uma eritropoese compensatória à custa da medula óssea, do fígado e do baço, chegando a liberar na circulação eritroblastos jovens e imaturos, até cursar com hepatoesplenomegalia importante. Com a progressão do quadro, o feto sofre de hidropisia fetal (resultante da infiltração hepática por tecido hematopoiético), hipertensão do sistema porta (compressão parenquimatosa dos vasos porta) e hipoproteinemia (insuficiência de síntese). A evolução para hidropisia é acompanhada por insuficiência cardíaca congestiva, anóxia e óbito.

O quadro seguinte descreve as principais formas de exposição materna ao sangue fetal:

Quadro 20 – Formas de exposição materna ao sangue fetal

Espontânea	Traumática
Momento do parto	Amniocentese
Deslocamento prematuro de placenta	Biópsia de vilosidades coriônicas
Abortamento espontâneo	Cordocentese
Morte fetal intraútero	Abortamento induzido
Gestação ectópica	Transfusão sanguínea intrauterina
Mola hidatiforme	Versão externa
	Manipulação obstétrica
	Trauma abdominal

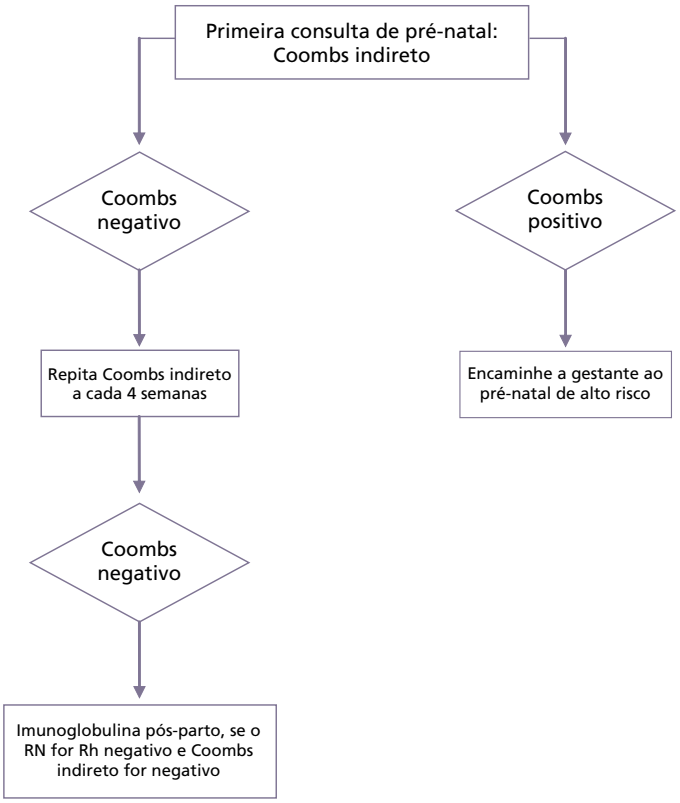
Fonte: (BRASIL, 2010d).

É fundamental que o diagnóstico se antecipe à DHP. Isso significa que, ao se firmar o diagnóstico de DHP, reconhecemos que medidas importantes deixaram de ser tomadas antes da atual gestação. São recomendadas as seguintes atitudes preventivas:

- Período pré-gestacional: detecte a mulher com risco de desenvolver isoimunização materno-fetal, pela solicitação da tipagem sanguínea com definição do fator Rh. Caso se identifique fator Rh negativo, deve-se pesquisar a presença do anticorpo anti-D, por meio do teste de Coombs indireto;
- Período pré-natal: adote medidas recomendadas para o período pré-gestacional, caso ainda não tenham sido realizadas. A preocupação nesta fase é a instalação da DHP. Se forem identificados anticorpos anti-D (Coombs indireto positivo), as gestantes devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco, no qual se determinará a intensidade da hemólise provocada no feto e poderão ser indicados procedimentos invasivos com maior brevidade. Caso o Coombs indireto resulte negativo, ele deve ser novamente solicitado a cada 4 semanas, após a 24ª semana gestacional;
- Período pós-natal: tem o objetivo de proteger as gestações futuras. Promove-se, na gestante com Rh negativo, a pesquisa do grupo sanguíneo e do fator Rh no sangue do recém-nascido, assim como o teste de Coombs direto para verificar a presença de anticorpos maternos anti-D no seu sangue. Se o recém-nascido for Rh positivo e seu Coombs direto for negativo, a mãe deverá receber a imunoglobulina protetora.

Deste modo, todas as gestantes devem ter o grupo ABO e o fator Rh determinados no período pré-gestacional ou na primeira consulta de pré-natal. A conduta deve ser adotada conforme o fluxograma a seguir.

Figura 11 – Fluxograma de gestante com RH negativo



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

De modo geral:

Todas as mulheres com Rh negativo não sensibilizadas (Coombs indireto negativo) devem receber 300mcg de imunoglobulina anti-D nas primeiras 72 horas após o parto de um recém-nascido com Rh positivo e Coombs direto negativo.

Também deve ser indicada imunoglobulina, dentro de 72 horas, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (amniocentese, biópsia de vilo corial, cordocentese) quando o pai é Rh+ e a mãe é Rh-.

6.3.13 Doenças respiratórias

A presença de doença respiratória na mulher em idade fértil constitui um desafio importante durante o período de pré-concepção, na gravidez e no pós-parto, quer pela influência que pode ter no desenrolar da gravidez e no bem-estar materno-fetal, quer pelo modo como a gravidez pode alterar o curso da mesma doença. É fundamental que haja o controle da doença de base, o reconhecimento e a prevenção da sua descompensação, ao mesmo tempo em que se minimizam os efeitos secundários das terapêuticas utilizadas sobre a mãe e o feto. Esta abordagem é multidisciplinar.

6.3.14 Alterações fisiológicas pulmonares na gravidez

Durante a gravidez ocorre uma série de alterações na fisiologia pulmonar resultantes do ambiente hormonal. A progesterona estimula o centro respiratório, propiciando um aumento do volume-corrente (que atinge 40% no termo) e do volume-minuto. Isto resulta numa alcalose respiratória moderada, com diminuição dos valores basais de PaCO2 para cerca de 30mmHg, compensados pelo aumento da excreção renal de bicarbonato e pela queda dos valores séricos para cerca de 20mEq/L. O consumo de oxigênio também aumenta em 20% a 30%, devido às maiores necessidades metabólicas. Finalmente, com o aumento do tamanho do útero, a capacidade residual funcional e o volume residual diminuem. Estas alterações podem resultar no rápido desenvolvimento de hipoxemia, em consequência da hipoventilação.

6.3.15 Asma brônquica

A asma é uma das doenças crônicas mais comuns e potencialmente mais perigosas durante a gravidez. Nos EUA, a prevalência da asma durante a gravidez tem sido estimada entre 3,7% e 8,4%, e as taxas elevadas de asma em mulheres jovens em idade reprodutiva parecem prever um aumento destas prevalências. Além disso, é admissível que estes números sejam conservadores, devido a muitos casos não diagnosticados ou reportados. A relação entre asma e gravidez pode ser encarada de duas formas: por um lado, a asma pré-existente pode afetar ou complicar uma gravidez; por outro lado, a própria gravidez pode alterar o curso da asma.

6.3.15.1 Efeitos da asma sobre a gravidez

Apesar de algumas controvérsias, a evidência tem demonstrado que a asma pode aumentar a morbidade materna. As mulheres asmáticas sofrem três vezes mais de hiperêmese gravídica e duas vezes mais de perdas hemáticas uterinas, sobretudo se estiverem medicadas com corticoides sistêmicos. Vários estudos têm demonstrado o aumento do risco de hipertensão gravídica e pré-eclâmpsia. O risco de pré-eclâmpsia é de duas a três vezes superior em mulheres com sintomas (moderados a graves) de asma, independentemente da terapêutica em curso. Os riscos de placenta prévia e de parto por cesariana estão também aumentados, assim como o número de dias de hospitalização. As mulheres asmáticas são mais susceptíveis de necessitar de indução do parto. Alguns autores defendem que não existe diferença significativa entre as mulheres não asmáticas e as que têm asma ligeira. Provavelmente, os riscos de morbidade materna estão aumentados apenas em mulheres com asma moderada ou grave, especialmente as que necessitam de corticoterapia oral. Também não está provado um aumento significativo da mortalidade materna relacionado com a asma.

No tocante às complicações fetais relacionadas com a asma materna, parece haver uma relação com o mau controle da doença. Existe um risco aumentado de parto pré-termo, baixo peso ao nascer, anomalias congênitas e número aumentado de dias de hospitalização do recém-nascido. Um estudo revelou que existe uma relação inversa entre a função pulmonar materna (medida por intermédio do FEV1) e o risco de atraso de crescimento intrauterino. Os fatores responsáveis por estas complicações são provavelmente a hiperventilação, a hipoxemia e a hipocapnia maternas ou mesmo a libertação de mediadores inflamatórios e o efeito de medicação para a asma. Vários estudos têm comprovado indiretamente uma relação entre o melhor controle da asma e a redução das complicações materno-fetais, baseados nos resultados semelhantes encontrados em mulheres não asmáticas e em doentes asmáticas seguidas por especialistas.

6.3.15.2 Efeitos da gravidez sobre a asma

Cerca de um terço dos casos das mulheres asmáticas melhora durante a gravidez, um terço mantém-se inalterado e um terço agrava-se. No entanto, estas observações basearam-se em estudos muito heterogêneos do ponto de vista clínico e estatístico, num período que vai desde os anos 30 aos anos 70 do século passado. O curso da asma durante a gravidez poderá ser mais imprevisível. A variabilidade de critérios utilizados para a definição e o estadiamento da asma também dificulta a avaliação destes estudos, embora as recomendações do projeto *The Global Initiative for Asthma* (Gina) tenham ajudado a uniformizar o diagnóstico. As mulheres com pior controle da asma antes de engravidarem estão em maior risco de agravamento dos sintomas. O período mais crítico parece ser entre a 24ª e a 36ª semanas. Geralmente, existe um retorno à situação basal nos três meses seguintes ao parto. Parece também haver um comportamento similar da asma em casos sucessivos de gravidez. Um estudo de Juniper, entre outros autores, indicou melhorias na hiper-reatividade brônquica em 69% das grávidas, com agravamento nas restantes 31%. Tal melhoria atingia um pico no segundo trimestre, se revertia um mês após o parto e era superior nas mulheres com maior hiper-reatividade prévia.

Existem poucos dados sobre alterações espirométricas em grávidas asmáticas. Alguns estudos apontam para melhorias na função pulmonar durante o segundo trimestre, mas sem significado estatístico. Algumas das alterações fisiológicas da gravidez podem influenciar a gravidade da asma. As alterações mecânicas torácicas (devido à pressão do útero no diafragma e à expansão

das costelas) contribuem para a dispneia, que deve ser diferenciada como causada pela asma. O fato de que até 40% das mulheres asmáticas podem sofrer de exacerbações pré-menstruais indica uma influência dos níveis hormonais na função pulmonar. Os níveis elevados de progesterona na gravidez reduzem a atividade dos receptores ß-adrenérgicos, diminuindo o tônus do músculo liso brônquico. As alterações do ambiente hormonal poderão também influenciar a inflamação, embora esta hipótese não tenha sido estudada pela impossibilidade de realizar coleta do lavado broncoalveolar ou biópsia brônquica durante a gravidez.

O sexo fetal poderá também influenciar a asma, provavelmente mediante outros fatores hormonais: as mães de rapazes têm maior probabilidade de melhorar da sua asma durante a gravidez. Outras morbidades maternas podem afetar negativamente o curso da asma, como o refluxo gastroesofágico ou a maior incidência de infecções virais. Finalmente, a submedicação das grávidas asmáticas é outro fator importante que determina o agravamento da asma, sendo frequentemente o próprio médico o responsável, por medo da toxicidade dos fármacos.

6.3.15.3 Terapêutica da asma

Os princípios do tratamento da asma na grávida não diferem dos que são recomendados para os outros asmáticos e devem incluir o controle ótimo dos sintomas, a manutenção de uma função pulmonar normal, a prevenção e a reversão das exacerbações, além de prevenção das complicações maternas e fetais. O *National Asthma Education and Prevention Program* (Naepp), nos EUA, definiu recomendações para a abordagem da asma na gravidez, incluindo a revisão da evidência atual sobre segurança dos fármacos.

6.3.15.3.1 Agonistas ß-adrenérgicos

Os agonistas ß-adrenérgicos de curta ação (como o salbutamol) são utilizados há longa data nas grávidas, e a sua segurança está bem estabelecida. Sobre os novos ß-agonistas broncodilatadores de longa ação a evidência é ainda escassa, embora o seu perfil farmacológico seja semelhante aos de curta ação. O salmeterol poderá ser preferido ao formoterol, por estar disponível há mais tempo.

6.3.15.3.2 Teofilina

Tem sido utilizada com segurança há várias décadas; no entanto, os seus níveis séricos devem ser monitorados, devido à redução da sua *clearance*. Os níveis recomendados são de 5 a 12µg/ml.

6.3.15.3.3 Anticolinérgicos

Não existem estudos sobre a utilização do brometo de ipratrópio ou de outros anticolinérgicos nas grávidas, razão pela qual não são recomendados para uso durante a gestação.

6.3.15.3.4 Corticoides inalados

Também nas grávidas, os corticoides inalados constituem o *gold-standard* na terapêutica da asma. Não existe até ao momento qualquer evidência segura sobre sua associação a um risco aumentado de malformações ou de outros efeitos adversos perinatais. A beclometasona é o fármaco mais extensamente estudado e, por isso, continua a ser o mais recomendado, embora exista uma utilização crescente dos novos fármacos, que provavelmente são igualmente seguros. Destes, o que reúne mais evidência é a budesonida. Faltam ainda estudos sobre a fluticasona.

6.3.15.3.5 Corticoides sistêmicos

Alguns dados têm apontado para um aumento do risco de baixo peso ao nascer relacionado com o uso de corticoides orais ou parenterais. Quando utilizados durante o primeiro trimestre, existe também associação a casos de crianças com lábio leporino ou fenda palatina. No entanto, a avaliação custo/benefício favorece o uso de corticoides orais quando indicados no tratamento da asma grave ou de exacerbações graves.

6.3.15.3.6 Inibidores dos leucotrienos

Praticamente não existem dados sobre a utilização e a segurança de fármacos como o *montelukast* e o *zafirlukast*. O Naepp sugere o seu uso nas mulheres que já estavam medicadas com estes fármacos antes de engravidar e tinham um bom controle da asma.

6.3.15.3.7 Anti-histamínicos

Como observado, a abordagem da asma nas grávidas segue de um modo geral as recomendações existentes para a população em geral. O controle da asma deve ser otimizado antes da concepção, com ênfase especial na educação da paciente, incluindo a técnica correta de uso dos inaladores e o conhecimento dos sintomas.

6.3.16 Infecção do trato urinário na gestação

Infecção comum em mulheres jovens, que representa a complicação clínica mais frequente na gestação, ocorrendo em 17% a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez. Cerca de 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, sendo que 25% a 35% desenvolvem pielonefrite aguda.

A gestação ocasiona modificações, algumas mediadas por hormônios que favorecem a infecção do trato urinário (ITU): estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções.

Os micro-organismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a *Escherichia coli*, que responde por 80% a 90% das infecções. Outros gram-negativos (como *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Proteus*) respondem pela maioria dos outros casos, além do enterococo e do estreptococo do grupo B. A bacteriúria assintomática é a mais frequente, sendo que as infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites) ou, ainda, o trato superior (pielonefrite).

6.3.17 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, as mulheres poderão desenvolver sintomas e progressão para pielonefrite. Por isso, toda gestante com evidência de bacteriúria deve ser tratada.

O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, em grande parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Este exame deve ser oferecido de rotina no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez.

O tratamento deve ser guiado, sempre que possível, pelo teste de sensibilidade do agente observado no antibiograma, sendo semelhante ao tratamento da cistite.

6.3.18 Cistite aguda

Cistite aguda se diferencia da bacteriúria assintomática pela presença de sintomas como disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, estrangúria, dor retropúbica, suprapúbica ou abdominal. Normalmente, é afebril e sem evidência de sintomas sistêmicos. A análise do sedimento urinário pode evidenciar leucocitúria (acima de 10 leucócitos por campo) e hematúria. A urocultura apresenta mais de 100 mil colônias por ml.

Em geral, o tratamento das pacientes grávidas com cistite aguda é iniciado antes que o resultado da cultura esteja disponível. A escolha do antibiótico, como na bacteriúria assintomática, deve estar direcionada para cobertura de germes comuns e pode ser modificada após a identificação do agente e a determinação de sua susceptibilidade.

Historicamente, o antibiótico de escolha tem sido a ampicilina, mas nos últimos anos a *E. coli* tem se tornado cada vez mais resistente a este medicamento (cerca de 20% a 30%).

Nitrofurantoína é uma boa escolha, mas não se recomenda seu uso após a 36ª semana e durante a lactação, pois há o risco de o recém-nato desenvolver anemia hemolítica se tiver deficiência de glicose-6 fosfato.

Sulfonamidas ou associação entre sulfametoxazol e trimetoprima (co-trimoxazol) devem ser evitadas no primeiro trimestre (potencialidade teratogênica da trimetoprima) e no terceiro trimestre (pois pode causar *kernicterus* no bebê, especialmente nos prematuros).

Outros antibióticos comuns, como quinolonas e tetraciclinas, não devem ser prescritos na gravidez devido aos efeitos tóxicos no feto.

Portanto, o tratamento na gravidez sofre uma redução significativa com relação às drogas potencialmente utilizáveis. As possibilidades terapêuticas disponíveis para a gestante repousam, sobretudo, em antibióticos beta-lactâmicos, nitrofurantoína e fosfomicina (veja a tabela 27).

Um curso de 7 a 10 dias de antibioticoterapia geralmente é suficiente para erradicar a infecção. Alguns estudos têm sugerido menos tempo (de 3 a 7 dias), mas há conflitos de evidências; por

isso, é recomendado este período de tratamento para evitar o risco de recorrência. Pacientes grávidas tratadas por menos de 7 a 10 dias têm alta taxa de recorrência.

O quadro a seguir lista os antibióticos de uso oral mais usados no tratamento:

Quadro 21 – Escolha de antibiótico para o tratamento de infecções urinárias na gravidez

Antibiótico	Evidência na gravidez	Posologia
Cefalexina	B	Um comprimido de 500mg em intervalos de 6 horas.
Cefadroxil	B	Um comprimido de 500mg em intervalos de 8 ou 12 horas.
Amoxicilina	B	Um comprimido de 500mg em intervalos de 8 horas.
Nitrofurantoína	B	Um comprimido de 100mg em intervalos de 6 horas.
Ampicilina		Um comprimido de 500mg em intervalos de 6 horas.
Fosfomicina Trometamol*	A e B	Administrada, em jejum, na dose única de 3g da apresentação em pó, diluída em água.

Fonte: (LOPES; TAVARES, 2004).

* Embora esta medicação seja ativa contra enterobactérias e enterococos, tenha eficácia de 99%, não tenha contraindicações nas gestantes e possa ser empregada em dose única, ela ainda não se encontra disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

6.3.19 Pielonefrite

Pielonefrite aguda durante a gravidez é uma doença grave que pode cursar com sepse e trabalho de parto prematuro. Caracteriza-se pelo comprometimento do ureter, da pelve e do parênquima renal. As vias de infecção são ascendente, hematogênica ou linfática. Ocorre em 2% das grávidas e até 23% destas mulheres têm recorrência na mesma gravidez.

O diagnóstico é feito por bacteriúria acompanhada de sintomas sistêmicos como febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar, com sinal de Giordano positivo. De forma geral, é precedido por sintomas de infecção do trato urinário inferior. Na suspeita, encaminhe a gestante para avaliação hospitalar.

É importante iniciar o tratamento precoce. Geralmente, está indicada a hospitalização, mas nem sempre isso é necessário. A hospitalização é indicada sempre que estiverem presentes sinais de sepse e desidratação. O tratamento geralmente é intravenoso na hospitalização.

Após o tratamento de pielonefrite, a mulher deve ingerir nitrofurantoína (100mg/dia) até a 37ª ou a 38ª semana de gravidez (DUARTE, 2008).

Controle de cura:

Em todos os casos de infecção urinária, deve-se realizar cultura de urina para controle de cura de uma a duas semanas após o término do tratamento, para confirmar erradicação da bacteriúria. Se a urina for estéril e não houver sintomas urinários presentes, esta deve ser repetida mensalmente até o parto.

6.3.20 Estreptococo do grupo B

O estreptococo do grupo B pode colonizar o trato gastrointestinal, a vagina ou a uretra, de forma assintomática, da mesma forma em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Apenas 1:2000 recém-nascidos têm a infecção pelo estreptococo do grupo B geralmente evidenciada como doença respiratória, sépsis ou meningite na primeira semana de vida. A infecção é transmitida pela mãe durante a passagem pelo canal de parto. Muitos países realizam rastreamento do SGB na gestação e usam antibioticoterapia intraparto. Entretanto, muito poucos bebês de mães portadoras de SGB são infectados. Por tal razão, usar antibiótico para todas as positivas poderia ser perigoso pelos efeitos colaterais, pela indução de aumento da resistência antimicrobiana e por não ser um procedimento custo-efetivo.

Na Inglaterra, a recomendação é não realizar rastreamento, pois não há comprovação de custo-efetividade do rastreamento e do uso de antibioticoterapia intraparto (NICE, 2008).

A coleta para cultura de estreptococo do grupo B é recomendada de forma sistemática para todas as gestantes entre 35 e 37 semanas de gestação, para determinar a colonização pelo estreptococo do grupo B no trato genital e intestinal (CDC, Estados Unidos) (grau de recomendação B) (SCHARG et al., 2002). Entretanto, em recente revisão do Cochrane (OHLSSON; SHAH, 2009) que avaliou o uso de antibiótico profilático intraparto e os desfechos neonatais e maternos, não há evidência de benefícios que recomendem o uso desta prática. Os resultados mostraram que, embora haja uma diminuição de doença infecciosa precoce pelo estreptococo B (RR 0,17, IC 95%, 0,04 a 0,74), existe um alto risco de "bias", isto é, de que este resultado tenha sido favorecido pela influência dos autores que realizaram as pesquisas, devido a falhas na metodologia dos estudos.

A mortalidade neonatal por esta doença e a mortalidade neonatal por todas as causas não diminuíram de forma significativa, assim como as mortes por sépsis por outras bactérias que não o estreptococo B. Em relação às infecções maternas também não houve redução significativa no grupo tratado. A conclusão é a de que no momento não há evidências suficientemente boas que suportem o uso profilático de antibioticoterapia intraparto para reduzir a doença e a mortalidade causada pelo estreptococo B (grau de recomendação A – nível de evidência I) (OHLSSON; SHAH, 2009).

No Brasil, não existe consenso ou recomendação técnica sobre o tema. Ainda não existem estudos que avaliem o custo-efetividade (riscos *versus* benefícios). As variáveis que devem ser analisadas são as seguintes: a prevalência da colonização pelo estreptococo do grupo B nas gestantes no final da gestação, a incidência de sépsis neonatal, bem como os riscos oriundos do uso de antibióticos profiláticos intraparto (anafilaxia e infecções maternas e neonatais por bactérias resistentes). A literatura aponta que a colonização neonatal por estreptococo do grupo B ocorre em metade das mães portadoras, mas só 2% terão quadros infecciosos graves. Se a prevalência de colonização no Brasil fosse de 20% para cada 1000 gestantes triadas, 200 seriam positivas e receberiam antibiótico profilático intraparto para evitar duas sépsis neonatais (AMARAL, 2005).

Recomendação:

Neste momento, não se tem elementos suficientes para recomendar a realização sistemática da coleta de estreptococo do grupo B em gestantes e o uso de antibiótico intraparto. É necessário

que, primeiramente, se realizem estudos locais de prevalência da colonização pelo estreptococo B nas gestantes e estudos que demonstrem a incidência local de sépsis neonatal por esta bactéria, bem como melhores evidências sobre o custo-benefício do uso do antibiótico intraparto (grau de recomendação A – nível de evidência I).

6.3.21 Hepatite B

Endêmica em algumas regiões do mundo, como a Ásia e África, a hepatite B é a infecção aguda mais comum do fígado e representa um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

A endemicidade da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) tem importância na determinação do predomínio das formas de transmissão, que pode se dar por via:

(a) parenteral:

i) transfusional, antes da instituição da triagem em bancos de sangue;

ii) por compartilhamento de agulhas, seringas ou outros equipamentos contendo sangue contaminado;

iii) por procedimentos médicos e odontológicos com sangue contaminado, sem a esterilização adequada dos instrumentais;

iv) na realização de tatuagens e na colocação de *piercings*, sem a aplicação das normas de biossegurança, veiculando sangue contaminado;

(b) sexual:

i) em relações desprotegidas;

(c) vertical:

i) sobretudo durante o parto, pela exposição do recém-nascido ao sangue materno ou ao líquido amniótico e, também, mais raramente, por transmissão transplacentária;

(d) e, finalmente, por meio de solução de continuidade (pele e mucosa).

Há evidências preliminares que sugerem a possibilidade de transmissão por compartilhamento de instrumentos de manicure, escovas de dente, lâminas de barbear ou de depilar, canudo de cocaína, cachimbo de *crack*, entre outros.

Considerando-se a prevalência da hepatite B e as coberturas vacinais heterogêneas no Brasil, a prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, o que reduz sobremaneira a transmissão vertical.

O percentual de cronificação no RN infectado pelo VHB por transmissão vertical pode chegar a 90%, com maior risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma numa fase precoce da vida, tornando a triagem da hepatite B obrigatória no pré-natal.

Por isso, o rastreamento para hepatite B deve ser oferecido para todas as mulheres grávidas, a fim de oferecer vacinação para as mulheres susceptíveis e intervenções no pós-parto para as mulheres infectadas, de modo a diminuir o risco de transmissão materno-fetal. Para isso, o antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) deve ser solicitado nos exames pré-concepcionais, na primeira consulta de pré-natal, e ser repetido no terceiro trimestre.

- Se for HBsAg reagente, solicite HBeAg e transaminases. A gestante com HBsAg reagente e com HBeAg reagente deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto-risco;
- Toda gestante HBsAg não reagente e com idade abaixo de 20 anos deve receber a vacina para hepatite B. Devemos coletar o anti-HbsAg em gestantes que não sabem se tomaram a vacina. As gestantes com vacinação incompleta devem completar o esquema vacinal já iniciado.
- Monitoramento do RN:
- Verifique se foi administrada no hospital a vacina para hepatite B a todos os RN de mães HBsAg não reagente;
- Nos casos de mãe HBsAg reagente e HBeAg reagente, verifique se foi aplicada a 1ª dose da vacina para hepatite B e a imunoglobulina específica contra a hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento;
- Para o RN assintomático, complete as doses da vacina para hepatite B e, aos 9 e 15 meses, solicite o anti-HbsAg;
- No caso de RN sintomático, encaminhe a criança ao serviço de referência. Verifique se o bebê está sendo levado às consultas do serviço de referência e às consultas de puericultura da UBS.

6.3.22 HIV

Desde a identificação do vírus da imunodeficiência humana (HIV), descrito como o responsável pelas manifestações relacionadas à Aids, mais de 60 milhões de pessoas já foram infectadas no mundo. De acordo com o Programa das Nações Unidas para a Aids, o número total de adultos e crianças que vivem com HIV e Aids no mundo atingiu a cifra de 40 milhões em 2001, dos quais 90% viviam em países em desenvolvimento. Do total de atingidos, 37,1 milhões eram adultos e 18,5 milhões, mulheres.

No Brasil, de acordo com dados de estudos sentinelas, a infecção por HIV tem prevalência de 0,61% na população entre 15 e 49 anos de idade e, em mulheres, de 0,41%. A transmissão vertical (da mãe para o filho) pode ocorrer em qualquer momento da gestação, do parto e do pós-parto, por meio do aleitamento materno.

Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre tardiamente na gestação e, principalmente, durante o trabalho de parto e no parto propriamente

dito, sendo estes momentos importantes para a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Os 35% restantes ocorrem mediante transmissão intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão (de 7% a 22%), que se renova a cada exposição da criança ao seio materno (mamada).

As taxas de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação, situam-se entre 25% e 30%. Deste percentual, 25% referem-se à transmissão intraútero e 75% à transmissão intraparto.

O primeiro estudo clínico que utilizou terapia antirretroviral (ARV) com o objetivo de reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV foi o Protocolo 076, do *Pediatrics Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076). Este foi um estudo randomizado, com placebo controlado, que utilizou um protocolo constituído de zidovudina (AZT) oral a partir da 14ª semana, com AZT endovenoso (EV) 4 horas antes do parto e AZT por solução oral para o recém-nascido durante 6 semanas.

Esta intervenção reduziu a taxa de transmissão vertical do HIV em 67,5%. As taxas de transmissão vertical foram de 25% no grupo placebo e de 8,3% no grupo que recebeu a intervenção com AZT. No PACTG 076, o desenvolvimento de resistência viral à monoterapia com zidovudina foi observado em aproximadamente 2,7% das pacientes. Em outros estudos, a longa duração da monoterapia com AZT, associada à carga viral elevada, determinou o desenvolvimento de mutações que conferem resistência à zidovudina.

Mais recentemente, em um estudo publicado em 2002, que avaliou 1.442 gestantes, demonstraram-se as seguintes taxas de transmissão vertical: 20% na ausência de terapia antirretroviral de alta potência para a Aids (Tarv), 10,4% com monoterapia de AZT, 3,8% na terapia dupla e 1,2% nos esquemas altamente ativos, com combinação de três ARV.

Outros estudos mostraram que o uso de terapêutica antirretroviral, quando associada à cesárea eletiva, pode diminuir as taxas de transmissão vertical do HIV para níveis em torno de 2%.

Resultado publicado no *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*, divulgado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2010, reforça a tendência de queda na incidência de casos de Aids em crianças menores de cinco anos. Comparando-se os anos de 1999 e 2009, a redução chegou a 44,4%. O resultado confirma a eficácia da política de redução da transmissão vertical do HIV instituída em nosso País.

Fatores de risco para a transmissão vertical:

- Fatores virais, tais como a carga viral, o genótipo e o fenótipo viral;
- Fatores maternos, incluindo o estado clínico e imunológico, a presença de DST e outras coinfecções, bem como o estado nutricional materno;
- Fatores comportamentais, como o uso de drogas e a prática sexual desprotegida;
- Fatores obstétricos, tais como a duração da ruptura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intraparto;
- Fatores inerentes ao recém-nascido, tais como a prematuridade e o baixo peso ao nascer;
- O aleitamento materno.

A carga viral materna elevada e o tempo prolongado de ruptura das membranas amnióticas são reconhecidos como os principais fatores associados à transmissão vertical do HIV. A carga viral nas secreções cervicovaginais e no leite materno tem se mostrado importante determinante de risco de transmissão intraparto e pela amamentação, respectivamente. Bolsa rota por mais de 4 horas aumenta progressivamente a taxa de transmissão (cerca de 2%, a cada hora, até 24 horas).

6.3.22.1 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 portadora de HIV apresenta rotura de membranas antes da 34ª semana de gestação. Portanto, a conduta deverá ser instituída conforme as rotinas previstas para amniorrexe prematura nas mulheres em geral, buscando-se promover a maturidade fetal, a redução dos riscos de transmissão perinatal do HIV e da morbimortalidade materna.

Diagnóstico e condutas:

Idealmente, o diagnóstico da infecção por HIV deveria ser realizado antes da gestação, pois possibilitaria planejar a gravidez para um momento no qual a infecção materna estivesse controlada. Recomenda-se a adoção de medidas precoces para reduzir a carga viral para níveis indetectáveis antes que a mulher engravide. Além disso, neste caso, é importante melhorar as condições imunológicas, conhecer o status sorológico das mulheres frente às principais doenças infecciosas transmissíveis durante o ciclo gravídico-puerperal e realizar o diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Com o planejamento e o acompanhamento adequados, é possível que tal mulher tenha uma gestação com menor risco de transmissão vertical de quaisquer agravos.

Quando a mulher inicia o pré-natal sem ter realizado exames pré-gestacionais, o teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal e ser repetido no início do terceiro trimestre gestacional, após consentimento e aconselhamento pré e pós-teste.

A gestante HIV positiva deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids (SAE).

Os métodos laboratoriais capazes de auxiliar no diagnóstico da infecção pelo HIV têm sido aprimorados ao longo dos últimos anos, o que tem permitido reduzir o período de janela imunológica e aumentar a capacidade para detecção do HIV-1 e HIV-2, além de vários subtipos.

Os testes são baseados em diferentes métodos, incluindo imunoensaios e testes moleculares, sendo o diagnóstico da infecção pelo HIV habitualmente realizado com base na detecção de anticorpos anti-HIV e/ou na detecção do antígeno. Os ensaios imunoenzimáticos e os testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV são os mais utilizados para o diagnóstico e a vigilância epidemiológica do HIV.

Resultados não reagentes:

A amostra com resultado não reagente na etapa 1 será definida como "amostra não reagente

para HIV". Neste caso, o diagnóstico da infecção é concluído, não havendo necessidade de realização de nenhum teste adicional, exceto pela suspeita de soroconversão ("janela imunológica"). Caso exista suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da primeira. Este exame deverá ser novamente solicitado próximo à 30ª semana gestacional.

Resultados reagentes:

O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2), em conformidade com os testes elencados nestas, os quais possuem características indicadas para cada etapa, como a triagem e a confirmação. Portanto, a amostra com resultado reagente no teste da etapa 1 deverá ser submetida à etapa 2. Para a interpretação dos resultados e a liberação do laudo, são analisados, conjuntamente, os resultados obtidos nos testes das etapas 1 e 2.

Diante de resultados reagentes, nos testes das etapas 1 e 2, o laboratório liberará o laudo como "Amostra Reagente para HIV" e solicitará a coleta de uma segunda amostra para a comprovação do resultado da primeira. Após a coleta, a segunda amostra deverá ser encaminhada ao laboratório o mais rapidamente possível e submetida somente à etapa 1. Quando o resultado do teste com a segunda amostra for reagente, o resultado deverá ser liberado como "Amostra Reagente para HIV". Neste caso, o diagnóstico estará definido e a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids (SAE), para realizar aconselhamento e ingressar no serviço.

Eventualmente, podem ocorrer resultados falsos positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes. Nestas situações, a história clínica das exposições de risco de transmissão do HIV e o resultado laboratorial devem orientar a investigação. Para exclusão do diagnóstico da infecção pelo HIV, em casos de resultados suspeitos de falsos positivos, a testagem deve ser repetida em uma nova amostra.

Resultados indeterminados:

Diante de um resultado indeterminado, a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids (SAE).

Diagnóstico com testes rápidos:

A possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV. Tais testes também não demandam uma estrutura laboratorial ou pessoal especializado.

Além da rapidez na determinação do estado sorológico (pois fornece o resultado em um tempo inferior a 30 minutos), a eficiência, a confiabilidade e a boa relação custo-efetividade do teste rápido já foram estabelecidas no Brasil. Segundo as novas regras, o diagnóstico rápido da infecção pelo HIV é realizado exclusivamente com testes rápidos validados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e distribuídos aos Estados pelo Ministério da Saúde.

Os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra. Nestas situações, a gestante deve aguardar o resultado, que será liberado prontamente. Atualmente, o diagnóstico da infecção pelo HIV é realizado mediante um a dois diferentes testes rápidos.

A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV". Neste caso, o diagnóstico da infecção é concluído, não havendo a necessidade da realização de nenhum teste adicional. Os fatores biológicos podem limitar a precisão dos testes rápidos, o que também pode ocorrer com os testes convencionais usados em laboratório. Todavia, se existir a suspeita de infecção pelo HIV, nova testagem deve ser realizada após 30 dias.

Amostras com resultado reagente no TR1 deverão ser submetidas ao teste rápido 2 (TR2). Quando disponível no serviço de saúde, o *Imunoblot* rápido também poderá ser utilizado como TR2. Amostras com resultados reagentes no TR1 e no TR2 terão seu resultado definido como: "Amostra Reagente para HIV", sem a necessidade de nenhum teste adicional.

As amostras com resultados discordantes entre TR1 e TR2 não terão seu resultado definido. Caso o diagnóstico definitivo não seja estabelecido, a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids.

Quando iniciar a terapia antirretroviral:

No pré-natal de alto risco, medidas específicas deverão ser tomadas: detalhamento da história clínica, incluindo presença de comorbidades e hábitos de vida; realização de exame físico, com enfoque nos sinais clínicos sugestivos de manifestações da doença; avaliação laboratorial específica; prevenção da tuberculose; orientação sobre as indicações e contraindicações de vacinas; uso de antirretrovirais para profilaxia da transmissão vertical ou do tratamento da infecção pelo HIV.

Toda gestante infectada pelo HIV deve receber Tarv durante a gestação; para isso, é necessário detectar as dificuldades de compreensão e outros obstáculos à adesão ao tratamento, garantindo o acesso da gestante às informações claras sobre:

- Os objetivos do tratamento;
- O significado dos exames de carga viral e de contagem de LT-CD4+;
- A necessidade de adesão ao regime terapêutico proposto;
- Os efeitos adversos potenciais para a mãe e o feto;
- Os medicamentos que compõem o esquema e seus mecanismos de ação;
- A importância de evitar o uso de bebidas alcoólicas e drogas recreacionais;
- A importância do uso sistemático de preservativos;
- A necessidade de realização periódica das consultas e dos exames de seguimento.

A indicação de Tarv na gestação pode ter dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV.

Gestantes assintomáticas com contagem de LT-CD4+>350 céls./mm³ têm baixo risco de progressão para Aids e não seriam candidatas a receber esquema antirretroviral caso não estivessem grávidas. Nestes casos, a terapia antirretroviral (Tarv) objetiva a prevenção da transmissão vertical e está recomendada para gestantes que não possuem indicação de tratar a

infecção pelo HIV. O início do esquema deve ser precoce, com a associação de três antirretrovirais após o primeiro trimestre, entre a 14ª e a 28ª semanas de gravidez. O esquema deve ser suspenso após o parto.

Mulheres que apresentam repercussão clínica e/ou imunológica grave da infecção do HIV têm indicação de tratamento, independentemente da gravidez e em qualquer idade gestacional. Portanto, gestantes sintomáticas ou assintomáticas com contagem de LT-CD4+ ≤ 350 céls./mm³ apresentam critérios de início de tratamento, conforme recomendado para adultos que vivem com HIV, devendo iniciá-lo com o objetivo de tratar a doença ou reduzir o risco de progressão. Sempre que houver indicação de tratamento antirretroviral na gestação, este deverá ser mantido (e readequado, se necessário) após o parto. Deve-se utilizar esquema com três antirretrovirais de duas classes diferentes, seja com indicação de profilaxia ou de tratamento.

É frequente a detecção tardia da infecção pelo HIV em gestantes. Seu manejo dependerá de diversos fatores, principalmente da idade gestacional (IG). Na idade gestacional tardia, desde que a gestante não esteja em trabalho de parto, deve ser iniciado o uso de terapia antirretroviral combinada.

Se a gestante chegar ao serviço de pré-natal após 36 semanas de IG sem estar em trabalho de parto, deve-se realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV preferencialmente com o uso de testes rápidos, conforme já descrito, com o aconselhamento e o consentimento da paciente. Se a gestante estiver infectada pelo HIV, ela deve ser encaminhada imediatamente ao pré-natal de alto risco.

6.3.23 Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual ou vertical que pode causar respectivamente a forma adquirida ou congênita da doença. Seu diagnóstico e seu tratamento podem ser realizados com baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional. No Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes é de 1,6%. São estimadas 12 mil crianças que nascem com sífilis congênita. Entre os casos notificados em 2004, 78,8% das mães realizaram pré-natal.

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

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

A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante: quanto mais recente a infecção materna, maior é o risco de comprometimento fetal. Na sífilis primária e secundária, o risco de infecção fetal varia de 70% a 100%, enquanto nas fases latente tardia e terciária chega a 30%. As manifestações clínicas variam desde o abortamento espontâneo à morte perinatal, ocorrendo em cerca de 40% das gestantes infectadas não tratadas. Além disso, a sífilis congênita representa

uma série de alterações clínicas importantes, podendo ser assintomática ao nascimento em até 50% das crianças infectadas.

Tais considerações justificam a necessidade de realizar testes sistematicamente com as pacientes no mínimo duas vezes na gestação (no início do pré-natal e próximo à 30ª semana) e no momento da internação hospitalar, seja para parto ou curetagem uterina pós-abortamento, segundo a Portaria MS/GM nº 766/2004. A realização do VDRL no início do terceiro trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero. Quando o teste é feito durante a internação para o parto, além de interromper a evolução da infecção e suas sequelas irreversíveis, ele possibilita o tratamento precoce da criança.

Quadro 22 – Classificação da sífilis

Sífilis adquirida
Recente (menos de um ano de evolução): primária, secundária e latente recente;
Tardia (com mais de um ano de evolução): latente tardia e terciária.
Sífilis congênita
Recente (casos diagnosticados até o 2° ano de vida);
Tardia (casos diagnosticados após o 2° ano de vida);
Sífilis congênita precoce.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

A síndrome clínica da sífilis congênita precoce surge até o 2° ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo. Como discutido anteriormente, além do fato de que mais da metade de todas as crianças é assintomática ao nascimento e, naquelas com expressão clínica, os sinais podem ser discretos ou pouco específicos, não existe uma avaliação complementar para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Nesta perspectiva, ressalta-se que a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança. Além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as principais características desta síndrome são excluídas por outras causas: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como, por exemplo, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitroclear). Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. Entre as alterações laboratoriais incluem-se: anemia, trombocitopenia, leucocitose (pode ocorrer reação leucemoide, linfocitose e monocitose) ou leucopenia.

Sífilis congênita tardia:

A síndrome clínica da sífilis congênita tardia surge após o 2° ano de vida. Da mesma forma que na sífilis congênita precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Além disso, deve-se estar atento na investigação para a possibilidade de que a criança tenha sido exposta ao *T. pallidum* por meio de exposição sexual.

As principais características desta síndrome incluem: tíbia em "lâmina de sabre", articulações de Clutton, fronte "olímpica", nariz "em sela", dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em "amora", rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado.

Outras situações:

Óbito fetal (natimorto) por sífilis:

Define-se natimorto por sífilis todo feto morto após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior do que 500 gramas, cuja mãe portadora de sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada.

Aborto por sífilis:

Define-se aborto por sífilis toda perda gestacional ocorrida antes de 22 semanas de gestação ou com peso do feto menor do que 500 gramas, cuja mãe é portadora de sífilis e não foi tratada ou foi inadequadamente tratada.

Diagnóstico clínico e laboratorial:

O diagnóstico clínico, na fase primária, é dado pela identificação do cancro duro. Tal lesão pode estar localizada internamente na vagina e no colo uterino e não ser percebida pela mulher. Na fase secundária, os sintomas clínicos mais comuns são erupções cutâneas eritematosas generalizadas, de característica exantemática (roséolas sifilíticas), pápulas palmo-plantares eritemato-descamativas, alopecia e placas úmidas na região vulvar e perineal (condiloma plano). Na fase terciária, as alterações ocorrem em órgãos e aparelhos, como o sistema nervoso e cardiovascular. A lesão característica é a goma ou tubérculo sifilítico, que pode ocorrer na pele, nos ossos, no cérebro e no coração, entre outros órgãos.

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

O diagnóstico laboratorial da sífilis se faz por técnicas variadas e depende da fase da infecção. A pesquisa direta do *Treponema pallidum* só se aplica à lesão da fase primária e a algumas lesões da fase secundária (placas e condiloma plano). O exame microbiológico pode também ser realizado na placenta, no cordão umbilical e nas lesões cutâneo-mucosas da criança.

Os testes sorológicos dividem-se em dois tipos: treponêmicos e não treponêmicos. Os testes não treponêmicos mais utilizados são o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasm Reagin*), sendo quantitativos (expressos em títulos: 1:2, 1:4 etc.) e importantes para o diagnóstico e o seguimento pós-terapêutico. Estes testes tendem a se tornar reativos a partir da segunda semana após o aparecimento do cancro duro (sífilis primária), que ocorre de 10 a 90 dias após o contato infectante, com média de 21 dias, e apresentam titulações progressivas, mostrando títulos mais elevados na fase secundária da doença. Os títulos passam a sofrer redução natural após o primeiro ano de evolução da doença.

Os testes treponêmicos detectam a presença de anticorpos anti-*Treponema pallidum* e são específicos e qualitativos, confirmando a infecção. Portanto, não distinguem se é uma doença ativa

ou cicatriz sorológica. Entre eles estão o FTA-Abs (*Fluorescent Treponema Antibody Absorvent Test*), o MH-TP (Micro-Hemaglutinação para *Treponema pallidum* ou TPHA), o Elisa (teste imunoenzimático), o *Western blotting* (WB) e os testes imunocromatográficos (testes rápidos).

Tratamento:

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis, sendo uma medicação de baixo custo, fácil acesso e ótima eficácia.

O tratamento da sífilis é dependente da fase de infecção da doença, sendo preconizado conforme se mostra a seguir:

- Sífilis primária: penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);
- Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI;
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI.

Após a dose terapêutica inicial na doença recente, poderá surgir a reação de Jarisch-Herxheimer, que é a exacerbação das lesões cutâneas e a presença de febre com outros sintomas gerais (adinamia, artralgias, mialgia). Esta reação tem involução espontânea em 12 a 48 horas, exigindo apenas cuidado sintomático. Não justifica a interrupção do tratamento e não significa alergia à droga.

As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para um centro de referência, para que se realize a dessensibilização. A penicilina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata também o feto.

As gestantes com manifestações neurológicas e/ou cardiovasculares devem ser hospitalizadas e submetidas a esquemas especiais de penicilina via intravenosa.

Controle de cura:

Com a instituição do tratamento correto, o teste não treponêmico tende a se negativar em 6 a 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina *memória* ou *cicatriz sorológica da sífilis*. O exame de VDRL que apresenta títulos baixos pode também representar uma reação falsa positiva, que pode ser uma reação cruzada com as alterações inflamatórias das doenças do colágeno. Pode ainda ser representado por sífilis muito recente, cujos títulos estão em ascensão, ou ainda doença muito antiga, tratada ou não, cujos títulos tendem a apresentar declínio naturalmente independente de tratamento.

- Os testes não treponêmicos (VDRL/RPR) devem ser realizados mensalmente em gestantes;
- Nos casos de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de 4 vezes em 3 meses e 8 vezes em 6 meses;
- Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em 2 oportunidades, após 1 ano, pode ser dada alta.

Vigilância epidemiológica:

A sífilis na gestação é doença de notificação compulsória desde 2005; sendo assim, é necessário identificar os casos para que possa haver ações de prevenção e controle deste agravo. Após confirmação do diagnóstico, a UBS deve preencher a ficha de notificação e remetê-la ao órgão competente de seu município.

6.3.24 Demais doenças sexualmente transmissíveis na gravidez

As DST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional. Entre as mulheres com infecções não tratadas por gonorreia e/ou clamídia, 10% a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP). Destas, mais de 25% se tornarão inférteis. Para efeito de comparação, observa-se que a taxa de infertilidade por causas não infecciosas é estimada em 3% a 7%. Dados de países desenvolvidos indicam que mulheres que tiveram DIP têm probabilidade 6 a 10 vezes maior de desenvolver gravidez ectópica. Nos países em desenvolvimento, a gravidez ectópica contribui com mais de 15% das mortes maternas (WHO, 2004).

Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às DST não tratadas em gestantes (GUTMAN, 1999). Entre homens, a clamídia também pode causar infertilidade (KARINEN et al., 2004; MARDH, 2004; ELLEY et al., 2005). Outras consequências associadas ao vírus do papiloma humano (HPV) incluem carcinoma de colo uterino, de pênis e de ânus. Portanto, atenção especial deve ser dirigida à parceria sexual, para tratamento imediato.

A estratégia de abordagem sindrômica tem sido recomendada pelo Ministério da Saúde, a fim de realizar um tratamento oportuno e efetivo das DST, prevenindo complicações e reduzindo o risco de disseminação. A estratégia instrumentaliza as equipes de saúde da família e as unidades básicas de saúde, permitindo realizar, durante a primeira consulta da(o) usuária(o), o aconselhamento, o diagnóstico e o tratamento adequados para cerca de 90% a 92% das DST. Os casos persistentes (de 8% a 10%) deverão ser encaminhados aos serviços de referência em DST.

Na abordagem sindrômica, as DST são agrupadas por síndromes, como são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 23 – Abordagem sindrômica das DST

Síndrome	DST	Agente	Tipo
Úlcera	Sífilis	*Treponema pallidum*	Bactéria
	Cancro mole	*Haemophilus ducreyi*	Bactéria
	Herpes	Herpes simples 1 e 2	Vírus
	Donovanose	*Klebsiella granulomatis (Calymmatobacterium granulomatis)*	Bactéria
	Linfogranuloma venéreo	*Chlamydia trachomatis*	Bactéria
Corrimentos	Vaginose bacteriana	Vários	Bactéria
	Tricomoníase	*Trichomonas vaginalis*	Protozoário
	Candidíase	*Candida albicans*	Fungo
	Gonorreia	*Neisseria gonorrhoeae*	Bactéria
	Clamídia	*Chlamydia trachomatis*	Bactéria
Verrugas	Condiloma	*Papilomavírus humano*	Vírus

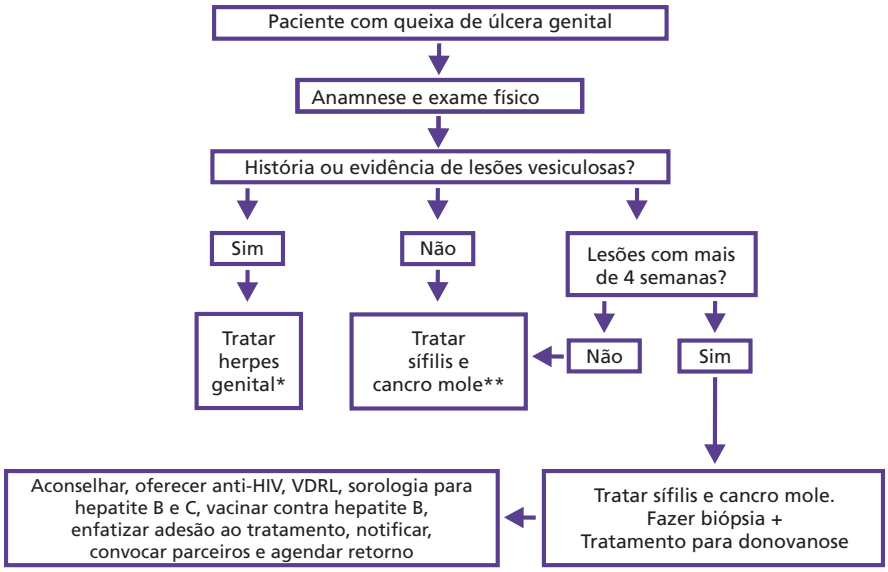
Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.3.24.1 Úlcera genital

Presença de lesão ulcerada em região anogenital, de causa não traumática, única ou múltipla, podendo ser precedida por lesões vesiculosas. Principais DSTs causadoras de úlceras:

- Sífilis primária (cancro): lesão geralmente única, indolor, com fundo liso e brilhante e secreção serosa escassa. O tratamento deve ser realizado com penicilina G benzatina, 1.200.000 UI, IM, em cada glúteo, totalizando 2.400.000 UI (em dose única);
- Cancro mole: caracteriza-se por lesões dolorosas, geralmente múltiplas, devido à autoinoculação, mas pode se apresentar também com úlcera única. O tratamento deve ser realizado com estearato de eritromicina, 500mg, VO, de 6h/6h, por sete dias, ou ceftriaxona, 250mg, IM, em dose única.
- Herpes: normalmente, manifesta-se com o aparecimento de lesões vesiculosas, que se transformam em pequenas úlceras após poucos dias. É normal ocorrerem pródromos, como aumento de sensibilidade, formigamento, mialgias, ardência ou prurido. O tratamento deve ser realizado com aciclovir, 400mg, por via oral, a cada 8h, durante sete dias.
- Linfogranuloma venéreo: inicia-se geralmente por uma lesão de inoculação, caracterizada como pápula, pústula ou exulceração indolor. O tratamento é realizado com estearato de eritromicina, 500mg, VO, 6h/6h, por 3 semanas.
- Donovanose: normalmente, a úlcera tem borda plana ou hipertrófica, é bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e sangramento fácil. O tratamento é realizado com estearato de eritromicina (500mg, VO, 6h/6h, até a cura clínica, por no mínimo 3 semanas).

Figura 12 – Úlceras genitais



*Em caso de herpes, tratar sífilis se VDRL ou RPR forem reagentes, o que será visto no retorno. Se o quadro não é sugestivo de herpes, tratar sífilis e cancro mole.
** Se forem lesões ulcerosas múltiplas e se a soroprevalência de herpes for igual ou maior do que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente à sífilis e ao cancro mole.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.3.24.2 Síndrome de corrimento vaginal e/ou cervical

Clamídia ou gonorreia:

O corrimento pode ser de cor branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual. Quando o corrimento é proveniente do orifício cervical, diagnostica-se cervicite. A anamnese da gestante com cervicite ou corrimento vaginal deve incluir os critérios de risco listados no quadro 24, para a identificação das mulheres com maior possibilidade de infecção cervical por gonococo e clamídia. Cervicite mucopurulenta ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino) e tem sido associada à infecção pela *Neisseria gonorrhoeae* e pela *Chlamydia trachomatis*.

Quadro 24 – Critérios de risco para infecção cervical

Critérios de risco para infecção cervical
Parceiro(a) sexual com sintomas;
Paciente com múltiplas parcerias sexuais, sem proteção;
Paciente que acredita ter sido exposta a DST;
Paciente proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo e clamídia.

Fonte: (OMS, 2005, adaptado).

Todo cuidado é pouco em relação às gestantes, pois a infecção gonocócica na gestante pode estar associada a maior risco de prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, restrição de crescimento intrauterino e febre puerperal. No recém-nascido, a principal

manifestação clínica é a conjuntivite, podendo haver ainda septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite.

A infecção por clamídia também preocupa durante a gestação, já que pode estar relacionada a partos prematuros, rotura prematura de membranas, endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do recém-nascido. O recém-nascido de mãe com cervicite por clamídia corre alto risco de adquirir a infecção durante a passagem pelo canal de parto.

Por todos os motivos apresentados, a triagem da infecção por clamídia, independentemente dos sintomas, para grupos ou situações clínicas específicas, é uma estratégia a ser buscada, dependendo da disponibilidade de recursos financeiros, materiais e humanos. Entre estes grupos, devem ser priorizadas as gestantes, pelo risco de complicações, e as adolescentes, a fim de prevenir sequelas.

Esquema de tratamento:

Quadro 25 – Tratamento de clamídia e gonorreia

Tratamento de clamídia e gonorreia	
Clamídia	Gonorreia
Azitromicina, 1g, VO, em dose única, ou estearato de eritromicina, 500mg, VO, de 6h/6h, por 7 dias.	Ceftriaxona, 250mg, IM, em dose única.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.3.24.3 Vaginose bacteriana

É caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal devido ao aumento exagerado de bactérias, principalmente anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides sp*., *Mobiluncus sp*., micoplasmas, peptoestreptococos), associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos, que são os agentes predominantes na vagina normal. Apresenta-se como corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, com odor fétido.

Não se trata de infecção de transmissão sexual, porém pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, devido ao contato com o pH elevado do sêmen.

Quadro 26 – Tratamento de vaginose bacteriana

Tratamento de vaginose bacteriana
Metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.
Metronidazol, 2g, VO, dose única, ou metronidazol gel a 0,75%, uma aplicação vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias, ou clindamicina, 300mg, VO, 12h/12h, por 7 dias, ou clindamicina creme a 2%, uma aplicação à noite por 7 dias.
Metronidazol, 250mg, VO, 8h/8h, por 7 dias, ou metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias, ou clindamicina, 300mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.3.24.4 Candidíase vulvovaginal

É uma infecção causada por um fungo comensal que habita os tratos genital e intestinal e prolifera quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento. Assim, este organismo pode fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres.

A gestação predispõe o aparecimento de candidíase vaginal. Os sinais e sintomas são:

- Prurido vulvovaginal (principal sintoma e de intensidade variável);
- Ardor ou dor à micção;
- Corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso ("leite coalhado");
- Hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva;
- Dispareunia;
- Fissuras e maceração da pele;
- Vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco-acinzentadas, aderidas à mucosa.

O tratamento na gestação deve ser realizado preferencialmente com medicação tópica, como miconazol a 2%, creme vaginal (por 7 dias); clotrimazol a 1%, creme vaginal (durante 6 a 12 dias); ou clotrimazol, óvulos de 100mg (por 7 dias).

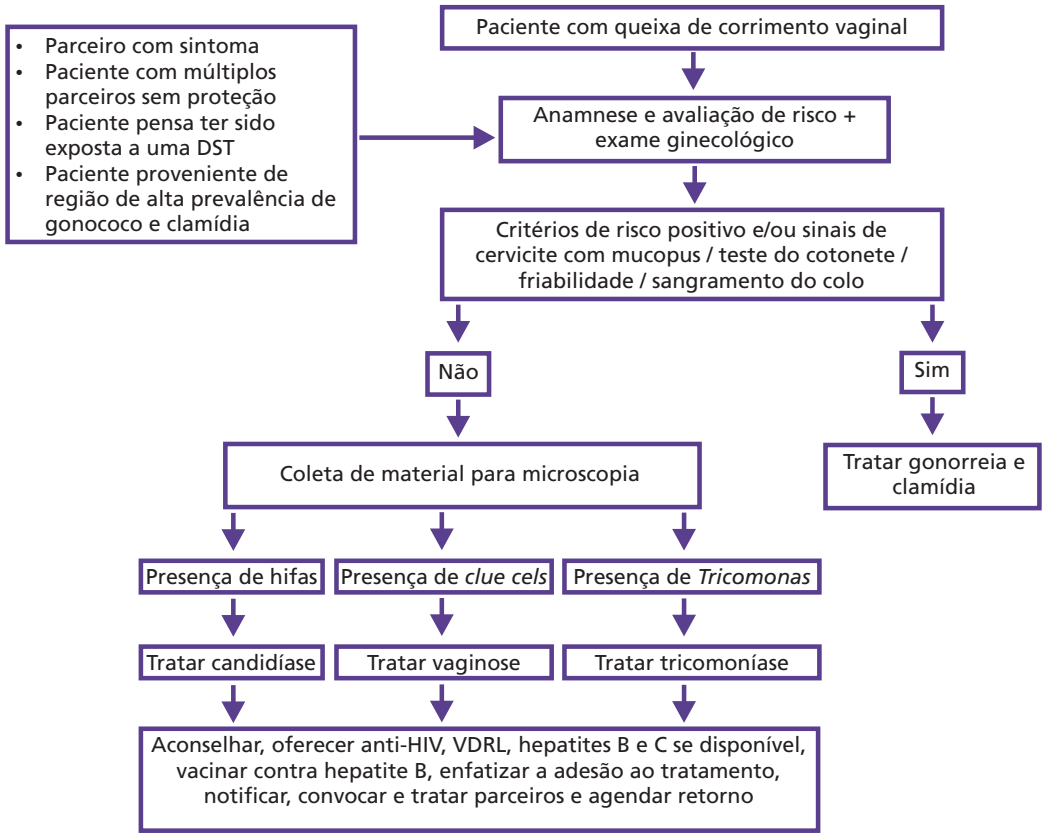
6.3.24.5 Tricomoníase

É uma infecção causada pela *Trichomonas vaginalis*, um protozoário flagelado cuja principal forma de transmissão é sexual (o risco de transmissão por ato sexual é de 60% a 80%) e que infecta o colo uterino, a vagina e a uretra. Suas características clínicas são:

- Corrimento abundante, esbranquiçado, amarelado ou amarelo-esverdeado, bolhoso;
- Prurido e/ou irritação vulvar;
- Dor pélvica (ocasionalmente);
- Sintomas urinários (disúria, polaciúria);
- Hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa).

O tratamento é realizado por via oral com metronidazol, 2g (em dose única), ou 400mg, 12h/12h, por 7 dias.

Figura 13 – Corrimento vaginal



Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.3.24.6 Verrugas genitais

Infecção pelo HPV (papilomavírus humano):

Existem três tipos de infecção pelo HPV: latente, subclínica e clínica. A maioria das infecções pelo HPV não apresenta sintomas ou lesões. Nestes casos, o vírus pode ser detectado apenas por meio de técnicas moleculares.

Um pequeno percentual de pessoas com HPV pode apresentar a forma clínica da infecção, com lesões exofíticas, os condilomas acuminados, também chamados de verrugas genitais ou "cristas de galo". Tais lesões têm alta transmissibilidade e caracterizam-se como lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, no períneo e na região perianal. Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são fortemente associados à neoplasia cervical (subtipos 16, 18, 31 e 35).

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, sejam pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Preferencialmente, as lesões devem ser tratadas no segundo trimestre gestacional.

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

- Nunca use podofilina durante qualquer fase da gravidez;
- Lesões pequenas, isoladas e externas: ATA, eletro ou criocauterização em qualquer fase;
- Lesões condilomatosas grandes (excluindo as de colo uterino e vagina): ressecção com eletrocautério em qualquer fase da gravidez. Este procedimento exige profissional habilitado e experiente, visto que pode provocar sangramento significativo e deve restringir-se à lesão propriamente dita;
- Lesões pequenas em colo, vagina e vulva: ATA, eletro ou criocauterização a partir do 2º trimestre;
- Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncótica após o parto.

Habitualmente, as lesões subclínicas intraepiteliais não devem ser tratadas na gravidez. No caso de quaisquer alterações ao exame citológico e/ou ginecológico (teste de Schiller positivo), as gestantes deverão ser encaminhadas para a colposcopia. A biópsia não está contraindicada na gestação.

Os HPV 6 e 11 estão associados à papilomatose de laringe em recém-nascidos e crianças, mas esta é uma situação clínica muito rara. A forma de transmissão do vírus (transplacentária, perinatal ou pós-natal) nestes casos ainda não foi totalmente esclarecida. Não há evidências de que a cesárea diminua a ocorrência desse agravo; portanto, não há indicação do parto via alta para prevenção da transmissão vertical do HPV. Indica-se o parto via alta apenas quando há risco de sangramento excessivo ou de obstrução do canal de parto devido ao tamanho e à localização das lesões.

O Anexo B (referente às doenças sexualmente transmissíveis) mostra uma tabela que apresenta as principais DST, seus agentes, suas apresentações clínicas, suas complicações obstétricas e neonatais, seus métodos diagnósticos e o tratamento para gestantes.

6.3.25 Seguimento das infecções sexualmente transmissíveis após a gestação

6.3.25.1 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 negativação 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), neurossífilis ou manifestações tardias por tratamento inadequado, indicando reavaliação clínico-laboratorial completa.

6.3.25.2 Condiloma acuminado (infecção pelo HPV)

Mulheres com condilomatose durante a gravidez devem ser acompanhadas com realização da citologia oncótica. 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.

6.3.25.3 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, para a qual o parceiro sempre deve ser tratado.

6.3.25.4 HIV/Aids

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

6.3.25 Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes da toxoplasmose congênita podem ser descritos restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental.

Como ainda não há evidência de que o tratamento da toxoplasmose na gestação reduza a infecção congênita, a recomendação mais atual (PEYRON et al., 2008) é a de que os países que não realizam rastreamento não o façam (custo-benefício: custo alto sem comprovação do benefício). Para os países onde já se faz o rastreamento, recomenda-se a realização adequada do diagnóstico de infecção materna (soroconversão) e fetal (PCR de líquido amniótico), com rigorosa monitoração dos fetos e recém-nascidos para o diagnóstico, o tratamento e o seguimento das sequelas da doença congênita (nível de evidência I – grau de recomendação A).

O benefício secundário do rastreamento é a prevenção primária da toxoplasmose na gestação para as pacientes soronegativas (IgG e IgM negativas).

Diagnóstico:

A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos. Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção aguda pelo *Toxoplasma gondii* na gravidez se reveste de importância, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas. Embora não exista consenso sobre o real benefício do rastreamento universal para toxoplasmose na gravidez, o Ministério da Saúde recomenda a realização da triagem sorológica, principalmente em lugares onde a prevalência é elevada.

O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes suscetíveis para seguimento posterior. O seguimento visa à prevenção da infecção aguda por meio de medidas de prevenção primária. Já a detecção precoce objetiva prevenir a transmissão fetal e também proporcionar o tratamento, caso haja contaminação intraútero.

Recomenda-se a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM na primeira consulta de pré-natal, uma vez que o diagnóstico é eminentemente laboratorial (sendo que para a IgM deve ser usado um método enzimático de captura com boa sensibilidade e especificidade).

Na presença de anticorpos IgG positivos e IgM negativos, considera-se a gestante imune. Embora exista a possibilidade de que a gestante se contamine com genótipos diferentes da primo-infecção, o risco para o feto ocorre na quase totalidade das vezes quando a mãe adquire a infecção durante a gestação, pelo menos nas gestantes com imunidade normal. Existem relatos de que é possível haver transmissão materno-fetal em gestantes imunocomprometidas com toxoplasmose prévia à gestação. Portanto, embora se considere que as gestantes suscetíveis sejam o principal foco das medidas preventivas, todas as gestantes devem ser instruídas sobre os cuidados de prevenção primária.

Formas de prevenção primária:

- Lave as mãos ao manipular alimentos;
- Lave bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar;
- Não faça a ingestão de carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.);
- Evite o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, use luvas e lave bem as mãos após a atividade;
- Evite o contato com fezes de gato no lixo ou no solo;
- Após manusear a carne crua, lave bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;
- Não consuma leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra;
- Proponha que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tente limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pazinha;
- Alimente os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça;
- Lave bem as mãos após o contato com os animais.

Quadro 27 – Resultados de IgC e IgM, conduta e seguimento

Situação	Resultados		Interpretação	Conduta	Eco	Seguimento
	IgG	IgM				
Primeira sorologia no 1° trimestre da gestação	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica	Não há necessidade de novas sorologias.	-	-
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Programa de prevenção primária (veja a seguir a conduta em caso de soroconversão).	-	Repetição da sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto.
	Positiva	Positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Faça automaticamente o teste de avidez de IgG na mesma amostra.* Avise a paciente e/ou o médico assistente imediatamente. Avidez forte: infecção adquirida antes da gestação. Não há necessidade de mais testes. Avidez fraca: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Inicie espiramicina imediatamente.	Mensal	Ecografias normais: mantenha espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice2 (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Inicie espiramicina imediatamente. Repita a sorologia em 3 semanas. IgG positiva: confirma-se a infecção.	Mensal	Ecografias normais: mantenha espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido. IgG continua negativa: suspenda a espiramicina. Prevenção primária. Repetição da sorologia de 3 em 3 meses e no momento do parto.

continua

continuação

Situação	Resultados		Interpretação	Conduta	Eco	Seguimento
	IgG	IgM				
Primeira sorologia após o 1° trimestre	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica	Não há necessidade de novas sorologias.	Mensal	Ecografias normais: mantenha a espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Programa de prevenção primária. Repetição da sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto (veja a seguir a conduta em caso de soroconversão).	-	-
	Positiva	Positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Se a gestação tiver menos de 30 semanas, inicie o tratamento com espiramicina. Se a gestante estiver com 30 semanas ou mais de gestação, inicie diretamente o tratamento com esquema tríplice.** Faça o teste de avidez de IgG.***	Mensal	Ecografias normais: mantenha a espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice ** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Inicie espiramicina imediatamente. Repita a sorologia em 3 semanas. IgG positiva: confirma-se a infecção.	Mensal	Ecografias normais: mantenha a espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido. IgG continua negativa: suspenda a espiramicina. Prevenção primária. Repetição da sorologia de 3 em 3 meses e no momento do parto.

continua

continuação

Situação	Resultados		Interpretação	Conduta	Eco	Seguimento
	IgG	IgM				
Amostras subsequentes na gestante inicialmente com IgG - / IgM -	Positiva	Negativa	Possibilidade de falso negativo da IgG na amostra anterior, por método inadequado. Provável imunidade remota	Exceção – primeira sorologia (negativa) bem no início da gestação e exame subsequente no final da gestação ou no momento do parto com IgG muito alta: possibilidade de infecção durante a gestação com IgM muito fugaz. Analise também a possibilidade de IgM falso negativo. Se houver possibilidade de infecção adquirida na gestação, inicie o tratamento com esquema tríplice.** Investigação completa do recém-nascido.	-	-
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Mantenha o programa de prevenção primária.	-	Repetição da sorologia no momento do parto.
	Positiva	Positiva	Certeza de infecção durante a gestação	A paciente e/ou o médico devem ser avisados pelo laboratório, para não retardar a conduta.* Se a gestação tiver menos de 30 semanas, inicie o tratamento imediatamente com espiramicina. Se a gestação tiver 30 semanas ou mais, inicie o tratamento diretamente com esquema tríplice.**	Mensal	Ecografias normais: mantenha a espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice ** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Inicie o tratamento com espiramicina imediatamente. Repita a sorologia em 3 semanas. IgG positiva: confirma-se a infecção. Se a gestação tiver 30 semanas ou mais, inicie o tratamento diretamente com esquema tríplice.** IgG continua negativa: suspenda a espiramicina. Prevenção primária. Mantenha sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto.	Mensal	Ecografias normais: mantenha a espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mude para esquema tríplice ** (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.

Fonte: (BRASIL, 2008d).

Legenda:
* Laboratórios devem ser instruídos para esta conduta.
** Esquema tríplice: pirimetamina + sulfadiazina + ácido folínico.
*** Embora não seja possível afastar a infecção adquirida na gestação, mesmo com avidez forte, o teste de avidez pode ajudar a datar a época da infecção materna para fins de prognóstico.

Se a gestante suscetível for proveniente de região de alta endemicidade, ela deverá ter rastreamento adicional, com pesquisa de anticorpos IgM e IgG a cada dois ou três meses, com método enzimático, para detectar uma possível infecção aguda durante a gravidez. Na vigência de viragem sorológica, ou seja, com o aparecimento de anticorpos IgG ou IgM (notadamente IgM), deve-se iniciar imediatamente o uso de espiramicina na dose de 1g (3.000.000 UI), de 8 em 8 horas, via oral. Repita o exame na mesma amostra de sangue em laboratório ou com o *kit* de referência padronizado. Caso o exame tenha de ser repetido em outro laboratório, o sangue deve ser congelado para transporte. (Os laboratórios que realizam sorologia para toxoplasmose devem estar orientados sobre os procedimentos que devem ser adotados diante da detecção de anticorpos IgM).

Confirmada a infecção aguda antes da 30ª semana, deve-se manter a espiramicina na dose de 1g (3.000.000 UI), de 8 em 8 horas, via oral, continuamente até o final da gravidez. Se a infecção se der após a 30ª semana, recomenda-se instituir o tratamento tríplice materno: pirimetamina, 25mg, de 12/12 horas, por via oral; sulfadiazina, 1.500mg, de 12/12 horas, por via oral; e ácido folínico, 10mg/dia, este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina.

A espiramicina não atravessa a barreira placentária, mas tem o efeito de impedir ou retardar a passagem do *Toxoplasma gondii* para o feto, diminuindo ou evitando o seu acometimento. Portanto, não está indicada quando há certeza ou mesmo probabilidade muito grande de infecção fetal (como quando a gestante adquire a infecção após a 30ª semana). Nestes casos, está indicado o tratamento tríplice, que atua sobre o feto.

Se no primeiro exame solicitado, na primeira consulta, detectam-se anticorpos IgM, caso a gestação tenha menos de 16 semanas, deve ser feito imediatamente o teste de avidez de IgG, na mesma amostra de soro (os laboratórios devem ser instruídos para este procedimento). Na presença de baixa avidez, pode-se estar diante de uma infecção aguda; a paciente deve ser chamada e o tratamento com espiramicina deve ser iniciado imediatamente. Na presença de alta avidez, deve-se considerá-la como diagnóstico de infecção antiga, não havendo necessidade de tratamento nem de testes adicionais. É importante sempre prestar atenção para a especificação de validade dos *kits*, para o bom desempenho dos testes. Nos exames realizados após 16 semanas de gestação, não há necessidade do teste de avidez, pois mesmo uma avidez alta não descartaria infecção adquirida durante a gestação, embora possa ser útil para ajudar a determinar a época em que ocorreu. É importante lembrar que, em algumas pessoas, a avidez dos anticorpos IgG permanece baixa por mais tempo, não sendo a avidez baixa uma certeza de infecção recente.

Observação: notifique à vigilância epidemiológica os casos de toxoplasmose aguda na gestação, conforme diretrizes do Ministério da Saúde para os serviços-sentinela.

Diagnóstico de infecção fetal:

Na presença de infecção aguda materna, deverá ser investigada a possibilidade de infecção fetal mediante a pesquisa do *Toxoplasma gondii* no líquido amniótico. O melhor exame isolado para este diagnóstico é a reação em cadeia da polimerase (PCR) no líquido amniótico, que pode ser feita a partir da 18ª semana de gestação. A PCR comum pode ter muitos falsos positivos e falsos negativos, sendo indicada atualmente apenas a PCR em tempo real.

Embora o exame ecográfico só diagnostique as complicações da toxoplasmose fetal, lideradas por hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite fetal e alterações de ecotextura hepática e

esplênica, está indicada a ecografia mensal nos casos de infecção aguda da gestante, pois a presença de sinais anormais pode determinar a mudança do tratamento, da espiramicina para o tratamento tríplice.

Conduta com o recém-nascido:

Todo recém-nascido cuja mãe teve diagnóstico de certeza ou suspeita de toxoplasmose adquirida na gestação deve ser submetido à investigação completa para o diagnóstico da toxoplasmose congênita, incluindo exame clínico e neurológico, exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e de função hepática. O lactente deve ser acompanhado e o tratamento iniciado a critério do pediatra assistente.

Roteiro para rastreamento pré-natal da toxoplasmose, quando indicado (regiões de alta endemicidade):

Para o rastreamento, deve-se utilizar método de captura para pesquisa da IgM (que evita os falsos positivos). Este roteiro não prevê realização de rotina da amniocentese com PCR do líquido amniótico para fins de diagnóstico da infecção fetal. Atualmente, somente é indicada a PCR em tempo real, pois outros métodos não possuem sensibilidade e especificidade adequadas. Se na região houver possibilidade desse exame, a indicação é realizar a amniocentese 4 semanas após a infecção materna e não antes de 18 semanas de gestação.

Na toxoplasmose adquirida após a 30ª semana da gestação, o risco de infecção fetal é alto o suficiente para dispensar procedimentos de diagnóstico fetal e indicar o início imediato do tratamento em esquema tríplice (pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico).

A conduta dependerá da idade gestacional em que o exame for realizado, assim como de seu resultado, como mostrado na tabela 24.

6.3.26 Tuberculose na gravidez

A tuberculose (TB), doença antiga e reconhecida como fatal desde a época de Hipócrates, apesar de ser uma doença curável há mais de 50 anos, continua sendo a principal causa de morte por doença infectocontagiosa em adultos no mundo. No Brasil, estima-se que uma em cada quatro pessoas esteja infectada pelo bacilo de Koch, agente etiológico da tuberculose.

Mulheres provenientes de populações de risco para TB (como, por exemplo, aquelas que vivem em situação de pobreza na periferia dos grandes centros urbanos e que estejam em países com alta prevalência da doença) usualmente só buscam assistência no sistema de saúde durante a gestação. Por isso, recomenda-se realizar busca ativa dos casos nessas populações, de forma a não perder a oportunidade de, durante qualquer visita de pré-natal, investigar TB, além de oferecer o exame de anti-HIV com pré e pós-aconselhamento (grau de recomendação D).

Há muito se discute a influência da gravidez no prognóstico da TB; no entanto, após o advento da medicação antituberculose, ficou comprovado que este prognóstico nas mulheres submetidas a tratamento adequado para TB é o mesmo, estejam ou não durante uma gestação (grau de recomendação D).

Investigação diagnóstica:

A sintomatologia da gestante com TB é semelhante à constatada em outros doentes. Salienta-se que a tosse com expectoração por três semanas ou mais, particularmente se houver história de contato, é o sintoma mais indicativo de doença. Entretanto, alguns sintomas sistêmicos podem ser confundidos com alterações funcionais da própria gravidez, o que pode ocasionar o retardo no diagnóstico. Assim, também é dito que a TB ativa pode apresentar-se durante a gravidez com mínimos sintomas, o que indica que deve haver um aumento na vigilância sobre gestantes infectadas (grau de recomendação D).

A gravidez não altera a resposta ao teste tuberculínico (grau de recomendação D); então, toda mulher gestante com suspeita de doença por micobactéria deve ser submetida também a este teste auxiliar diagnóstico, principalmente para os casos de testes terapêuticos ou tratamentos de prova da TB.

As pacientes com sintomas sugestivos de TB pulmonar que não tiverem confirmação por exame do escarro devem fazer radiografia de tórax independentemente do estágio da gravidez, mas de preferência após o primeiro trimestre e sempre com a proteção abdominal indicada como segurança para a realização deste exame (grau de recomendação D).

A TB é uma doença insidiosa, com complexidade para o seu controle, e tornou-se realmente multifacetada após o aparecimento da pandemia de Aids. Em presença da coinfecção TB/HIV, pode haver adoecimento com achados clínicos menos característicos, devido ao grau de imunodepressão em que estejam as pacientes em período do ciclo gravídico-puerperal ou não.

A TB pulmonar não acarreta maior incidência de abortamento ou de prematuridade desde que o tratamento seja realizado corretamente. Na presença de TB genital, pode haver aumento de abortos e de partos prematuros, bem como aumento na incidência de TB congênita do recém-nascido, que é rara e ocorre mais frequentemente na TB de disseminação hemática (grau de recomendação D).

Tratamento:

As medidas mais efetivas de controle da TB são, reconhecidamente, a busca de casos e a manutenção do tratamento até a alta por cura. Atualmente, há segurança de que a gravidez, o parto, o puerpério e a lactação não acrescentam riscos à paciente com TB, desde que o tratamento seja implementado corretamente. É preciso salientar que a TB não tratada pode representar um problema maior para a mãe grávida e para seu feto do que se for tratada adequadamente (grau de recomendação D).

Uma vez que o recém-nascido é muito suscetível à infecção e à doença tuberculosa, o esforço deve ser orientado para que, no momento do parto, a mãe esteja preferencialmente abacilífera ou em uso de tuberculostáticos há pelo menos duas semanas, quando a infecciosidade torna-se desprezível. TB durante a gestação sempre causa apreensão para pacientes e médicos pelo fato de que não se conhecem todos os efeitos das drogas contra a TB sobre o feto. A cuidadosa escolha dos fármacos e a sua utilização em doses mínimas efetivas, juntamente com a eleição do correto momento para utilizá-los, a fim de se evitar, quando possível, o primeiro trimestre da gestação, são as providências indicadas para impedir os possíveis efeitos tóxicos destes medicamentos para o feto.

O sucesso do tratamento da TB depende mais de uma abordagem que leve em conta as características clínicas e sociais do paciente do que dos conhecimentos científicos da quimioterapia antituberculose. Por tal razão, nos dias de hoje, é considerado que a responsabilidade sobre a prescrição de um regime com drogas apropriadas contra a TB e a garantia de tratamentos completos não devem ser imputadas aos próprios pacientes, mas sim consideradas inerentes aos programas de saúde pública e às equipes que os tratam (grau de recomendação D).

No Brasil, o esquema recomendado para as gestantes não é diferente dos esquemas para os outros pacientes. O esquema atual para todos os casos novos de TB é o "esquema básico": R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida), E (etambutol) (grau de recomendação D), com as quatro drogas combinadas em um comprimido para a "fase de ataque" do tratamento, isto é, nos primeiros dois meses, seguindo-se de R (rifampicina) e H (isoniazida) por mais 4 meses. Sempre que possível e principalmente nos grupos de maior risco de irregularidade e de abandono, este tratamento deve ser supervisionado.

Quanto à isoniazida, mesmo sendo tal droga considerada segura para o uso na gestação, há relatos de aumento do risco de hepatite medicamentosa no período ao redor do parto (grau de recomendação D) e de complicações para o feto muito ligadas ao uso de doses elevadas na gestante e também aos seus metabólitos, que interferem na ação de vitaminas, como a piridoxina. Quando administrada em grávidas ou em mães que estejam amamentando, para prevenção de efeito adverso (tipo neuropatia), com risco aumentado de aparecimento nestas pacientes, deve haver suplementação com piridoxina na dose de 25mg/dia pelo menos por 21 dias.

A rifampicina, universalmente usada em muitos pacientes com TB, também é considerada segura para uso na gestação. Apesar de alguns trabalhos sugerirem, não houve comprovação de teratogenicidade.

O etambutol é bastante seguro para uso na gravidez, mesmo havendo relatos de efeitos teratogênicos em experimentações. É um bacteriostático que atualmente está sendo usado, no Brasil, no "esquema básico". O seu efeito colateral mais importante é na acuidade visual, mas não existem relatos na literatura de que, mesmo ultrapassando a barreira placentária, ele possa afetar a estrutura do nervo óptico do feto.

A estreptomicina (S) é um aminoglicosídeo que atravessa a barreira placentária com facilidade. É tóxica durante toda a gestação e atinge as áreas relacionadas com o oitavo par craniano, também podendo ser responsável por nefrotoxicidade. Pode afetar tanto a mãe quanto o feto e deve ser evitada na gestação ou pelo menos no primeiro trimestre, porque é a única droga antituberculose com documentação que comprova interferência no desenvolvimento da audição fetal, podendo causar surdez congênita (grau de recomendação D).

A etionamida (Et), que ainda está sendo usada no esquema de segunda linha para tratamentos iniciados há mais tempo, é considerada teratogênica. Além disso, é bastante tóxica, pois apresenta paraefeitos digestivos frequentes. Tal como as drogas R, H e Z, ela pode causar danos ao fígado, pelo seu metabolismo hepático, especialmente em grupos de maior risco, como mulheres em mau estado geral, com TB disseminada, que usam concomitantemente outras drogas de metabolismo hepático; portadoras de vírus da hepatite "C", entre outros. A etionamida é contraindicada durante a gravidez, porque há relatos de efeitos teratogênicos não específicos a ela atribuídos (grau de recomendação D).

Levofloxacin e moxifloxacin são as fluoroquinolonas que têm mais atividade contra o *M. tuberculosis* (grau de recomendação D). Embora sejam ainda pouco conhecidas para uso em TB e pelo fato de que também estão disponíveis em nosso meio, elas têm sido usadas nos retratamentos de TB quando as drogas do esquema básico ou inicial já não são eficazes. Elas também são utilizadas como substitutas de alguma das referidas drogas quando há intolerância significativa. A ofloxacina, quinolona de geração anterior à das drogas citadas, é a que mais se usou até agora no País. Nenhuma delas é recomendada para uso em crianças por causa de seus paraefeitos sobre o crescimento de ossos e cartilagens. Na gestação, devem ser evitadas por seus efeitos teratogênicos (grau de recomendação D). A seguir, apresentam-se as principais drogas usadas em nosso meio para o tratamento da TB em gestantes.

Indicações:

- Casos novos* de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite), cujos pacientes podem estar ou não infectados pelo HIV.
- Caso novo: paciente que nunca usou ou usou por menos de 30 dias medicamentos antituberculose.
- Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após o abandono do tratamento, mesmo com a doença ainda ativa.

Tabela 8 – Esquema básico para tratamento de adultos e adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE (150/75/400/275) Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35kg	2 comprimidos	2 meses
		36 a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	RH (300/200 ou 150/100) Cápsula	20 a 35kg	1 cápsula de 300/200	4 meses
		36 a 50kg	1 cápsula de 300/200 + 1 cápsula de 150/100	
		> 50kg	2 cápsulas de 300/200	

Fonte: (BRASIL, 2009).

As apresentações de RH em cápsulas de 300/200 e 150/100 deverão ser utilizadas até que as apresentações de RH em comprimidos de 150/75 estejam disponíveis. (As doses preconizadas para comprimidos de RH 150/75 são: (a) 2 comprimidos/dia para 20 a 35kg de peso; (b) 3 comprimidos para 36 a 50kg de peso; e (c) 4 comprimidos para > 50kg de peso). Obs.: A medicação é de uso diário e deverá ser administrada em uma única tomada, preferencialmente em jejum (1h antes ou 2h após o café da manhã) ou, em caso de intolerância digestiva, juntamente com uma refeição.

Em casos individualizados, cuja evolução clínica inicial não tenha sido satisfatória ou, ainda, nos casos de TB extrapulmonar, a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/centro de referência (conforme protocolo local), onde será avaliado o prolongamento do tempo de tratamento na sua 2ª fase por mais três meses. Da mesma forma, todos os casos de meningoencefalite tuberculosa, coinfecção com HIV, falência ao esquema básico, resistência ou intolerância às drogas devem ser encaminhados ao pré-natal de alto risco/centro de referência.

No Brasil, de maneira padronizada, o esquema a ser usado atualmente para a TB, que é multirresistente ao esquema básico, não é indicado durante a gestação. Sempre que houver possibilidades de postergar o início do tratamento de gestantes com TB resistente às drogas, isso deve ser feito, pelo menos para além do primeiro trimestre.

Não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. É recomendável, entretanto, que faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança. Gestantes e lactantes devem utilizar os esquemas preconizados, mas devem receber especial atenção no monitoramento de efeitos adversos.

A seguir, apresentam-se as principais drogas usadas em nosso meio para o tratamento da TB em gestantes e a segurança de seu uso.

Quadro 28 – Principais fármacos utilizados no tratamento da TB e sua segurança no uso durante a gestação

Medicamento	Segurança de uso na gravidez	Classificação de risco do uso de medicamentos durante a gravidez
Rifampicina	Tem sido utilizada com segurança na gestação.	C
Isoniazida	Tem sido utilizada com segurança na gestação. Recomenda-se suplementação com vitamina B6.	C
Pirazinamida	Recomendada pela WHO e pela IUATLD e não recomendada pelo CDC/USA.	C
Etambutol	Tem sido utilizada com segurança na gestação.	B
Estreptomicina	Associada com deficiência auditiva do feto.	D
Etionamida	Não é recomendada. Há casos de malformações e de indução de trabalho de parto prematuro.	C
Quinolonas (ciprofloxacino, levofloxacino, moxifloxacino, ofloxacino)	Não são recomendadas. Estudos demonstram efeito teratogênico em animais.	C

Fonte: adaptado de Tom Frieden e colaboradores e das orientações do Formulário Terapêutico Nacional.

Nota: na última coluna, apresenta-se a Classificação de Risco usada pela Food and Drug Administration (FDA), reproduzida a seguir:

Categoria A: estudos controlados em mulheres não demonstraram risco ao feto no primeiro trimestre (e não há evidência de risco nos demais trimestres).

Categoria B: os estudos em reprodução animal não demonstraram risco fetal, embora não haja estudos controlados em mulheres grávidas.

Categoria C: os estudos em animais revelaram efeitos adversos sobre o feto (teratogênico, embriocida ou outro) e não há estudos controlados em mulheres ou os estudos em mulheres e em animais não estão disponíveis.

Categoria D: há evidência positiva de risco sobre o feto humano, mas os benefícios do uso em mulheres gestantes podem ser aceitáveis a despeito do risco.

Categoria X: estudos em animais ou humanos demonstraram anormalidades fetais ou há evidência de risco fetal baseado em experiência humana (ou ambos) e o risco de uso do fármaco em mulheres gestantes excede claramente qualquer possível benefício.

6.3.27 Hanseníase na gravidez

A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), que tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade); porém, poucos adoecem (baixa patogenicidade).

É importante a lembrança de tal doença neste caderno, pois o pré-natal pode ser a única oportunidade de se ter a mulher presente no consultório, porque a fase de gestante deixa a mulher mais suscetível aos cuidados quanto à sua saúde.

A hanseníase acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, mas também se manifesta como uma doença sistêmica, que compromete articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *M. leprae* na célula nervosa e ao seu poder imunogênico (BRASIL, 2008b).

O ambiente domiciliar é um dos principais locais de transmissão da doença.

O indivíduo é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. A transmissão se dá por meio de um indivíduo doente, forma infectante da doença, multibacilar (MB), sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outros indivíduos suscetíveis.

A principal via de eliminação do bacilo pelo indivíduo doente e a mais provável via de entrada deste no organismo são as vias aéreas superiores, mediante contato íntimo e prolongado, muito frequente na convivência domiciliar. A hanseníase progride lentamente: entre o contato com o indivíduo doente e o aparecimento dos primeiros sinais, pode-se levar em média de 2 a 7 anos.

Considera-se um caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico:

- Lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade;
- Acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- Baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

Outros sinais e sintomas também podem ser observados:

- Dor e/ou espessamento de nervos periféricos;
- Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés;
- Diminuição e/ou perda de força muscular (nos membros superiores e inferiores e nas pálpebras);
- Edema de mãos e pés;
- Febre e artralgia;
- Entupimento, feridas e ressecamento do nariz;
- Nódulos eritematosos dolorosos;

- Mal-estar geral;
- Ressecamento dos olhos.

O diagnóstico de caso de hanseníase na Atenção Básica é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e das condições de vida do indivíduo, além do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico).

Deve-se informar ao paciente o diagnóstico de hanseníase de modo semelhante como se faz com relação aos diagnósticos de outras doenças curáveis. Se a informação causar impacto psicológico tanto a quem adoeceu quanto aos familiares ou às pessoas de sua rede social, a equipe de saúde deve buscar uma abordagem apropriada para a situação, de forma que favoreça a aceitação do problema, a superação das dificuldades e maior adesão aos tratamentos. Tal abordagem deve ser oferecida desde o momento do diagnóstico, bem como no decorrer do tratamento da doença e, se necessário, após a alta por cura.

Deve-se abordar, na anamnese, a presença dos sinais e sintomas citados anteriormente, bem como acolher as dúvidas, impressões e opiniões do indivíduo.

A classificação operacional do caso de hanseníase, para o tratamento com o esquema PQT/OMS (poliquimioterapia), é baseada no número de lesões cutâneas, de acordo com os seguintes critérios:

- Paucibacilar (PB): casos com até cinco lesões de pele;
- Multibacilar (MB): casos com mais de cinco lesões de pele.

A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

A equipe da Atenção Básica deve realizar o tratamento para hanseníase como parte de sua rotina, seguindo esquema terapêutico padronizado de acordo com a classificação operacional. Seu tratamento é ambulatorial e utiliza os seguintes esquemas terapêuticos padronizados pela OMS:

Quadro 29 – Esquemas terapêuticos utilizados para tratamento da hanseníase

Fármaco	Paucibacilar: 6 cartelas	Multibacilar: 12 cartelas
Rifampicina (RFM)	1 dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg) supervisionadas.	600mg uma vez por mês (duas cápsulas de 300mg), em doses supervisionadas, em um total de 12 doses, em até 18 meses.
	Dose bem tolerada (pois os efeitos adversos são mais tardios), sendo excretada no leite.	

continua

continuação

Fármaco	Paucibacilar: 6 cartelas	Multibacilar: 12 cartelas
Dapsona (DDS)	100mg uma vez ao dia, autoadministradas por 6 meses.	100mg uma vez ao dia, autoadministradas por 12 meses.
	Dose bem tolerada, pois os efeitos adversos ocorrem no início do tratamento, sendo os principais e mais comuns: alterações hematológicas (anemia hemolítica, meta-hemoglobinemia, anemia normocítica) e, mais grave, a síndrome de hipersensibilidade. É excretada no leite.	
Clofazimina (CFZ)	-	300mg uma vez ao mês (3 cápsulas de 100mg), supervisionadas (por 12 meses), + 100mg em dias alternados ou 50mg diárias autoadministradas (por 12 meses).
	Atravessa a barreira placentária e pode pigmentar a pele do bebê e o leite, com reversão após suspensão da droga.	

Fonte: (BRASIL, 2002b).

6.3.27.1 Hanseníase na gestação

Em que pese a recomendação de se restringir a ingestão de drogas no primeiro trimestre da gravidez, os esquemas PQT/OMS, para tratamento da hanseníase, têm sua utilização recomendada. Contudo, mulheres não grávidas e com diagnóstico de hanseníase devem receber aconselhamento para planejar a gestação após a finalização do tratamento de hanseníase. Especial atenção deve ser dada ao período compreendido entre o terceiro trimestre da gravidez e o puerpério, no qual as reações hansênicas podem ter sua frequência aumentada.

As alterações hormonais da gravidez causam diminuição da imunidade celular, fundamental na defesa contra o *M. leprae*. Portanto, é comum que os primeiros sinais de hanseníase, em uma mulher já infectada, apareçam durante a gravidez e no puerpério, quando também podem ocorrer os estados reacionais e os episódios de recidivas. As gestantes portadoras de hanseníase tendem a apresentar poucas complicações, exceto pela anemia, comum em doenças crônicas. Os recém-nascidos em amamentação podem apresentar a pele hiperpigmentada pela clofazimina, ocorrendo a regressão gradual da pigmentação após o término do tratamento da mãe ou o desmame.

Gestantes com hanseníase que apresentem efeitos adversos às drogas da PQT/OMS e estados reacionais e/ou neurites deverão ser encaminhadas às unidades de saúde de maior complexidade, para avaliação.

Em gestantes MB ou PB com intolerância à dapsona, o esquema terapêutico recomendado é a associação da rifampicina com a clofazimina, pelo risco para o feto do uso do ofloxacino e da minociclina. O uso da talidomida é proibido para mulheres grávidas ou com chances de engravidar. A talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas.

A gravidez é considerada fator de risco para o aparecimento da hanseníase em gestantes infectadas, para o agravamento de processos reacionais em gestantes em tratamento ou, ainda, para o recrudescimento de sinais e sintomas em mulheres já submetidas a tratamento. As alterações hormonais durante a gestação inibem a imunidade celular e, com isso, as reações arsênicas mediadas por este tipo de imunidade (reação tipo I), ao passo que podem piorar casos de reação tipo II. A reversão da imunodepressão fisiológica no pós-parto torna o último trimestre da gravidez e o puerpério críticos para a observação dos fenômenos citados.

Cuidados do tratamento da hanseníase na gestação:

Embora os medicamentos específicos para o tratamento da hanseníase estejam referidos na categoria "C" de risco para a gestação, as normas do Programa Nacional de Controle da Hanseníase preconizam o tratamento e a amamentação, uma vez que os profissionais do programa entendem que os benefícios superam os riscos. Entretanto, recomenda-se muita atenção na observação dos efeitos adversos para a mãe e o concepto, bem como possíveis exceções para casos de gravidez de risco no uso de outros medicamentos em casos paucibacilares. Os casos multibacilares devem ser tratados sempre. O tratamento da hanseníase é ambulatorial e utiliza os esquemas terapêuticos descritos no quadro 29.

Seguimento de casos:

As gestantes devem ser agendadas como parte do procedimento de rotina a cada 28 dias, para que possam receber, além das orientações e avaliações, a administração da dose supervisionada e a nova cartela com os medicamentos para doses autoadministradas em domicílio. A orientação sobre a vinda dos contatos para exame é fundamental.

As técnicas de autocuidado deverão fazer parte da rotina de atendimento das gestantes e de suas famílias. Deve-se revisar mensalmente a realização destas técnicas para evitar a piora das consequências da lesão neurológica. Pessoas com hanseníase que apresentem outras doenças associadas (Aids, tuberculose, neuropatias, hepatopatias e endocrinopatias ou outras classificadas como indicativas para a gestação de alto risco) deverão ser encaminhadas às unidades de saúde especializadas para a avaliação.

Os casos suspeitos de efeitos adversos às drogas da PQT devem ter seu esquema terapêutico suspenso temporariamente, com imediato encaminhamento para a avaliação em unidades de saúde de média e alta complexidade.

As gestantes deverão ser orientadas para seu retorno imediato à unidade de saúde no caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos ou piora de déficit sensitivo ou motor.

6.3.28 Malária na gravidez

A malária é uma doença infecciosa febril aguda não contagiosa, cujos agentes etiológicos são protozoários do gênero *Plasmodium*. A enfermidade é transmitida ao homem pela picada da fêmea infectada de mosquitos do gênero *Anopheles*. Atualmente, reveste-se de importância epidemiológica pela sua elevada incidência na Região Amazônica e pela sua potencial gravidade clínica. A doença causa consideráveis perdas sociais e econômicas para as populações sob risco, principalmente aquelas que vivem em condições precárias de habitação e saneamento.

Cinco espécies parasitam o homem, sendo que somente três delas são transmitidas no Brasil e estão assim distribuídas: (i) *Plasmodium falciparum*, a espécie mais associada às formas graves e letais da doença, responsável por cerca de 20% dos casos; (ii) *Plasmodium vivax*, que produz cerca de 80% dos casos; e (iii) *Plasmodium malariae*, espécie apontada como causa em menos de 1% dos casos notificados. A quarta espécie deste protozoário, o *Plasmodium ovale*, ocorre apenas no continente africano. Já a espécie *Plasmodium knowlesi* se concentra no Sudeste Asiático; porém, ocasionalmente, casos importados de outros países podem ser diagnosticados no Brasil.

Transmissão:

A infecção é transmitida ao indivíduo suscetível pela picada de uma fêmea do mosquito do gênero *Anopheles*, infectada pelo *Plasmodium*, sendo o *Anopheles darlingi* o principal vetor no território nacional. A infecção também é possível mediante a transfusão de sangue contaminado, pelo uso de seringas compartilhadas e raramente pela transmissão transplacentária e perinatal.

Manifestações clínicas:

O período de incubação da malária varia de 7 a 14 dias, podendo em condições especiais prolongar-se para vários meses, como algumas vezes ocorre nas infecções por *P. vivax* e *P. malariae*.

O quadro clínico da malária pode ser leve, moderado ou grave, dependendo da espécie parasitária, da quantidade circulante de parasitos, do tempo de doença e do nível de imunidade adquirida pelo paciente. Tipicamente, é caracterizado por febre alta, acompanhada de calafrios, sudorese profusa e cefaleia, que ocorrem em padrões cíclicos, dependendo da espécie de plasmódio infectante. Em alguns pacientes, aparecem sintomas prodrômicos vários dias antes dos paroxismos da doença, a exemplo de náuseas, vômitos, astenia, fadiga, anorexia.

As gestantes, as crianças e os primo-infectados estão sujeitos a apresentar quadros mais graves, principalmente quando infectados pelo *P. falciparum*, que muitas vezes podem ser letais.

Malária e gravidez:

A gestante com malária deve ser tratada imediatamente, visto que nestes casos a doença é mais grave e sempre vem acompanhada de alto grau de parasitemia, o que constitui risco de óbito para a mãe e para o feto. A gestante tem um risco maior de desenvolver as formas complicadas da malária, especialmente a anemia grave (Hb < 7g/dl). Embora seja comum afirmar que os piores efeitos ocorrem durante a primeira gestação, em áreas de transmissão instável, como ocorre no Brasil, a malária grave pode ocorrer em qualquer paridade.

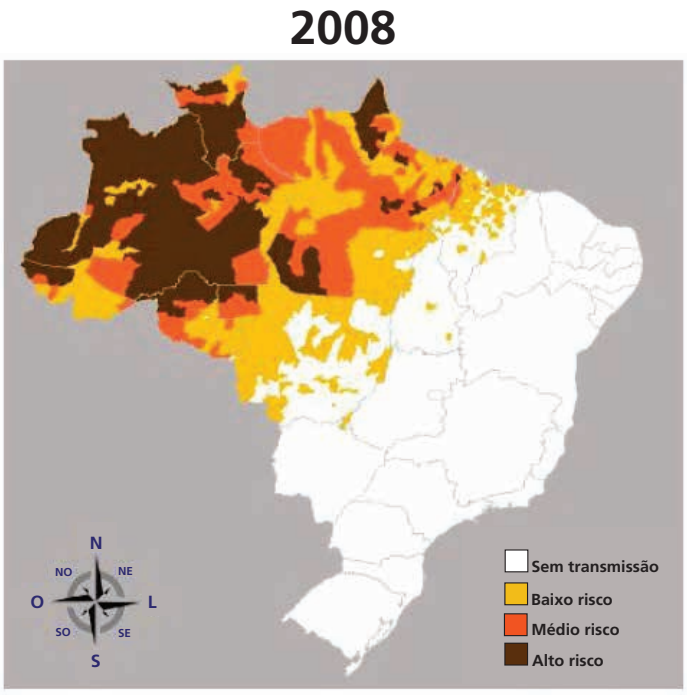
Mesmo que a malária grave esteja mais associada à infecção por *P. falciparum*, os efeitos nocivos sobre a gestação são comuns também às outras espécies de *Plasmodium*. Entre tais efeitos existe a ameaça à evolução da gestação, que pode causar aborto ou parto prematuro, conforme a idade gestacional e o momento da infecção. No feto, ocorre com maior frequência o sofrimento fetal, um problema pouco diagnosticado, além de crescimento intrauterino restrito e, não raramente, a natimortalidade. No recém-nascido, o baixo peso ao nascer é consequência da diminuição do período gestacional em mulheres com pouca ou nenhuma imunidade e em habitantes ou procedentes de áreas de transmissão mais instável, enquanto que o crescimento intrauterino restrito é predominante em mulheres procedentes de áreas de maior estabilidade de transmissão.

A infecção congênita é pouco suspeita e, portanto, pouco diagnosticada, mas deveria ser investigada em bebês de gestantes que tiveram malária durante a gravidez ou quando, no dia do parto, é evidenciada parasitemia no sangue periférico materno, no sangue do cordão ou no sangue placentário.

Diagnóstico:

A suspeição do diagnóstico deve ser feita em toda pessoa que seja residente ou tenha se deslocado para áreas onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas. A quase totalidade das áreas de transmissão de malária no Brasil encontra-se na Região Amazônica, que compreende os Estados do Acre, do Amapá, do Amazonas, do Maranhão, de Mato Grosso, do Pará, de Rondônia, de Roraima e do Tocantins.

Figura 14 – Situação da malária no Brasil



Fonte: SISMAL/SIVEP/SVS/MS – atualizado em 28.12.2009.

Pela inespecificidade dos sinais e sintomas provocados pelo *Plasmodium*, o diagnóstico clínico da malária não é preciso, pois outras doenças febris agudas podem apresentar sinais e sintomas semelhantes, tais como a dengue, a febre amarela, a leptospirose, a febre tifoide e muitas outras. Portanto, a tomada de decisão de tratar um paciente com malária deve ser baseada na confirmação laboratorial da doença, pela microscopia do esfregaço espesso ("gota espessa") ou delgado de sangue ou por testes rápidos imunocromatográficos.

A gestante deve ser orientada quanto aos efeitos da malária durante a gravidez, com ênfase na importância de procurar atendimento imediato para realizar o exame da gota espessa sempre que a paciente apresentar febre.

Diagnóstico laboratorial:

O diagnóstico de certeza da infecção malárica só é possível pela visualização do parasito ou de antígenos relacionados no sangue periférico do paciente, pelos métodos diagnósticos especificados a seguir:

- Gota espessa: é o método oficialmente adotado no Brasil para o diagnóstico da malária. Mesmo após o avanço de técnicas diagnósticas, este exame continua sendo um método simples, eficaz, de baixo custo e de fácil realização, sendo considerado o padrão-ouro para a detecção e identificação dos parasitos da malária. Sua técnica baseia-se na visualização do parasito através de microscopia óptica, após coloração com corante vital (azul de metileno e *giemsa*). A determinação da densidade parasitária, útil para a avaliação prognóstica, deve ser realizada em todo paciente com malária, especialmente nos portadores de malária por *P. falciparum*.

- Esfregaço delgado: estima-se que a gota espessa seja 30 vezes mais eficiente do que o esfregaço delgado para a detecção da infecção malárica. Porém, apesar da baixa sensibilidade diagnóstica, o esfregaço delgado é o único método que permite, com facilidade e segurança, a diferenciação específica dos parasitos, a partir da análise da sua morfologia e das alterações provocadas no eritrócito infectado.

- Testes rápidos imunocromatográficos: realizados em fita de nitrocelulose contendo anticorpo monoclonal contra antígenos do parasito. Por sua praticidade e facilidade de realização, são úteis para a confirmação diagnóstica, principalmente onde o processamento do exame da gota espessa é complicado, como áreas longínquas e de difícil acesso aos serviços de saúde ou áreas de baixa incidência da doença.

Importância da gota espessa nas consultas de pré-natal:

O exame microscópico para malária (exame da gota espessa) deve fazer parte dos exames de rotina do controle pré-natal em áreas endêmicas de malária e deve também ser solicitado especialmente para as gestantes que apresentam quadro febril, inclusive aquelas gestantes com quadro clínico sugestivo de infecção urinária, uma vez que as duas doenças podem apresentar quadros clínicos similares.

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, visando à proteção da gestante e do concepto contra os efeitos deletérios da malária, recomenda a realização do exame da gota espessa em todas as consultas de pré-natal nos Estados da Região Amazônica. A leitura da lâmina deve ser feita no mesmo dia e, caso o exame seja positivo, o tratamento deve ser iniciado imediatamente.

Notificação:

Malária é uma doença de notificação compulsória; portanto, todo caso suspeito de malária (ou seja, para cada exame realizado) deve ser notificado às autoridades de saúde, tanto nas áreas endêmicas, pelo Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária), quanto nas áreas não endêmicas, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Deve-se dar especial atenção ao preenchimento das questões relacionadas à gravidez e à investigação do local provável de infecção.

Tratamento e seguimento:

Uma vez diagnosticada, a malária deve ser imediatamente tratada, considerando-se a idade gestacional, a espécie causadora e a gravidade do quadro clínico. Todas as formas de malária durante a gestação são consideradas graves. Recomenda-se o tratamento intra-hospitalar quando a densidade parasitária for alta (+++) (o que corresponde a mais de 20 parasitos/campo microscópico ou mais de 10.000 parasitos/mm³ de sangue) e quando for evidenciada a presença de esquizontes no sangue periférico materno ou a presença de sinais ou sintomas sugestivos de gravidade da doença (como icterícia ou sangramentos). Assim mesmo, contrações uterinas, sangramento vaginal, amniorrexe, diminuição dos movimentos fetais, entre outros sintomas, indicam avaliação obstétrica imediata. O diagnóstico precoce e o tratamento correto e oportuno são os meios mais adequados para reduzir a gravidade e a letalidade da malária.

Quadro 30 – Malária complicada

Malária complicada, segundo os critérios da OMS	
Manifestação	Complicação
1. Malária cerebral	Convulsões + coma
2. Anemia grave	Hb < 7g/dl, Hto < 20%
3. Insuficiência renal aguda	Diurese < 400ml/dia ou < 5ml/kg/dia, creatinina > 3,0mg/dl
4. Edema pulmonar	
5. Hipoglicemia grave	Glicose < 40mg/dl
6. Choque	PAS < 70mmHg
7. CIVD*	Sangramento espontâneo não vaginal
8. Outras manifestações	
• Hiperparasitemia	> 10.000 parasitos/mm³
• Hiperpirexia	> 41°C
• Comprometimento hepático	Bil total > 3,0mg/dl, AST > 144UI/l, ALT > 150UI/l
• Disfunção metabólica	Acidose < 15mmol/l , acidose láctica > 45mg/dl

Fonte: (BRASIL, 2009).

Legenda:

*Coagulação intravascular disseminada.

No momento do parto, é recomendável que a gestante que teve malária durante o período gestacional faça uma nova lâmina no pré-parto e, se este resultado for positivo para malária, deve-se também coletar uma lâmina do sangue do cordão umbilical e do sangue periférico do recém-nascido. A mãe deve ser informada sobre a possibilidade de transmissão vertical e estar alerta para a presença de febre, anemia, icterícia, letargia, entre outros sintomas de malária que o recém-nascido possa vir a apresentar.

O Ministério da Saúde, por meio de uma política nacional de tratamento da malária, orienta a terapêutica e disponibiliza gratuitamente os medicamentos antimaláricos, utilizados em todo o território nacional, em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Gestantes que apresentaram infecção por *P. falciparum*, *P. vivax* ou *P. ovale* devem ser tratadas apenas com cloroquina, uma vez que a primaquina é contraindicada nestas situações, pelo alto

risco de hemólise. Desta forma, aumentam as chances de sofrer recaídas ao longo da gestação. Portanto, cada episódio malárico aumenta o risco de perda fetal, além de intensificar a anemia fisiológica da gestação. Por tal razão, é necessário que a paciente seja submetida à detecção ativa pelo menos a cada mês e que seja orientada a procurar atendimento imediato quando surgir quadro de mal-estar, cefaleia, febre ou outros sintomas relacionados à malária, a fim de realizar exame da gota espessa para a detecção oportuna de caso. Após um segundo episódio de malária por *P. vivax* ou *P. ovale* (recaída), toda gestante deverá receber o tratamento convencional com cloroquina e, em seguida, iniciar o esquema de cloroquina semanal profilática, durante 12 semanas, para a prevenção de novas recaídas.

Infecções por *P. falciparum* podem sofrer recrudescências, embora as recorrências parasitárias sejam menos frequentes do que para o *P. vivax*.

Quadro 31 – Terapêutica para diferentes formas de malária

Situação	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
P. vivax *P. malariae* *P. ovale*	Cloroquina (VO), 25mg/dose total (D0: 10mg/kg, D1: 7,5mg/kg, D2: 7,5mg/kg). Deve ser administrado em dose única diária. Administre o medicamento preferencialmente nas refeições. Não use primaquina durante a gestação e a amamentação por até 6 meses.		
Quimioprofilaxia para *P. vivax ou P. ovale*	Cloroquina (VO), 5mg/kg/semana (300mg a dose máxima) durante 12 semanas. Para se utilizar este esquema deve-se ter certeza de que o paciente aderiu corretamente ao tratamento convencional. A continuação da quimioprofilaxia após este período pode ser necessária em alguns casos.		

continua

continuação

Situação	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
P. falciparum	Quinina (VO), 10mg/kg a cada 8 horas durante 3 dias, associada à clindamicina (VO), 5mg/kg a cada 6 horas durante 5 dias.	Artemeter + lumefantrina (comprimido de 20mg de artemeter e 120mg de lumefantrina) nas doses recomendadas para adultos (4 cáps. de 12 em 12 horas durante 3 dias). No primeiro dia, a 2ª dose pode ser administrada entre 8 a 12 horas. Recomenda-se administrar o comprimido juntamente com alimentos. Ou: Artesunato + mefloquina (comprimido de 100mg de artesunato e 200mg de mefloquina) nas doses recomendadas para adultos (2 cáps. ao dia durante 3 dias). Recomenda-se administrar o comprimido juntamente com alimentos.	
Malária grave Assim que o paciente puder deglutir, deve-se passá-lo para tratamento VO, conforme já descrito.	Quinina (IV), 20mg/kg de dose de ataque, seguida de 10mg/kg a cada 8 horas durante 7 dias. Administre a quinina em SG5% (10ml/kg, máximo de 500 ml) em infusão lenta durante 4 horas. A quinina deve ser associada à clindamicina (IV), 10mg/kg a cada 12 horas durante 7 dias. Administre a clindamicina em SG5% (1,5ml/kg) em infusão durante 1 hora.	Artesunato (IV), 2,4mg/kg de dose de ataque, seguida de 1,2mg/kg após 12 e 24 horas da dose de ataque. Em seguida, mantenha uma dose diária de 1,2mg/kg durante 6 dias. Dissolva o pó de artesunato (60mg por ampola) em diluente próprio ou em uma solução de 0,6ml de bicarbonato de sódio a 5%. Esta solução deve ser diluída em 50ml de SG5% e administrada em infusão lenta em 1 hora. O artesunato deve ser associado à clindamicina (IV), 10mg/kg a cada 12 horas durante 7 dias. Administre a clindamicina em SG5% (1,5ml/kg) em 1 hora. Ou: Artemeter (IM), 3,2mg/kg de dose de ataque. Após 24 horas, aplique 1,6mg/kg/dia até completar 5 dias de tratamento associado à clindamicina (IV), 10mg/kg a cada 12 horas durante 7 dias. Administre a clindamicina em SG5% (1,5ml/kg) em 1 hora.	

Fonte: (BRASIL, 2009).

Legenda:

D0 (dia zero); D1 (dia um); D2 (dia dois); D3 (dia três); VO (via oral); IV (intravenoso); IM (intramuscular); SG5% (solução glicosada a 5%).

Observações: quando o óbito materno ou fetal for iminente e quando não se dispuser de quinina, o balanço risco-benefício pode sugerir o uso de derivados de artemisinina, durante o primeiro trimestre de gestação, associado à clindamicina.

6.3.29 Parasitoses intestinais

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

O efeito das infecções parasitárias na nutrição materna pode comprometer o desenvolvimento fetal. Mulheres que engravidam com desnutrição, anemia ou infecções crônicas apresentam risco maior de ter filhos com baixo-peso ao nascimento e no parto pré-termo.

O diagnóstico e o tratamento de pacientes com essas condições deveriam ser realizados antes da gestação. Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. Pacientes com parasitos intestinais só devem ser tratados na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças.

Não se recomenda o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas (como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo) devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.

6.3.29.1 Helmintíases

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

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

6.3.29.2 Protozooses

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

- Amebíase: protozoose causada pela *Entamoeba histolytica*. Pode apresentar-se nas formas intestinal e extraintestinal. A grande maioria dos acometidos apresenta a doença benigna, que se manifesta sob a forma intestinal diarreica.
- Giardíase: as manifestações clínicas estão presentes em 50% das vezes ou mais, relacionando-se, possivelmente, com a participação de fatores predisponentes, como alterações da flora intestinal e desnutrição. A manifestação mais comum é a diarreia, às vezes acompanhada de desconforto abdominal ou dor em cólica, flatulência, náuseas e vômitos. Na giardíase não se observam, de modo geral, manifestações sistêmicas e não ocorrem alterações do hemograma, não provocando também a eosinofilia. As protozooses que necessitam de tratamento estão descritas no quadro 32, assim como seu respectivo tratamento.

Quadro 32 – Medicamentos indicados na terapêutica das helmintíases e protozooses na gestação

Medicamentos indicados na terapêutica das helmintíases e protozooses intestinais durante a gestação		
Helmintíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase Ascaridíase Enterobíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos.
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel Ditioletiona	Contraindicados: tratar no puerpério.
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos.
Himenolepíase	Praziquantel Niclosamida	Contraindicados: tratar no puerpério.
Teníase	Mebendazol	200mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos.
Tricuríase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos.
Protozooses	Medicamentos	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante dez dias.
Giardíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante sete dias seguidos.

Fonte: (BRASIL, 2004a).

6.3.30 Epilepsia

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

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

6.3.30.1 Epilepsia em mulheres

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

6.3.30.2 Efeito da gravidez nas crises convulsivas

Entre 17% e 37% das mulheres com epilepsia apresentam um aumento na frequência das suas 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 acarretam alterações na absorção das drogas, aumento do metabolismo e outras alterações fisiológicas que culminam com a diminuição do seu nível sérico. Outro fator que comumente propicia o aumento na frequência das crises é a suspensão da droga pela própria gestante, por medo de efeitos deletérios ao feto.

6.3.30.3 Efeitos da epilepsia na gravidez

Várias associações são feitas entre as inúmeras complicações ocorridas durante a gestação, o parto e o puerpério de mulheres com epilepsia e o uso de anticonvulsivantes. Tais complicações, que ocorrem em taxas maiores do que as presenciadas na população em geral, incluem abortamentos espontâneos, morte perinatal, prematuridade, anomalias congênitas e anormalidades de crescimento fetal e desenvolvimento nessas crianças. No entanto, ainda não está esclarecido se tais efeitos são secundários às crises convulsivas ou às drogas utilizadas para o seu controle.

6.3.30.4 Malformação fetal em gestantes epilépticas medicadas

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

Conduta:

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

Recomendações para o uso de drogas antiepilépticas durante a gestação:

- Discuta com a mulher os possíveis riscos da gestação para ela mesma e para o feto, além dos potenciais efeitos teratogênicos das DAE. Tal orientação deve ser dada antes da gestação para evitar a ansiedade da gestante e possível interrupção da medicação por falta de informação adequada;
- Uso de ácido fólico na dosagem de 5mg ao dia. O ideal é que a paciente inicie o uso de ácido fólico pelo menos três meses antes da gestação;
- Para pacientes sem crises há mais de dois anos, discuta a suspensão da droga na periconcepção e no primeiro trimestre;
- Uso preferencial de DAE em monoterapia e em doses fracionadas. Porém, não altere o regime terapêutico durante a gestação, a não ser sob orientação de especialista;
- Não existe uma droga de escolha para ser usada durante a gestação. Além disso, nenhuma DAE apresenta perfil específico de teratogenicidade. A exceção é para o uso de valproato, que tem sido associado com risco de 1% a 2% de espinha bífida, mas seu uso em combinação com a carbamazepina parece diminuir esse risco (única ocasião em que a politerapia com DAE diminui os efeitos teratogênicos);
- A dosagem será sempre individualizada, na dependência da frequência das crises.

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

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

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

Amamentação:

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

6.3.31 Uso de álcool e outras drogas na gestação

A gestação é um momento peculiar na vida de uma mulher, de um casal, de uma família. Momento em que ocorrem transformações no corpo, no humor, nos planos para o futuro, na organização da vida. Planejada ou não, uma gestação costuma provocar alterações em vários aspectos da vida familiar, despertando sentimentos intensos e sensações fortes.

O contexto da gestação traz questionamentos aos profissionais de saúde. É uma gestação desejada? É por uma dupla, um casal? Em que condições socioeconômicas ocorre? Em que contexto afetivo e familiar? Quais são as condições de saúde? Enfim, torna-se fundamental compreender o entorno, o contexto, para que se possa ter a dimensão do impacto da chegada de um bebê.

E quando a gestante faz uso de drogas? O que fazer?

Hoje em dia, fala-se bastante em uso de álcool e drogas, mas abordar este assunto durante a gestação não é tarefa fácil. A princípio, tende-se a pensar no assunto de forma moral: como uma mãe pode fazer isso com um bebê? Entretanto, quando se trata de saúde, julgamentos morais costumam não render bons frutos, além de se mostrarem ineficazes para o efetivo cuidado integral à saúde. Portanto, o desafio consiste em suspender a moral, deixar o julgamento de lado – para a Justiça – e se ater às questões relacionadas à saúde, ao cuidado de si, físico e psíquico.

Primeiramente, é preciso diferenciar as diversas relações estabelecidas com o que se define como droga, avaliando subjetivamente o impacto dessa relação na vida de cada sujeito. É preciso compreender que espaço a droga, seja ela qual for, ocupa na vida de uma determinada família e, principalmente, da mulher grávida. Situações de uso eventual podem ser contornadas com mais facilidade durante a gestação, enquanto a dependência química apresenta-se como um desafio à saúde pública.

Estimular o cuidado de si e do outro – do bebê – talvez seja o maior desafio no manejo com a gestante usuária de drogas. Para que o cuidado se efetive, o profissional de saúde precisa colocar-se como parceiro, oferecendo a possibilidade de que o prazer em ser mãe possa substituir o prazer pelo uso da droga. Muitas vezes, o cuidado do outro é um estímulo para o cuidado de si. Assim, lançar mão de espaços de escuta e reflexão sobre a maternidade é um primeiro e fundamental passo.

As consultas de pré-natal na atenção primária à saúde devem sempre contar com um tempo para os exames clínicos sem, entretanto, deixar de lado o tempo para o diálogo, a escuta subjetiva e as orientações, criando uma atmosfera de empatia, confiança e cumplicidade entre a equipe e a gestante.

A gestação traz transformações ímpares à vida da mulher: do corpo, da organização de vida, de como os outros a enxergam. A ansiedade gerada por estas transformações não pode ser desconsiderada, sob pena de intervenções que não façam sentido. A escuta qualificada e atenta poderá abrir espaços para que as ansiedades sejam nomeadas, explicitadas, transformando em palavras os sentimentos que parecem tão confusos.

As informações oferecidas à gestante e aos acompanhantes sobre os efeitos da droga no feto são importantes, principalmente quando acompanhadas da construção conjunta de estratégias de prevenção ao uso. É preciso que haja uma relação de intensa confiança entre as equipes

de saúde, a gestante e seus familiares, para que possam identificar os fatores de risco e criar alternativas ao uso.

A atenção primária à saúde mostra-se importante no manejo destas situações, pois partilha territórios geográficos e afetivos, estando em contato com a gestante em seu dia a dia, conhecendo sua realidade. O papel dos agentes comunitários de saúde é fundamental na identificação de novos casos, na busca ativa das faltosas, na primeira abordagem e no acompanhamento, possibilitando que a gestante aposte no cuidado que a equipe oferece.

Muitos casos de gestantes dependentes químicas podem ser manejados no âmbito da atenção primária à saúde, mediante as consultas periódicas, a inclusão em grupos específicos e o trabalho com a família. Quando as situações mostram-se mais delicadas, é preciso prestar atenção aos riscos, tais como de suicídio, hétero ou autoagressão e comorbidades psiquiátricos.

Alguns casos considerados mais graves, que precisem de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Ao encaminhá-los para algum serviço da Rede de Saúde Mental, a equipe de Saúde da Família permanece sendo a responsável pela coordenação do cuidado à gestante e à sua família.

Os profissionais de saúde precisam ter sensibilidade nas orientações, levando sempre em consideração o contexto de vida da referida gestante e o seu cuidado, para não perder a chance de realizar seu pré-natal. O papel do profissional de saúde consiste sempre em orientar as pessoas e, principalmente, as gestantes contra o uso de quaisquer substâncias que possam vir a prejudicar o desenvolvimento do feto. Porém, sabe-se que isso nem sempre garante mudanças de comportamento.

É preciso paciência para compreender as fantasias envolvidas na gestação e os medos que envolvem largar a antiga companhia da droga. Abordagens ameaçadoras e agressivas tendem a fracassar, causando rechaço por parte da gestante, que, não raro, abandona o cuidado pré-natal.

A perspectiva da redução de danos pode auxiliar neste caminho, tomando como ponto de partida a experiência subjetiva de cada mulher, compreendendo o que é possível em cada caso e sabendo lidar com os limites que toda intervenção possui.

Assunto polêmico e cheio de interrogações, o uso de drogas durante a gestação coloca as equipes de saúde da atenção primária em xeque. Estas têm que lançar mão de ações singulares e, muitas vezes, criativas para lidar com a questão: o maior risco é sempre perder o vínculo, sem o qual pouca coisa será possível.

O alerta sobre os perigos é fundamental, mas não garante uma mudança radical de comportamento. O auxílio no processo de se constituir mãe, pai, avô e avó é sempre mais potente e duradouro. Afinal, a gestação é apenas o começo de uma história, na qual há uma grande aposta para que esta seja duradoura, saudável e feliz.

6.3.31.1 Uso de álcool

Mulheres grávidas devem evitar o uso de álcool nos 3 (três) primeiros meses, porque a substância pode estar associada ao aumento do risco de malformações. Ainda é incerta a quantidade segura de consumo de álcool na gravidez.

O consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode trazer consequências para o recém-nascido. Quanto maior o consumo, maior o risco de prejudicar o feto.

Cerca de um terço dos bebês de mães dependentes do álcool, que fizeram uso excessivo dessa droga durante a gravidez, é afetado pela "síndrome fetal pelo álcool". Os recém-nascidos apresentam sinais de irritação, mamam e dormem pouco, além de apresentarem tremores.

As crianças que são afetadas gravemente e que conseguem sobreviver aos primeiros momentos de vida podem apresentar problemas físicos e mentais, que variam de intensidade de acordo com a gravidade do caso.

6.3.31.2 Uso de ansiolíticos na gravidez

Os ansiolíticos parecem ter um poder teratogênico razoável, isto é, podem produzir lesões ou defeitos físicos na criança ao nascer.

Fumo na gravidez:

Quando a mãe fuma durante a gravidez, "o feto também fuma". A nicotina provoca aumento do batimento cardíaco no feto, redução de peso, menor estatura, além de alterações neurológicas importantes. O risco de abortamento espontâneo é maior nas mães que fumam.

- Desde o primeiro contato com a gestante, discuta com ela questões importantes sobre o fumo e informe a ela noções sobre os riscos que existem para o feto em exposição ao cigarro, como risco de baixo peso e prematuridade. Os benefícios de abandonar o fumo devem ser enfatizados;
- Discuta os riscos e benefícios do uso de reposição de nicotina. Avise que as gestantes devem retirar os adesivos de nicotina para dormir;
- Mulheres que não conseguirem parar de fumar durante a gravidez devem ser encorajadas a reduzir o fumo.

Uso de maconha na gravidez:

Os efeitos da maconha no feto são incertos, mas podem ser prejudiciais. A maconha está associada ao fumo, que sabidamente é prejudicial. As mulheres devem ser desencorajadas a usar *cannabis* durante a gravidez.

Alguns estudos afirmam que a maconha parece não possuir ação teratogênica, isto é, não causa malformações à constituição física do feto. Parece também não afetar significativamente o andamento da gestação.

A redução de peso e tamanho ao nascer, assim como um dos efeitos prejudiciais do tabaco, foi detectada por alguns estudos. Tal diferença, no entanto, parece desaparecer até o final do primeiro ano de vida.

Parece haver alterações relacionadas à estabilidade da atenção e prejuízos na aquisição de informações de natureza não verbal. Isso parece não afetar a inteligência global. Porém, repercutem de maneira negativa sobre os processos relacionados ao planejamento e à avaliação das respostas captadas do ambiente externo. Há, ainda, relatos de impulsividade, hiperatividade e distúrbios de conduta entre esses indivíduos.

Uso de cocaína na gravidez:

A cocaína age no sistema nervoso central materno e fetal, por inibir a recaptação dos neurotransmissores (noradrenalina, dopamina e serotonina) nos terminais pré-sinápticos.

A acentuada ativação dos sistemas adrenérgicos da mãe e do feto, pelo uso da cocaína, resulta em vasoconstrição generalizada, taquicardia, hipertensão, cefaleia, arritmias, enfartes, descolamento de placenta, trabalho de parto prematuro, abortamento, redução do fluxo placentário, com repercussões no crescimento e na oxigenação fetais, possibilitando hemorragias intracranianas na mãe e no feto.

Uso de *crack* na gravidez:

Os recém-nascidos de mães que fizeram uso de *crack* durante a gravidez podem apresentar dependência e síndrome de abstinência. Devido às suas características químicas, o *crack* atravessa a placenta com facilidade, acarretando o risco de toxicidade ao feto. Vários problemas obstétricos são relatados em decorrência do uso do *crack* na gravidez, com consequências para o recém-nascido.

Os problemas neonatais imediatos relacionados ao *crack* são: vasoconstrição, sofrimento fetal, prematuridade, baixo peso, diminuição do comprimento e do tamanho da cabeça, malformação de origem neurológica, asfixia, vômito e convulsões, podendo acarretar uma parada cardiorrespiratória.

O uso do *crack* durante a gestação reduz o fluxo placentário, pode tornar a placenta envelhecida e ocasionar enfarto placentário, como também dificuldade de aderência da placenta ao útero, devido à hemorragia. A situação de oligoâmnio também pode aparecer, ou seja, a redução do líquido amniótico nos últimos meses de gestação, em quantidade menor do que 200mL.

A mãe apresenta alterações no comportamento, podendo desenvolver síndrome de abstinência. Problemas cardíacos e respiratórios podem aparecer tanto na mãe como no bebê.

6.3.32 Violência contra a mulher durante a gestação

A violência, seja ela física, sexual, psicológica ou emocional, torna-se ainda mais séria quando a mulher se encontra grávida, pois traz consequências significativas para a saúde do binômio mãe-filho, tais como baixo peso ao nascer, abortos, parto e nascimento prematuros e até mortes materna e fetal, conforme estudos revelados pela OMS no "Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde".

A violência contra a mulher envolve um grande número de modalidades e situações, que se evidenciam pelas agressões físicas, psicológicas e sexuais no ambiente doméstico, profissional ou em outros espaços de convivência. Vários estudos evidenciam que grande parte das mulheres e adolescentes grávidas também tem sofrido algum tipo de violência durante a gestação e que, além dos agravos à saúde da mulher, este é um dos fatores que contribui para o aumento da mortalidade materna, bem como para o aumento dos números de óbitos perinatais.

As representações da violência que acometem também as mulheres em seu período gestacional podem ocasionar diversos transtornos à saúde, entre eles: as dores crônicas, as infecções urinárias recorrentes, os transtornos de comportamento, as depressões e as tendências ao suicídio.

Ao contrário do que se espera, a violência contra a mulher não diminui necessariamente durante a gravidez. De fato, cerca de 13% das mulheres relatam aumento da frequência ou da severidade da violência durante o referido 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, pois existe um risco duas vezes maior de que elas sejam 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 autoestima, isolamento e suicídio, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool e/ou drogas.

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 que devem ser adotadas para se enfrentar o fenômeno da violência. A observação cuidadosa no pré-natal, as perguntas corretas e uma escuta qualificada podem ajudar a identificar casos de violência e trabalhar formas de enfrentamento e fortalecimento da mulher, para que ela possa reagir positivamente em sua autodefesa e na proteção do bebê.

Existem ainda os casos de gestação decorrentes de violência sexual. Tais casos, quando identificados, devem ser acompanhados como gestação de alto risco, observando-se as condições psicológicas das mulheres ou das adolescentes, condições que podem favorecer as tentativas de suicídio, a autonegligência, a depressão pós-parto e, em casos extremos, as tentativas ou a consumação de homicídios das crianças.

Todas as mulheres em situações concretas de violência ou vulneráveis a ela devem ser orientadas (pelos serviços que as atenderem) a denunciar seus agressores diretamente à autoridade policial. Para os casos de violência contra a gestante adolescente, o serviço de saúde deverá acionar imediatamente os conselhos tutelares da localidade.

A notificação da violência é compulsória para todos os serviços de saúde, devendo ser preenchida a ficha de notificação, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.

A oferta de serviços e o acesso imediato a cuidados de saúde podem mudar dramaticamente o destino dessas mulheres.

Destacam-se, a seguir, as principais medidas que devem ser adotadas no atendimento às gestantes em situação de violência.

6.3.32.1 Doenças sexualmente transmissíveis (DST)

As DST adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar graves consequências físicas e emocionais. Estudos consistentes têm mostrado que entre 16% e 58% das mulheres que sofrem violência sexual são infectadas por, pelo menos, uma DST. Entre grávidas que sofrem abuso sexual, a prevalência de DST é duas vezes maior, quando comparada com grávidas não violentadas. Embora não estejam devidamente esclarecidos seus 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. Gonorreia, 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 nas primeiras 72 horas da violência sexual.

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

Quadro 33 – Profilaxia das DST para mulheres em situação de violência sexual

Profilaxia das DST não virais para grávidas em situação de violência sexual
Deve-se associar os medicamentos
Penicilina G benzatina = 2.400.000 UI, IM, em dose única (profilaxia da sífilis)
Ceftriaxona = 500mg, IM, em dose única (profilaxia da gonorreia)
Azitromicina = 1g, VO, em dose única (profilaxia da clamidíase e do cancro mole)
Metronidazol* = 2g, VO, em dose única (profilaxia da tricomoníase)

Fonte: (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2005d).

Legenda:
*Deve-se evitar o uso deste medicamento no primeiro trimestre de gravidez.

Para a gravidez, em qualquer idade gestacional, não é contraindicada a profilaxia para as DST não virais. O metronidazol e suas alternativas (tinidazol e secnidazol) devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez. Já o tianfenicol é contraindicado para todo o período gestacional, bem como o uso de quinolonas (ofloxacina).

6.3.32.2 Hepatite B

A imunoprofilaxia para a hepatite B está indicada para casos de violência sexual em que ocorrer exposição da gestante ao sêmen, ao sangue ou a 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 mês, 1 mês 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 34.

Quadro 34 – Abordagem sorológica e profilaxia da hepatite B para gestantes vítimas de violência sexual

Abordagem sorológica e profilaxia da hepatite B para gestantes vítimas de violência sexual			
HBsAg	Anti-HBc total	Diagnóstico	Conduta
+	+	Infecção aguda ou crônica	Anti-HBc IgM
+	-	Fase de incubação ou falso resultado	Repita HBsAg
-	+	Contato prévio ou falso resultado	Solicite anti-HBs
-	-	Susceptível	Vacinação e IGHAHB

Fonte: (BRASIL, 2005b).

Para a gravidez, em qualquer idade gestacional, não é contraindicada 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 deltoide. Não deve ser realizada na região glútea, por resultar em menor imunogenicidade. Para a hepatite C não existem alternativas de imunoprofilaxia.

Quadro 35 – Imunoprofilaxia da hepatite B para gestantes em situação de violência sexual

Deve-se associar os medicamentos
Vacina anti-hepatite B, imunização ativa, IM = aplique em deltoide (0 mês, 1 mês e 6 meses)
Imunoglobulina humana anti-hepatite B, imunização passiva, IM = aplique no glúteo (0,06ml/kg, IM, dose única)

Fonte: (BRASIL, 2005b).

Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B casos de violência sexual em que a grávida apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual doméstica.

Não deverá receber a imunoprofilaxia para hepatite B a grávida 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 por todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto.

6.3.32.3 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%. Este risco é comparável e até mesmo superior ao observado em outras formas de exposição sexual única ou em acidentes perfurocortantes entre profissionais de saúde.

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 antirretrovirais até o momento, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nestes casos, riscos e benefícios do uso profilático dos antirretrovirais 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 este tipo de tratamento.

Mulheres em situação de violência sexual que estejam amamentando deverão ser orientadas a suspender o aleitamento durante a quimioprofilaxia antirretroviral, pela possibilidade de exposição da criança aos medicamentos (cuja passagem ao organismo do bebê é feita pelo leite materno) e, também, para evitar o risco de transmissão vertical.

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

Quadro 36 – Profilaxia para HIV em mulheres adultas, adolescentes e gestantes

Medicação e dosagem	Posologia	Tomada
Zidovudina, 300mg	A cada 12 horas, VO	Café e jantar (E)[1]
Lamivudina, 150mg	A cada 12 horas, VO	Café e jantar (E)[2]
Nelfinavir, 750mg Nelfinavir, 1250mg	A cada 8 horas, VO A cada 12 horas, VO	Café, almoço e jantar ou café e jantar

Fonte: (BRASIL, 2005d).

Legenda:

[1] (E) = Sinal utilizado para indicar que os medicamentos citados na linha em questão do quadro devem ser usados juntamente com os medicamentos mencionados na linha seguinte.

[2] (E) = Sinal utilizado para indicar que os medicamentos citados na linha em questão do quadro devem ser usados juntamente com os medicamentos mencionados na linha anterior.

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, com forte necessidade de acolhimento. O profissional de saúde deve ter postura cuidadosa e sensível, devendo lembrar a importância de estabelecer bom vínculo. Não se deve, em nenhum momento, colocar a veracidade da história da gestante em questão ou as circunstâncias em que a violência tenha acontecido, por mais incomuns que possam parecer. Deve-se manter a mais neutra postura 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. Também é importante conhecer a rede local para a referência em casos de gestação decorrente de estupro ou de necessidade para atendimento especializado. Negligenciar tais aspectos, particularmente os emocionais, pode resultar na revitimização da mulher, lamentavelmente produzida pelos serviços de saúde.

PARTE 3

ASSISTÊNCIA AO PARTO IMINENTE

Assistência ao parto iminente

7

Este capítulo foi adaptado da publicação "Assistência ao Trabalho de Parto", editada pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

Definição: quando não é mais possível transportar a parturiente para uma maternidade devido à iminência do nascimento do bebê.

A paciente encontra-se no período expulsivo ou no 2° período do trabalho de parto.

Diagnóstico: contrações fortes e frequentes (2 ou mais em 10 minutos), com "puxos" (sensação de pressão no períneo) e/ou visualização de distensão perineal ou da apresentação de bebê na vulva.

Assistência ao segundo período:

- Posicionar paciente:

- para a maioria das pacientes: Laborie-Duncan, com decúbito dorsal, mesa de parto verticalizada ao máximo e flexão e abdução dos membros superiores ou, se desejado, de cócoras. Não há diferenças nos resultados perinatais, embora a posição de cócoras possa reduzir a dor no terceiro período (grau de recomendação A).
- em pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral (posição de Simms) (grau de recomendação A).

- Antissepsia e colocação de campos esterilizados (grau de recomendação D).
- Bloqueio pudendo e infiltração em leque, se for necessária a realização de episiotomia (grau de recomendação D). Pode-se utilizar xilocaína com ou sem adrenalina a 1% ou 2%.
- Realização de episiotomia: deve ser realizada seletivamente somente nos casos em que exista indicação para seu uso (sofrimento fetal, uso de fórcipe , fetos grandes, cardiopatia materna, período expulsivo prolongado etc.). Deve-se realizar preferencialmente a episiotomia médio-lateral, que apresenta menor risco de extensão para reto e esfíncter anal (grau de recomendação A).
- Ausculta de BCF a cada 5 minutos durante o período expulsivo, imediatamente antes, durante e após a contração uterina (grau de recomendação D).
- Controle do desprendimento da cabeça: realize a manobra de Ritgen, com o objetivo de evitar a deflexão súbita da cabeça (grau de recomendação D).
- Aspiração da boca e do nariz do feto com pera de borracha. Deve-se verificar se há circular cervical de cordão. Se a circular for apertada, clampeie e corte o cordão (grau de recomendação D).
- Assistência ao desprendimento dos ombros: se a ocorrência não for espontânea, tracione ligeiramente a cabeça fetal na parte inferior para liberar o ombro anterior e, em seguida, na parte superior para liberar o ombro posterior (grau de recomendação D).
- Clampeamento do cordão: a ligadura do cordão umbilical (clampeamento) pode ser realizada de imediato ou momentos após o nascimento.
- Profilaxia da hemorragia puerperal: aplique 10U de ocitocina intramuscular após o desprendimento do ombro anterior (também podem ser utilizados esgometrina, combinações de ocitocina e ergometrina e misoprostol) (grau de recomendação A).

Assistência ao terceiro período: dequitação da placenta:

- Manejo ativo: consiste no emprego de ocitócitos após o desprendimento dos ombros, combinado com a tração controlada do cordão umbilical. Tal medida mostrou-se capaz de reduzir em 40% a chance de hemorragia puerperal (grau de recomendação A).
- Revisão do trajeto: após a dequitação, deve-se verificar a presença de lacerações de trajeto, que podem ser fonte de sangramento significativo e episiorrafia (grau de recomendação D).

Assistência ao quarto período: 1ª hora após o parto

- Observe os sinais vitais e o sangramento. Se o sangramento por hipotonia uterina for excessivo, realize massagem uterina e infusão de 30 a 60U de ocitocina em 1000ml de solução glicosada a 40gts/min (grau de recomendação D). Se o tratamento instituído não for eficaz, pesquise a possibilidade de retenção de restos placentários e lacerações de trajeto (grau de recomendação D).

Após a verificação de sangramento vaginal normal e útero contraído, encaminhe a mãe e a criança para o hospital.

Assistência ao recém-nascido

8

Previna a perda de calor: o primeiro passo, após o nascimento, é a prevenção da perda de calor pelo RN. Para evitar tal possibilidade, coloque o RN sob fonte de calor radiante e seque toda a sua superfície corpórea. Lembre sempre de remover os campos úmidos, deixando-os longe do paciente.

Estabeleça a permeabilidade das vias aéreas: para manter as vias aéreas pérvias, posicione a cabeça do RN com uma leve extensão do pescoço.

Evite a hiperextensão ou flexão exagerada do pescoço: quando necessário, aspire as vias aéreas, primeiro a boca e depois o nariz, evitando o uso de pressões negativas excessivas (máximo de 100mmHg) e a introdução brusca da sonda de aspiração, pelo risco de que tais manobras provoquem apneia e bradicardia, por reflexo vagal.

Inicie a respiração: finalmente, se necessário, inicie a respiração mediante a estimulação tátil, com manobras delicadas no dorso do RN, no máximo duas vezes. Se após o estímulo tátil o paciente não estabelecer um esforço respiratório suficiente para manter a frequência cardíaca (FC) acima de 100bpm, não insista na manobra e inicie imediatamente a ventilação com pressão positiva.

Avalie o recém-nascido (os três sinais): após os passos iniciais, as condições do RN são avaliadas em sequência, por intermédio de três sinais:

- Respiração;
- Frequência cardíaca;
- Cor.

Papel do Boletim de Apgar: o Boletim de Apgar (veja o quadro a seguir) não deve ser usado para indicar o início da reanimação. No entanto, ele é útil para avaliar a resposta do RN às manobras de reanimação no 1° e 5° minutos de vida e, se necessário, no 10°, 15° e 20° minutos. De igual modo, o Boletim de Apgar serve como um relatório numérico e muito prático para descrever a condição de nascimento e a recuperação do RN, quando reanimado.

Quadro 37 – Boletim de Apgar

Sinal	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	< 100	> 100
Respiração	Ausente	Irregular	Choro forte
Tônus muscular	Flacidez	Alguma flexão de extremidades	Boa movimentação
Reflexos (estímulo nasal)	Ausente	Algum movimento	Espirros
Cor	Cianose e/ou palidez	Corpo róseo e extremidades cianóticas	Róseo

Fonte: (APGAR, 1953, adaptado).

Cuidados com o coto umbilical: laqueie o cordão umbilical a uma distância de 2 a 3cm do anel umbilical, envolvendo-o com gaze embebida em clorhexidina a 0,5% ou em álcool etílico a 70%. A presença das duas artérias e de uma veia umbilical deve ser verificada, pois anomalias dos vasos umbilicais associam-se a malformações do trato gastrintestinal, renais, cardíacas e à anencefalia.

Mantenha a limpeza diária do coto umbilical com clorhexidina a 0,5% ou em álcool etílico a 70%, até a sua queda.

Profilaxia da oftalmia e da vulvovaginite gonocócica: instile uma gota de nitrato de prata a 1% em cada olho e duas gotas na vagina. O nitrato de prata a 1% deve ser conservado em frasco escuro. Sua validade é de 24 horas, após a abertura do frasco. Obs.: a solução de Argyrol® não é recomendada para a profilaxia da oftalmia e da vulvovaginite gonocócica.

Profilaxia da doença hemorrágica do RN: vitamina K, IM (1mg).

Verificação da permeabilidade nasal e do trato gastrintestinal: após a estabilização do RN, introduza delicadamente a sonda gástrica nº 8 através da narina. O comprimento da sonda a ser introduzida corresponde à distância entre a base do nariz, o lóbulo da orelha e o apêndice xifoide.

Quanto à passagem da sonda nasogástrica objetiva, em primeiro lugar, verifique a permeabilidade das coanas. Se a sonda não progredir além de 3 a 4cm, em qualquer uma das narinas, deve-se suspeitar da existência de atresia de coanas. Além disso, se a sonda não progredir até a distância pré-determinada, deve-se suspeitar da presença de atresia do esôfago. Se após a passagem da sonda o conteúdo gástrico for superior a 20ml, suspeite de obstrução intestinal alta. Se à aspiração do conteúdo gástrico o líquido encontrado for hemorrágico, meconial ou purulento, deve-se realizar a lavagem gástrica com água destilada ou SF a 0,9% para evitar a irritação, a regurgitação e, consequentemente, a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico.

E, finalmente, verifique a permeabilidade anal para detecção da imperfuração anal, introduzindo a mesma sonda, cerca de 2 a 3cm, no orifício anal.

Identificação: a identificação é realizada por intermédio da impressão digital da mãe e das impressões digital e plantar do RN. Coloque na mãe e no RN uma pulseira com os seguintes dados: nome da mãe, nº do registro hospitalar, data e hora do nascimento e sexo do RN.

Procedimentos finais: realize um exame físico simplificado no RN. Verifique o peso, a estatura, os perímetros cefálico, torácico e abdominal e a existência de malformações. Sempre que possível, pese, classifique (seguindo a idade gestacional) e examine a placenta. Recomenda-se, de rotina, a coleta de amostra de sangue materno e do cordão umbilical para a tipagem sanguínea e para as reações sorológicas (no caso da sífilis, colha sangue do RN).

Sempre que possível, encaminhe o RN ao alojamento conjunto.

PARTE 4

O PÓS-PARTO

O pós-parto 9

Da mesma forma que a gravidez, o pós-parto – também denominado puerpério – é um período especial na vida de uma mulher e merece algumas considerações específicas.

No puerpério podem surgir problemas de saúde ainda relacionados com a gravidez, responsáveis por muitas sequelas e até mesmo mortes de mulheres, provocadas por hemorragias e infecções.

Deve ser amplamente divulgada, nos serviços e no estabelecimento de saúde, a necessidade de realização de uma consulta de controle pós-parto – que deve ser feita até 42 dias após o final da gestação – para um efetivo controle de saúde da mulher, tanto geral quanto ginecológica.

Nesta ocasião, ela também deverá receber informações específicas sobre os cuidados que deve tomar consigo mesma e com o bebê e orientações pertinentes à amamentação, à vida reprodutiva e à sexualidade.

9.1 Atenção no puerpério

No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da "Primeira Semana de Saúde Integral" (PSSI). Trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN). Tais ações contribuem para a redução da mortalidade infantil. Durante os primeiros dias, são realizadas ações básicas preconizadas nesta estratégia. As ações objetivam a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem de vacinação BCG e de hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio. 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.

Neste sentido, é preconizado que a maternidade, no momento da alta, avise à equipe de atenção básica, à qual a mulher e seu bebê estão vinculados, que estes estão retornando para casa, com o objetivo de que a equipe se prepare para a visita domiciliar, de modo que esta seja realizada em tempo oportuno. Para qualificar as ações da equipe de atenção básica neste importante momento na linha de cuidado materno-infantil, a maternidade deve elaborar e enviar, à atenção básica, um relatório claro e detalhado dos procedimentos, dos medicamentos e das possíveis intercorrências relevantes no parto e no nascimento, bem como a classificação do RN, caso este seja de alto risco e precise de maiores cuidados da equipe de atenção básica.

Após sair da maternidade, toda mulher que deu à luz deve ficar atenta para o aparecimento de febre, sangramento vaginal exagerado, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito frequentes, mamas empedradas e doloridas. Em quaisquer dessas situações, ela deve procurar imediatamente o serviço de saúde.

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

Objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;

- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar o planejamento familiar.
- Agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

Uma vez que as situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal, em boa parte, acontecem na primeira semana após o parto, a visita domiciliar à mulher e ao recém-nascido e a presença destes no serviço de saúde devem acontecer logo no mesmo 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 que devem ser desenvolvidas durante o acolhimento da mulher e do RN por profissional de saúde habilitado:

- Apresente-se, pergunte o nome da mulher e do recém-nascido e atenda-os com respeito e gentileza;
- Escute o que a mulher tem a dizer, incluindo possíveis queixas, estimulando-a a fazer perguntas;
- Informe a ela dados sobre os passos da consulta e esclareça suas dúvidas.

9.1.1 Ações relacionadas à puérpera

Anamnese:

Verifique o Cartão da Gestante e pergunte à mulher questões sobre:

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

Pergunte a ela como se sente e indague questões 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);
- Sua condição psicoemocional (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- Sua condição social (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para o atendimento de necessidades básicas).

Avaliação clínico-ginecológica:

- Verifique os dados vitais;
- Avalie o estado psíquico da mulher;
- Observe seu estado geral: a pele, as mucosas, a presença de edema, a cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e os membros inferiores;
- Examine as mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- Examine o abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- Examine o períneo e os genitais externos (verifique sinais de infecção, a presença e as características de lóquios);
- Verifique possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor no baixo-ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicite avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe;
- Observe a formação do vínculo entre a mãe e o filho;
- Observe e avalie a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da 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, oriente a mulher quanto à ordenha manual, ao armazenamento e à doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região);
- Identifique os problemas e as necessidades da mulher e do recém-nascido com base na avaliação realizada.

Condutas:

Oriente a puérpera sobre:

- Higiene, alimentação, atividades físicas;
- Atividade sexual, informando-a a respeito de prevenção de DST/Aids;
- Cuidados 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).

Oriente a puérpera sobre o planejamento familiar e a utilização de método contraceptivo, se for o caso:

- Dê a ela uma informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
- Explique a ela como funciona o método da LAM (amenorreia da lactação);
- Se a mulher não deseja ou não pode usar a LAM, ajude-a na escolha de outro método;
- Disponibilize o método escolhido pela mulher com instruções para o seu uso, dizendo-lhe o que deve ser feito se o método apresentar efeitos adversos e dando-lhe instruções para o seguimento;
- Aplique vacinas (a dupla tipo adulto e a tríplice viral), se necessário;
- Ofereça teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto;
- Prescreva suplementação de ferro: 40mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;
- Trate possíveis intercorrências;
- Registre informações em prontuário e insira as informações do puerpério no SisPreNatal.

É importante orientar que as relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização. No entanto, devem ser tomadas providências quanto à anticoncepção.

Se a mulher quiser engravidar novamente, o ideal é que aguarde cerca de dois anos. É sabido que uma gravidez muito perto da outra aumenta o risco de problemas de saúde tanto para a mãe quanto para a criança. Este intervalo de tempo é necessário para que o organismo possa se restabelecer por completo, evitando complicações para o futuro bebê (como prematuridade e baixo peso) e para a própria mãe (como anemia, debilidade física ou hemorragia).

9.1.2 Ações relacionadas ao recém-nascido

- Verifique a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providencie sua abertura imediata;
- Insira as informações do recém-nascido no SisPreNatal;
- Verifique se a Caderneta de Saúde da Criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, procure verificar se há alguma informação sobre o peso, o comprimento, o teste de Apgar, a idade gestacional e as condições de vitalidade;
- Verifique as condições de alta da mulher e do RN;
- Observe e oriente 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, não havendo a necessidade de oferecer água, chá ou qualquer outro alimento ao RN;

- Observe e avalie a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola;
- Observe a criança em geral: o peso, a postura, a atividade espontânea, o padrão respiratório, o estado de hidratação, as eliminações e o aleitamento materno, a ectoscopia, as características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), o crânio, as orelhas, os olhos, o nariz, a boca, o pescoço, o tórax, o abdômen (as condições do coto umbilical), a genitália, as extremidades e a coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicite avaliação médica imediatamente;
- Identifique o RN de risco ao nascer;
- Realize o teste do pezinho e registre o resultado na Caderneta da Criança;
- Verifique se foram aplicadas no RN, na maternidade, as vacinas BCG e de hepatite B. Caso não tenham sido, aplique-as no RN, na unidade, e registre-as no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança;
- Agende as próximas consultas de acordo com o calendário previsto para o seguimento da criança: no 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses de vida.

Critérios para a identificação de fatores de risco para o recém-nascido:

Para a identificação de fatores de risco para o RN, seguimos os seguintes critérios:

Critérios principais:

- Baixo peso ao nascer (menor do que 2.500g);
- Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento;
- História de morte de criança com menos de 5 anos de idade na família (assim como histórico de RN de mãe portadora de HIV);
- História de morte de criança, aborto ou malformações congênitas por sífilis congênita.

Critérios associados (dois ou mais dos critérios mostrados a seguir):

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

Caso sejam identificados alguns desses critérios, solicite a avaliação médica.

A equipe de atenção básica deve atentar-se para as questões biológicas e acionar uma rede de apoio social do município, a fim de promover a intersetorialidade das ações.

9.1.3 Consulta puerperal (até 42 dias)

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

Caso a mulher não tenha comparecido para a consulta na primeira semana após o parto, realize as ações previstas já citadas no parágrafo anterior.

9.1.3.1 Aspectos emocionais do puerpério

Quando uma criança nasce, ocorrem mudanças na vida da mãe e da sua família e surge a necessidade de adaptação à chegada do novo ser. E adaptar-se não é uma tarefa fácil, especialmente quando se trata do primeiro filho. Os pais necessitam modificar seu sistema conjugal, criando um espaço para o filho, seja ele o primeiro ou não. Além disso, precisam aprender a unir as tarefas financeiras e domésticas com a função da educação dos pequenos.

É importante, sobretudo, enfatizar que o nascimento de um filho é uma experiência familiar. Portanto, para se oferecer uma atenção de qualidade no puerpério, é necessário pensar não apenas em termos da mulher puérpera, mas sim da família como um todo, incluindo em tal perspectiva as várias formas de organização familiar.

Ao nascer, a criança está em uma condição de dependência absoluta de cuidados. É um ser que não consegue se defender por si próprio e precisa de um adulto que o proteja, que lhe dê cuidados e que vá dando sentidos para o que acontece ao seu redor. Cabe à função materna dar continência à criança e acolhê-la, fazendo o que Winnicott (2000) menciona como *holding*. Entende-se aqui por *função materna* aquela exercida por alguma pessoa ou instituição que consiga cuidar, acolher, proteger e amparar o bebê. Sendo assim, tal função não é necessariamente exercida pela mãe.

No final da gravidez e semanas após o nascimento, a maioria das mulheres entra em um estado especial, de sensibilidade exacerbada, o que Winnicott nomeou de *preocupação materna primária*. Após ultrapassar este momento, as mães dificilmente se recordam. Num primeiro tempo, bebê e mãe são "um", pois ainda não há separação entre eles. Aos poucos, a dependência absoluta do bebê vai se transformando em dependência relativa, numa trajetória em direção à independência. É importante ressaltar que, no desenvolvimento saudável do ser humano, a independência jamais será totalmente alcançada, o que significa, aqui, autonomia, ou seja, a capacidade que a pessoa tem de se tornar um ser individualizado, tendo seu espaço psíquico diferenciado do espaço da mãe (WINNICOTT, 1994).

Para os momentos iniciais, após o nascimento do bebê, Winnicott enfatiza a importância da comunicação entre a dupla mãe/bebê, o que é fundamental para a criança se sentir "segura" e poder, aos poucos, se autonomizar. Tal comunicação pode ser percebida na forma como a mãe cuida de seu filho e na transmissão da confiança. É importante observar se a mãe consegue, sem se desesperar, acalmar o bebê nos momentos de choro, doença, cólicas etc. "O desenvolvimento do bebê [...] só pode ocorrer no contexto da confiança, que decorre do fato de ele ser segurado e manipulado" (WINNICOTT, 1994, p. 86).

Quando a comunicação entre o bebê e a pessoa que exerce a função materna não ocorre e quando a criança não se sente acolhida e interpretada, ela pode entrar em um estado de desamparo e de desintegração familiar, o que não é decisivo para o futuro, pois tal condição pode ser reparada se os cuidados tendem a ser corrigidos pela transmissão de amor e de preocupação. A comunicação inicial entre a mãe e o bebê é silenciosa: o bebê não ouve ou não registra a comunicação, pois apenas sente os efeitos da confiabilidade (WINNICOTT, 1994).

O companheiro e as outras pessoas que estão no entorno da mãe com o bebê têm um papel importante na constituição da relação de confiança. Primeiramente, estando ao lado da mãe para acolher suas ansiedades, como também os desesperos da criança e, aos poucos, entrando na relação com a função paterna. Esta função auxilia a separação subjetiva entre a mãe e o bebê e é fundamental para o processo de independência da criança.

A forma como os pais conseguem ou não cuidar de seus filhos diz muito, também, sobre a forma como foram cuidados por seus pais. Neste sentido, verifica-se que, muitas vezes, há "fantasmas" que aparecem na relação com as crianças. "Os modelos internos de paternidade e maternidade são, com frequência, passados adiante e tornam-se a diretriz que a criança utiliza quando se torna adulta" (KLAUS et al., 2000, p. 165).

Os profissionais de saúde da atenção primária têm um papel importante quando observam problemas na relação dos pais com os bebês. No atendimento à puérpera e ao seu bebê, é importante observar, no ato da amamentação, se o bebê busca encontrar o olhar da mãe e se esta consegue responder tais solicitações, se comunicando com ele. Ou nos casos em que a amamentação não é possível, observar a forma como a mãe e a criança se olham e se comunicam.

É importante também observar como a mãe e os cuidadores se comportam quando a criança está mais agitada e chorosa. Pais que demonstram mais serenidade, menos desespero e que conseguem acalmar as demandas frequentes da criança dão indícios de que a comunicação com o bebê vai bem.

Por outro lado, cuidadores que se mostram desesperados e ansiosos a qualquer solicitação do filho merecem mais atenção por parte dos profissionais de saúde. Nestes momentos, é fundamental acolher os pais, escutá-los, buscando compreender o que está por trás das dificuldades, fazer perguntas que permitam que as suas histórias como filhos também sejam contadas e buscar encontrar respostas conjuntas para os problemas no cuidado com o bebê. Deve-se auxiliar para que eles consigam se fortalecer enquanto pais, a fim de transmitir confiança ao bebê.

É importante ainda incentivar que o pai e/ou outros cuidadores participem dos atendimentos com a puérpera e o bebê, para que tenham espaço de escuta, orientação e reflexão sobre as transformações que ocorrem na família com o nascimento de um filho. Desta forma, busca-se maior tranquilidade para se lidar com tais angústias e mudanças. Ressalta-se, também, que a realização de um pré-natal de qualidade e o apoio da equipe de saúde e da família atuam como facilitadores de um puerpério mais satisfatório.

A seguir, descrevem-se alguns aspectos vinculados ao puerpério que podem orientar a atuação dos profissionais que atuam na APS:

- O puerpério é um momento provisório, de maior vulnerabilidade psíquica, em que há alteração emocional na mulher. Momento que permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas. A puérpera

adolescente é mais vulnerável e necessita, portanto, de atenção especial nesta etapa;

- A mulher sente a perda do corpo gravídico e o não retorno imediato do corpo original;
- A puérpera pode apresentar ansiedades referentes à sensação de perda de partes importantes de si mesma, de algo valioso e de limitação pela necessidade de assumir novas tarefas e de não poder realizar as atividades anteriores. Com tais ansiedades, elas buscam carinho e proteção;
- Na relação inicial entre mãe e bebê predomina a comunicação não verbal, pois o bebê se comunica pelo corpo;
- A chegada do bebê desperta ansiedades e angústias; por tal razão, os sintomas depressivos podem ser comuns na mãe;
- O bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real, o que, em alguns momentos, gera frustração nos pais, que imaginavam uma criança e nasceu outra diferente. No caso de crianças que apresentam alguma necessidade especial, a frustração geralmente aparece com mais frequência e pode gerar culpa e comportamentos excessivos de zelo e cuidado dos pais, que buscam reparar tal sentimento;
- As necessidades próprias da mulher são postergadas em função das necessidades do bebê;
- A mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como durante a gravidez;
- Durante o puerpério, o companheiro 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;
- 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 e as mudanças físicas decorrentes do parto e da amamentação;
- O companheiro pode se sentir impotente diante da situação emocional da mulher no puerpério;
- Se já existem outros filhos na família, é bem possível que apareçam o ciúme, a sensação de traição e o medo do abandono, que se traduzem em vários comportamentos, tais como agressividade, isolamento, tristeza, busca de atenção etc. Existe a necessidade de reorganizações na família, o que favorece o diálogo com as crianças e a sua inserção, juntamente com os adultos, nos cuidados ao bebê, atitudes que tendem a minimizar as sensações de abandono. O importante é que as crianças mais velhas sintam-se amadas e amparadas;
- Em relação à amamentação, a mulher pode sentir medo de ficar eternamente ligada ao bebê; pode se preocupar com a estética das mamas; pode ter receio de não conseguir atender as necessidades do bebê; e pode possuir fantasias sobre o seu leite ("*Meu leite é bom? É suficiente?*"). Além disso, algumas dificuldades iniciais referentes à amamentação podem ser sentidas como incapacitação.

É importante que o profissional da Atenção Primária à Saúde:

- Esteja atento a sinais e sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fujam da adaptação "normal" e da característica do puerpério;

- Leve em consideração a importância do acompanhamento da puérpera desde a primeira semana após o parto, 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 e da vida familiar;
- Inclua a família nos atendimentos de puericultura e no amparo à puérpera;
- Forneça orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, acolha as ansiedades e fantasias da puérpera, abra espaço para dúvidas e ofereça dicas práticas para facilitar o ato da amamentação.

Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) podem auxiliar as equipes de saúde da família na atenção integral durante o puerpério.

9.1.3.2 Sofrimento mental no puerpério e o papel das equipes de saúde da família

Como abordado neste capítulo, o puerpério corresponde a um momento importante, quando a mulher passa por mudanças biológicas, subjetivas, sociais e familiares. Deste modo, os riscos para o aparecimento de sofrimento psíquico aumentam em face das preocupações, dos anseios e dos planejamentos realizados e sentidos pela puérpera. A gravidez e o parto são eventos estressantes para a mulher e sua família, pois atuam, muitas vezes, como fatores desencadeantes de sofrimento mental, especialmente se vierem acompanhados de acontecimentos adversos.

As formas de sofrimento mental podem ser mais brandas ou mais graves, dependendo de uma série de fatores, do contexto socioeconômico, do suporte familiar e da história de cada mulher. A seguir, por intermédio do quadro 38, elencaremos algumas das formas de sofrimento psíquico que podem ocorrer com as puérperas, após o nascimento do bebê. A chave para um diagnóstico seguro é o reconhecimento da instalação dos sinais, dos sintomas e do seu desenvolvimento, considerando o início no primeiro ano após o parto (KAPLAN; SADOCK, 1999).

Quadro 38 – Diferencial sinóptico dos sofrimentos mentais puerperais

	Tristeza puerperal (também chamada de *baby blues* ou *maternety blues*)	Depressão puerperal (também chamada de *depressão pós-parto*)	Transtorno psicótico puerperal
Conceitos	Alteração psíquica leve e transitória.	Transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso.	Distúrbio de humor psicótico, com apresentação de perturbações mentais graves.
Prevalência	50% a 80%	10% a 15%	0,1% a 0,2%
Manifestação	Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério.	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério.	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto.

continua

continuação

	Tristeza puerperal (também chamada de *baby blues* ou *maternety blues*)	Depressão puerperal (também chamada de *depressão pós-parto*)	Transtorno psicótico puerperal
Sintomas	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia: sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas.
Curso e prognóstico	Remissão espontânea de uma semana a dez dias.	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar; o prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e às intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e das intervenções no quadro.

Fonte: (ZANOTTI et al., 2003; ROCHA, 1999; KAPLAN et al., 1999, adaptado).

As formas de sofrimento mental puerperal devem ser diagnosticadas e assistidas precocemente, a fim de auxiliar numa relação mãe-bebê satisfatória no âmbito familiar, social, físico e psicológico. Em geral, as alterações emocionais repercutem na interação mãe-filho de forma negativa e promovem um desgaste na relação com os familiares e na vida afetiva do casal.

Spitz (1998) salienta que a puérpera com depressão pós-parto sofre uma perda emocional, que será percebida pelo bebê. A princípio, poderá haver uma tentativa estimulatória do comportamento materno por parte da criança, mas com a persistência da depressão, a relação entre mãe e filho poderá se comprometer no decorrer do desenvolvimento infantil. Esta situação será mais intensamente vivenciada no primeiro ano do bebê. Vale destacar que as implicações do quadro depressivo puerperal estão intimamente relacionadas com a duração do transtorno, ou seja, quanto mais tempo persistirem, mais graves serão as consequências para o desenvolvimento psicossocial da criança.

Devido às altas prevalências das alterações mentais puerperais, destaca-se a importância de se conhecer e diagnosticar precocemente tais sofrimentos na assistência à saúde da mulher. Cabe salientar que a tristeza puerperal, diferentemente da depressão pós-parto, não é codificável segundo as classificações dos transtornos mentais e tende a desaparecer naturalmente entre uma semana e dez dias. Uma tristeza puerperal muito intensa e duradoura pode ocasionar adiante uma depressão pós-parto, o que merece atenção dos profissionais de saúde.

Segundo Kaplan et al. (1999), tanto a depressão puerperal quanto a psicose pós-parto, apesar de apresentarem um quadro clínico severo e de início abrupto, podem cursar um bom prognóstico. Para isso, é necessária a identificação precoce dos sintomas iniciais e, a partir daí,

fazer o planejamento de terapêuticas adequadas. A psicose puerperal pode mais tarde evoluir para uma depressão durante este período. Se ambas não forem tratadas, podem se tornar crônicas e refratárias ao tratamento, se estendendo até o terceiro ano após o parto e causando prejuízos psicológicos, morbidade e mortalidade.

Fatores de risco para o sofrimento mental puerperal:

O conhecimento dos fatores de risco para o sofrimento mental puerperal é importante no planejamento e na implantação de ações preventivas.

A tristeza puerperal é mais leve e ocorre com muita frequência no pós-parto, não sendo considerada um transtorno, embora sua persistência possa vir a indicar o início de um sofrimento mental mais grave. Os seus fatores de risco incluem acontecimentos de vida recentes (como a doença de um familiar), antecedentes pessoais ou familiares de depressão, sintomas depressivos na gravidez, bem como síndrome pré-menstrual ou perturbação disfórica pré-menstrual (O´HARA et al., 1995).

Os fatores de risco para o transtorno psicótico puerperal incluem o fato de a mulher ter história anterior de transtorno psicótico ou perturbação depressiva maior (COHEN et al., 1994). De acordo com Andrade (2006), o risco para episódios psicóticos no pós-parto é mais elevado em mulheres que já tiveram manifestações puerperais de transtornos do humor ou história pregressa de transtorno afetivo não puerperal.

Já para a depressão pós-parto, que acomete entre 10% a 15% das mulheres, há diversos fatores de risco. Entre eles destacam-se: a falta de apoio oferecido pelo parceiro e por demais pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento, gestação não planejada, nascimento prematuro ou a morte do bebê, dificuldades em amamentar, antecedentes pessoais, episódio de depressão puerperal (quando a mulher tem mais filhos) e outros aspectos (tais como: existência de problemas mentais anteriores, qualidade da saúde materna, complicações gravídicas, parto de risco ou complicado e puerpério com algum comprometimento clínico).

Fatores como o estado civil têm sido associados principalmente em se tratando de mães solteiras sem o apoio social. Cramer e Palácio-Espasa (1994) afirmam que o encontro entre mãe-filho após o nascimento pode induzir o surgimento de uma patologia específica, ou seja, o primeiro contato remete a mulher às preocupações e aos anseios em relação à maternidade, aumentando assim os riscos de adoecimento, uma vez que ela vivencia uma série de emoções conjuntas.

No tocante aos fatores biológicos, existem hipóteses de que as alterações hormonais relacionam-se com o surgimento da depressão puerperal. Rocha (1999) afirmou que 4% das puérperas apresentam alteração de humor leve associada à disfunção da tireoide nos primeiros oito meses do puerpério e que apenas 1% delas apresentaram transtorno depressivo maior.

Alguns estudos mostram uma associação entre a depressão da mãe e os eventos de vida estressantes, como problemas de saúde da criança e dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho, além das adversidades socioeconômicas. Alguns autores apontaram para a contribuição do temperamento do bebê na precipitação da depressão materna, mostrando que, diante de um bebê mais difícil, as mães perceberam a si mesmas como figuras que desempenhavam uma maternagem mais *pobre* (CUTRONA; TROUTMAN, 1986 apud SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Enfim, a etiologia do sofrimento mental puerperal não se determina por fatores isolados, mas sim por uma série de aspectos que devem ser abordados no seu diagnóstico e na sua terapêutica.

O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde no sofrimento mental puerperal:

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família, conhecendo os fatores de risco para o sofrimento mental puerperal, as mulheres de seu território que realizaram o pré-natal e oferecendo a consulta de puerpério na primeira semana após o nascimento do bebê, podem atuar de forma preventiva e acompanhar as puérperas que desenvolvem transtornos mentais puerperais. O diagnóstico de sofrimento mental na puérpera representa a possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares tão logo os sintomas sejam detectados. Neste sentido, os profissionais precisam estar atentos para a importância de intervenções precoces.

A atuação preventiva no puerpério deve proporcionar à mãe o apoio de que ela necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão ou outras formas de sofrimento psíquico. De igual forma, o atendimento precoce à mãe representa a possibilidade de prevenção contra o estabelecimento de uma interação patológica com o bebê, o que pode trazer repercussões para o seu desenvolvimento posterior.

Entre as medidas preventivas contra o sofrimento mental puerperal destacam-se o apoio emocional e físico durante a gravidez, o parto e o puerpério; o apoio da família, dos amigos e do companheiro; a discussão com o companheiro a respeito da importância de que a mulher se sinta amada e segura; e o encaminhamento da mãe com risco elevado de depressão pós-parto aos serviços de saúde mental (ROCHA, 1999).

Ao se identificar o sofrimento mental na puérpera, é importante que o profissional preste uma atenção diferenciada, buscando auxiliar na melhoria das situações.

Quando se trata de tristeza puerperal, torna-se fundamental observar se os sintomas diminuem após os dez primeiros dias do nascimento do bebê e inserir e fortalecer o papel da família e da rede afetiva no apoio à puérpera. Consultas e visitas domiciliares da equipe de saúde da família, neste primeiro período após o parto, auxiliam no acompanhamento da evolução dos sintomas e no suporte à mulher e à família.

A atuação da equipe de saúde da família na depressão pós-parto e no transtorno psicótico puerperal deve ser voltada para abreviar o sofrimento materno e minimizar o impacto familiar. O apoio da família e de outras pessoas importantes para a mulher é fundamental para o amparo à puérpera e no cuidado com a criança. A sua terapêutica baseia-se, geralmente, na farmacologia e no acompanhamento de saúde.

Ressalta-se que o uso de psicofármacos no puerpério apresenta determinadas contraindicações, devido ao aleitamento materno, que pode ser comprometido com a excreção e a concentração desses medicamentos no leite. À mulher que vivencia um transtorno mental puerperal é fundamental atentar e auxiliar no contato entre mãe-filho. A amamentação é um momento essencial para que se estabeleça o vínculo entre mãe-bebê, além de situar a puérpera no cenário maternal. Rocha (1999) afirma que os efeitos dos medicamentos no organismo do bebê variam segundo o tipo de droga, a farmacocinética e a sensibilidade individual.

Nestes casos, torna-se fundamental que as equipes de saúde da família solicitem o apoio matricial dos profissionais de saúde mental, por intermédio do Nasf ou de outras equipes de saúde mental do município. Alguns casos considerados mais graves, que precisem de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) ou outros serviços de referência em saúde mental do município ou da região. Os casos que apresentem riscos

como de suicídio ou de infanticídio devem ser encaminhados para a internação, de preferência em hospital geral.

Ao encaminhar a puérpera para algum serviço da rede de saúde mental, a equipe de saúde da família permanece sendo a responsável pela coordenação do cuidado à mulher e à sua família. A equipe deve manter o contato com a puérpera e com a sua família, acompanhando todas as questões de saúde que surgirem neste processo de cuidado.

9.1.4 Depressão puerperal

A depressão pós-parto (DPP) é definida no DSM-IV, da Associação Americana de Psiquiatria, como um episódio de depressão maior que ocorre nas primeiras quatro semanas pós-parto. Entretanto, o quadro clínico da depressão pós-parto é bastante heterogêneo, sendo que sintomas de ansiedade são mais comuns nesta ocasião do que em outros períodos da vida. Também não é incomum encontrar sintomas de obsessão e compulsão na puérpera, inclusive com pensamentos de causar injúrias ao bebê, o que deve ser diferenciado da psicose pós-parto. Transtornos de ansiedade generalizada e de pânico são comorbidades frequentes na depressão pós-parto e que pioram dramaticamente o prognóstico.

A prevalência da depressão pós-parto varia de 5% a 9%, com um risco ao longo da vida de 10% a 25%, não havendo diferenças para a depressão menor. Embora esta prevalência seja a mesma da depressão em mulheres não grávidas, o início de novos episódios nas primeiras cinco semanas pós-parto é maior do que para mulheres não grávidas. Primíparas são particularmente de alto risco para doenças mentais (depressão unipolar, distúrbio bipolar, esquizofrenia) nos primeiros três meses e, especialmente, entre 10 e 19 dias pós-parto. Parece não haver influência de fatores socioeconômicos na prevalência; entretanto, o curso da doença é melhor em culturas onde há maior suporte por parte da família estendida ou quando o apoio do companheiro é encorajado.

9.1.5 *Blues* pós-parto

É uma situação transitória caracterizada por alteração do humor, de leve a moderada intensidade, frequentemente rápida, que envolve sensação de tristeza, irritabilidade, ansiedade, diminuição da concentração, insônia, choro fácil e crises de choro. De 40% a 80% das puérperas desenvolvem tais alterações de humor, geralmente duas a três semanas após o parto, tipicamente, com pico no quinto dia e com resolução em duas semanas. Em comparação, o diagnóstico de depressão pós-parto, maior ou menor, requer que as alterações do humor deprimido ou a perda de interesse/prazer e/ou outros sintomas se apresentem na maior parte do dia, quase todos os dias, por no mínimo duas semanas.

Fatores de alto risco:

- História pregressa de depressão (antes da gravidez ou pós-parto) é o mais importante;

- Histórico de doença (ou transtorno) bipolar;
- Conflito marital;
- Eventos estressores nos 12 meses anteriores;
- Lacunas no suporte familiar ou de amigos;
- Ausência ou lacunas no suporte afetivo ou financeiro do companheiro;
- Gestação não planejada;
- Tentativa de aborto na gestação atual;
- Abortos espontâneos prévios;
- História de doença psiquiátrica familiar;
- Relacionamento pobre com sua mãe;
- Incapacidade de amamentar;
- Baixa renda;
- Baixa escolaridade;
- Violência doméstica;
- Antecedentes de hiperêmese gravídica, irritabilidade uterina ou desordens psiquiátricas na gestação atual;
- Estressores relacionados ao cuidado do bebê;
- Bebê com malformação congênita;
- Personalidade introvertida ou histérica;
- Diabetes prévia ou gestacional.

Mulheres que tiveram uma perda gestacional e engravidam em menos de 12 meses têm maior risco de desenvolver depressão pós-parto se comparadas com as que engravidaram após 12 meses.

Patogênese:

Há uma teoria segundo a qual a prolongada exposição aos esteroides ovarianos durante a gestação pode precipitar uma depressão. A mesma teoria salienta que o parto piora uma depressão pré-existente. A interação entre a susceptibilidade genética e os fatores estressores maiores, juntamente com as variações hormonais poderiam explicar a depressão pós-parto. Estrógenos, progesterona, TSH, testosterona, colesterol, hormônio liberador de corticotropina e cortisol têm sido investigados.

Diagnóstico e manifestações clínicas:

Embora a definição de depressão pós-parto seja a de um episódio de depressão maior que se inicia nas primeiras quatro semanas após o parto, utilizando-se os mesmos critérios para a depressão em não grávidas, aceita-se como DPP aquela que inicie até um ano após o parto.

Os sintomas de depressão pós-parto se sobrepõem a vários dos sintomas normais que ocorrem no puerpério em decorrência da necessidade de cuidado do bebê, como disfunções do sono e de sua privação, que trazem irritabilidade, perda de energia, cansaço, perda do apetite, alterações gastrointestinais e perda de libido. Deve-se estar atento para detalhes como a perda da capacidade de dormir quando o bebê está dormindo, a perda rápida de peso acompanhada da falta de apetite e a perda do prazer em comer, que são sinais de alerta para a depressão pós-parto.

Sinais adicionais são:

- Ansiedade significativa ou crises de pânico;
- Intensa irritabilidade ou fúria;
- Sentimentos de culpa;
- Sensação de estar sufocada, oprimida, de inadequação, de inabilidade para cuidar do bebê e de ser incompetente como mãe;
- Não ligação com o bebê, com sentimentos de culpa e vergonha;
- Pensamentos de machucar o bebê podem ser comuns, mas frequentemente silenciosos. São chamados de "pensamentos assustadores" e só são revelados se as mulheres forem questionadas a respeito. Geralmente, a mãe os considera como ilógicos e intrusivos e não predizem risco para suicídio ou infanticídio. Entretanto, podem ser indicativos de psicose puerperal. Deve-se estar atento para afastar uma ideação psicótica nestes casos.

Existem ferramentas que permitem um *screening* de depressão pós-parto, como o EPDS (*The Edinburg Postnatal Depression Scale*), que é um questionário de 10 perguntas autoaplicável que tem sido validado para mais de 12 línguas. As respostas pontuam em 1,2 ou 3, com escore máximo de 30. Pontuação maior ou igual a 12 ou 13 identifica mulheres com depressão pós-parto. Estudos mostram que tais instrumentos identificam significativamente mais mulheres com depressão pós-parto do que a avaliação clínica.

Existem várias dificuldades para o diagnóstico de depressão pós-parto:

- O desconhecimento dos pacientes e de seus cuidadores sobre desordens psiquiátricas e seus tratamentos;
- Os sintomas são comuns no estado de puerpério e na depressão pós-parto (por exemplo: fadiga, insônia, alterações de apetite);
- A paciente não revela seus sentimentos por medo de ser classificada como mentalmente doente ou de ser incompetente como mãe;
- Os cuidadores minimizam os sintomas ou não estão acessíveis.

Efeitos adversos:

- Depressão paterna: muitos pais, em significante número, tornam-se deprimidos, com consequente exacerbação na depressão pós-parto materna, no casamento e no desenvolvimento da criança.

- Interferência negativa no vínculo mãe-bebê: a dificuldade de vínculo dos pais com o bebê neste período é crítico e se reflete negativamente no desenvolvimento da criança mais tarde, mesmo com a recuperação da depressão pós-parto. Alguns exemplos são desordens de conduta, agressividade, déficit cognitivo e de atenção. Entretanto, a remissão da depressão pós-parto tem efeitos positivos sobre o recém-nascido. Um estudo evidenciou que mães com depressão tiveram, em 35% dos casos, filhos com desordens psiquiátricas (jovens na faixa etária compreendida entre 7 e 17 anos). O referido percentual diminui para 24% se as mães tiveram uma remissão da depressão pós-parto em 3 meses de tratamento *versus* 43% se não houve remissão.

Prognóstico:

A depressão pós-parto aumenta risco para depressão maior puerperal ou não puerperal. A depressão pós-parto não tratada pode se resolver espontaneamente ou transformar-se em um distúrbio crônico.

Tratamento:

Abordagem geral:

Melhores resultados são obtidos quando são avaliados e tratados aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Os aspectos biológicos se referem à promoção de sono adequado, farmacoterapia e eletroconvulsoterapia. Já os aspectos psicológicos referem-se à psicoterapia individual ou de grupo. Por sua vez, os aspectos sociais referem-se às situações familiares desfavoráveis e à falta de informação e educação sobre as alterações de humor no puerpério, assim como os estressores econômicos, que podem ser direcionados às redes sociais pertinentes.

A primeira abordagem de tratamento da depressão pós-parto (de leve a moderada) deve ser psicossocial (grau de recomendação B). Em casos mais severos, deve-se acrescentar farmacoterapia (grau de recomendação B).

Terapia psicossocial:

- Psicoterapia individual: tem eficácia demonstrada na literatura.
- Terapia comportamental cognitiva: sua eficácia tem sido demonstrada com resultados semelhantes aos do tratamento farmacológico, com terapias de curta duração (tais como seis sessões).
- Terapia de grupo: parece ser eficaz em promover melhor suporte emocional e social de outras mulheres com experiências similares, psicoeducação, a possibilidade de desfazer crenças irracionais, exploração de recursos da comunidade, foco na comunicação e habilidades para resolver problemas, envolvendo o companheiro e os membros da casa como forças de trabalho.
- Terapia de família: o apoio familiar e do companheiro é crítico para o tratamento da depressão pós-parto, sendo a recuperação mais rápida quando há este suporte.

Tratamento farmacológico:

Há evidências da efetividade da farmacoterapia, embora não haja estudos randomizados e placebo controlados. Os dados extrapolados são provenientes de estudos na população em geral ou de estudos observacionais.

Mulheres que não estão amamentando:

Utilizam-se os mesmos critérios para o tratamento da depressão não puerperal. Se a depressão pós-parto é uma recidiva de uma depressão prévia, deve-se retomar o uso da medicação anteriormente utilizada se ela era eficaz e bem tolerada.

Um grande número de estudos clínicos e revisões sistemáticas têm concluído que os resultados clínicos, a qualidade de vida e os custos ainda não produziram evidências claras para produzir protocolos clínicos para a escolha de antidepressivos, como inibidores seletivos da recaptação de serotonina (SSRI), tricíclicos ou heterocíclicos. Um único ensaio clínico randomizado e controlado que comparou a sertralina com a nortriptilina para depressão pós-parto não encontrou diferenças significativas na redução dos sintomas e nas melhorias no funcionamento em geral. A principal razão do uso de SSRI como primeira escolha em atenção primária à saúde é devido à baixa severidade dos efeitos colaterais e ao menor risco de overdose.

O risco de suicídio pode aumentar no início do uso de antidepressivos. Portanto, todos os pacientes devem ser revistos duas semanas após o início do tratamento farmacológico com antidepressivos.

Gestantes que usaram antidepressivos ao longo da gestação devem ser monitoradas cuidadosamente no puerpério, pois pode ocorrer exacerbação dos sintomas e também ocorrem mudanças na farmacodinâmica que podem necessitar de ajustes posológicos ou troca de medicações.

Mulheres que estão amamentando:

Os benefícios da amamentação geralmente superam os relativamente pequenos riscos das medicações psicotrópicas, como os antidepressivos. Entretanto, não há estudos clínicos randomizados nesta área. As evidências sobre a segurança da amamentação durante o uso de medicações vêm de base de dados de alguns órgãos, de relatos de casos e estudos de laboratórios.

9.1.5.1 Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (SSRI)

A Academia Americana de Pediatria (AAP) classifica este grupo de "drogas cujos efeitos são ainda desconhecidos, podendo ser preocupantes". Entretanto, os dados sobre seu uso na lactação vêm aumentando rapidamente. Além disso, há poucos relatos de efeitos adversos no bebê. Sobre o efeito a longo prazo, ainda não há muitos estudos.

- Fluoxetina: é a droga com mais estudos de uso na gravidez e na lactação. Entretanto, ainda não há dados suficientes para uma conclusão definitiva sobre sua segurança. O metabólito ativo da fluoxetina, a norfluoxetina, tem uma longa meia vida, o que se predispõe ao acúmulo sérico na criança.

Alguns efeitos relatados são: cólicas, irritabilidade, hiperatividade, tendência a deixar a criança chorosa e redução de ganho de peso. Tais efeitos se resolvem com a suspensão da exposição à fluoxetina. Outros estudos mostram que o peso ao final de 6 meses não foi diferente da média.

- Sertralina: esta droga e seu fraco metabólito têm sido detectados no leite materno, mas é quase indetectável no nível sérico dos bebês. Por esta razão, a sertralina pode ser preferível à fluoxetina em mulheres lactantes.

Entretanto, estes dados não indicam que se deva trocar a fluoxetina de mulheres que estejam utilizando-a com sucesso durante a gestação.

- Paroxetina: é detectada no leite materno, mas nenhum efeito adverso foi relatado em mais de 70 pares de mães-bebês expostos.
- Citalopran: há vários estudos de casos e somente um relatou dificuldades no sono de bebês, correlacionado com níveis séricos altos, que melhoraram com a diminuição da dosagem. Não houve efeitos adversos até 1 ano de idade.

Inibidor da recaptação de dopamina:

- Bupropiona: parece não haver efeitos adversos nos bebês, mas há poucos dados. A AAP classifica este grupo (assim como aos SSRI) de "drogas cujos efeitos são ainda desconhecidos, podendo ser preocupantes".
- Antidepressivos tricíclicos: são úteis no tratamento da depressão pós-parto quando não houve boa resposta aos SSRI ou quando já estavam sendo utilizados pela gestante, com boa resposta clínica. Apresentam baixas concentrações no leite, mas seu metabólito ativo tem longa meia vida (37 horas), o que pode ser danoso ao bebê, pelo acúmulo sérico. Não houve relato de efeitos adversos documentados pela exposição às seguintes drogas: amitriptilina, nortriptilina, imipramina, desipramina ou clorimiprimina.

A AAP classifica-os como "drogas cujos efeitos são ainda desconhecidos, podendo ser preocupantes".

Prevenção:

Deve-se perguntar para todas as mulheres na revisão pós-parto, em especial às que tiveram depressão pós-parto ou depressão prévia, questões sobre alterações do humor, sono, apetite, prazer e sentimentos em relação aos seus bebês. Tal prática serve como forma de detectar precocemente a depressão pós-parto e evitar as importantes sequelas à saúde física e mental do bebê oriundas das dificuldades de vínculo e do apego mãe-bebê (grau de recomendação B).

O risco de depressão pós-parto é alto (25%) em mulheres com histórico de depressão e especialmente alto quando há histórico de depressão pós-parto (50%).

Há fortes evidências de que o aconselhamento e a intervenção pós-natal (que incluem suporte psicossocial e estratégias educativas por profissionais treinados, em grupo ou individualmente, para mulheres com depressão) diminuem os sintomas depressivos e a depressão (grau de recomendação B).

9.1.6 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 e os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorreia, está associada à diminuição da fertilidade. Porém, este efeito anticoncepcional

deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, o que ocorrer primeiro. O efeito inibidor da fertilidade (que o aleitamento exclusivo com amenorreia tem) pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção, chamado de LAM (método da amenorreia da lactação).

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

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

O uso do preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado.

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

O anticoncepcional injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona, 150mg/ml – pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.

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

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

9.1.7 Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

Nas conversas com as gestantes, é recomendável orientá-las sobre a prevenção de situações de dificuldade somente se tais assuntos forem citados por elas.

9.1.7.1 Pega incorreta do mamilo

A pega incorreta da região mamilo-areolar faz que a criança não consiga retirar leite suficiente, acarretando a agitação e o choro. A pega errada, só no mamilo, provoca dor e fissuras, o que faz a mãe ficar tensa, ansiosa e perder a autoconfiança, pois começa a acreditar que o seu leite seja insuficiente e/ou fraco.

9.1.7.2 Fissuras (rachaduras)

Habitualmente, as fissuras ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado errado ou quando a pega está incorreta. Os hábitos de manter as mamas secas, não usar sabonetes, cremes ou pomadas também ajudam na prevenção. Recomenda-se tratar as

fissuras com o leite materno do fim das mamadas, com o banho de sol e a correção da posição e da pega.

9.1.7.3 Mamas ingurgitadas

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

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

9.1.7.4 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 consequente a um ingurgitamento indevidamente tratado. Tal situação exige avaliação médica para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado. A amamentação na mama afetada deve ser mantida sempre que possível. De igual forma, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas.

Ordenha manual:

É no pré-natal que o aprendizado da ordenha manual deve ser iniciado. Para que haja retirada satisfatória de leite do peito, é preciso começar com massagens circulares com as polpas dos dedos indicador e médio na região mamilo-areolar, progredindo até as áreas mais afastadas e se 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.

Contraindicações da amamentação:

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

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

São poucas as medicações que contraindicam a amamentação. Nenhuma medicação deve ser utilizada, sem orientação médica, pela puérpera que está amamentando. Na eventualidade de que a medicação utilizada seja classificada como de uso criterioso ou contraindicada durante a amamentação, o procedimento de escolha é optar por outras alternativas terapêuticas e não suspender o aleitamento.

Mulheres portadoras de HIV/HTLV:

- 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 do HTLV2 (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 a não amamentar. Quando por falta de informação o aleitamento materno tiver sido iniciado, torna-se necessário orientar a mãe a suspender a amamentação o mais rapidamente possível, mesmo para mulheres em uso de terapia antirretroviral. Após o parto, a lactação deverá ser inibida mecanicamente (enfaixamento das mamas ou uso de sutiã apertado) e recomenda-se o uso da cabergolina como inibidor de lactação, respeitando-se as suas contraindicações. A amamentação cruzada (aleitamento da criança por outra nutriz) está formalmente contraindicada.

A criança deverá ser alimentada com fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida, além de necessitar 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" (BRASIL, 2004f).

PARTE 5

ASPECTOS LEGAIS E DIREITOS NA GESTAÇÃO

Aspectos legais e direitos na gestação

10

É muito importante que a equipe de atenção básica conheça e oriente a mulher sobre os aspectos legais e os direitos na gestação.

Em forma de tópicos, estão listados os direitos da gestante no âmbito da atenção à saúde, do direito social, do direito trabalhista, do aborto, do direito reprodutivo e do direito do pai.

10.1 Atenção à saúde

- Respeito e qualidade: a gestante tem direito ao atendimento gratuito e de boa qualidade nos hospitais públicos e nos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- Cartão da Gestante: a paciente deve recebê-lo na primeira consulta de pré-natal. O cartão deve conter todas as anotações sobre o estado de saúde da gestante, o desenvolvimento do bebê e o resultado dos exames solicitados. A paciente deve portar o referido cartão em todos os atendimentos;
- Por ocasião do parto, a puérpera tem os direitos de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação;
- No momento da alta hospitalar, a puérpera tem o direito de receber orientações sobre quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e o controle da saúde do bebê.

A gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade, onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007).

A gestante tem direito à acompanhante de sua escolha durante toda sua permanência na maternidade, inclusive durante o parto, independentemente de sexo (Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005).

10.2 Direitos sociais

- Prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas ou privadas;
- Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos;
- Os pais têm o direito de registrar o seu bebê (Certidão de Nascimento) gratuitamente em qualquer cartório;
- A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuírem em seus quadros funcionais pelo menos trinta mulheres com mais de 16 anos de idade.

10.3 Estabilidade da gestante no emprego

O artigo 7º, inciso II, alínea "b", do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias garante a toda empregada gestante direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após do parto. A confirmação da gravidez deve ser atestada por meio do exame laboratorial e médico.

Isto significa que a gestante não poderá ser dispensada do emprego até 5 meses após o nascimento de seu filho. Caso seja despedida, ela tem direito à indenização correspondente aos salários e às demais vantagens que sejam relativos ao respectivo período. Para tanto, assim que for confirmada a gravidez, a mulher deve informar o fato ao empregador. A comunicação ao empregador se faz mediante a apresentação do exame laboratorial (TIG) e do atestado fornecido pelo médico.

O profissional de saúde deve orientar a gestante com relação ao fato de que os exames dela pertencem somente a ela mesma. Portanto, a gestante deve apenas fornecer as cópias ao empregador, com a ciência do seu recebimento. É uma boa medida para assegurar o direito à estabilidade gestacional.

10.4 Licença-maternidade

O artigo 7º, inciso XVII, da Constituição Federal garante à empregada gestante o direito à licença-maternidade, correspondente a 120 (cento e vinte) dias, após o nascimento de seu filho, sem prejuízo do emprego, dos salários e dos demais benefícios. O médico fornecerá atestado do nascimento, que deverá ser encaminhado ao empregador com a comunicação da data do início do afastamento.

A licença-maternidade poderá ocorrer a partir do 8º mês da gestação. Neste caso, o atestado médico indicará a data do afastamento.

Além da licença-maternidade, que é necessária à saúde da mãe e do filho, antes e depois do parto, a gestante tem direito ao período de 2 (duas) semanas para descanso, nos termos previstos no artigo 392, § 2º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O médico fornecerá atestado depois de verificadas tais condições.

A licença-maternidade pelo período de 180 dias, antes de sancionada a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, já vinha sendo aplicada em algumas cidades e estados, que estabeleciam tal período mediante a aprovação de leis estaduais e municipais. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), vários estados brasileiros já haviam aprovado leis que estendiam às servidoras públicas o período de licença-maternidade para 180 dias. Há também vários municípios que já haviam aprovado leis que estendiam o referido benefício, mas que também só amparavam as servidoras públicas das respectivas cidades, ou seja, o benefício não se estendia às trabalhadoras sob o regime da CLT.

Além da ampliação da licença-maternidade, há cidades e estados que também ampliaram a licença-paternidade de 5 dias (previstos na Constituição Federal) para 10 dias, o que vale também somente para os servidores públicos.

10.5 Funções exercidas pela gestante

Durante a gravidez, a empregada poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e das demais vantagens, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigirem, sendo-lhe assegurada a volta à função anteriormente exercida logo após o retorno da licença-maternidade.

Para isso, a gestante deverá apresentar ao empregador o atestado fornecido pelo médico, de maneira a confirmar que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos à saúde da mãe e do bebê.

10.6 Licença médica

Sempre que a gestante comparecer às consultas e aos exames, ela terá direito à dispensa do horário de trabalho. O médico deve fornecer atestado para que a empregada possa justificar a falta. Além disso, o artigo 371, § 4º, inciso II, da Consolidação das Leis do Trabalho garante à gestante a dispensa do trabalho pelo tempo necessário para a realização das consultas médicas e dos exames complementares inerentes aos cuidados de uma gestação saudável.

10.7 Aborto

No caso de aborto, a mulher tem direito a 2 (duas) semanas de repouso, ficando assegurados seus salários e suas funções exercidas. A prova do abortamento espontâneo faz-se por intermédio do atestado médico oficial, que a empregada deverá encaminhar ao empregador.

10.8 Amamentação

O artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho assegura à mãe o direito a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para a amamentação de seu filho, até que complete 6 (seis) meses de idade.

Caso o bebê necessite de um prolongamento do referido cuidado, o médico fornecerá atestado para que os repousos para a amamentação durante a jornada de trabalho sejam prorrogados, fixando inclusive o respectivo período.

A lei também garante que a amamentação do bebê seja em local apropriado dentro da empresa (artigo 400 da Consolidação das Leis do Trabalho).

10.9 Atestados

O artigo 373-A, inciso IV, da Consolidação das Leis do Trabalho proíbe a exigência, pelo empregador, de atestado ou exame, de qualquer natureza, para a comprovação de esterilidade ou gravidez da mulher, na admissão ou para a permanência no emprego. O médico não deve fornecer atestado com estas finalidades.

Por outro lado, o médico poderá fornecer atestado de gravidez da mulher para que esta possa exercer a faculdade de romper o compromisso de um contrato de trabalho, desde que seja prejudicial à gestação, nos termos previstos no artigo 394 da Consolidação das Leis do Trabalho.

10.10 Outros direitos reprodutivos

A nova lei sobre planejamento familiar permite a realização da laqueadura em mulheres com mais de 25 anos e dois filhos. A laqueadura só poderá ser feita durante a cesárea ou logo após o parto em mulheres que apresentarem problema grave de saúde ou que tenham feito várias cesarianas.

A mulher que não realizou a laqueadura durante o parto e deseja realizá-la, tendo mais de 25 anos e dois filhos, poderá fazê-la depois de 42 dias do parto.

A mulher tem o direito de ser informada sobre todos os outros métodos anticoncepcionais antes da opção pela laqueadura de trompas.

A mulher deve ser informada dos índices de falha dos métodos anticoncepcionais. Deverá ainda ser observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a laqueadura tubária.

Nos casos de risco para a vida da mulher, a equipe de saúde deverá informá-la de forma simples e clara sobre os riscos e, caso ela concorde, poderá ser solicitada a interrupção da gravidez.

Nos casos de estupro, a mulher tem o direito a atendimento especial e poderá solicitar a interrupção da gravidez sem precisar de autorização do juiz. É recomendável que ela faça o Boletim de Ocorrência (BO) na delegacia logo após ter sofrido o abuso sexual.

Nestes casos, ela deve procurar a unidade de saúde mais próxima para que lhe indique os hospitais ou serviços de referência para este atendimento.

Em tais situações, a mulher tem o direito de realizar o aborto gratuitamente, de forma segura e com um atendimento respeitoso e digno.

10.11 Direitos do pai

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

Referências

AMARAL, E. Estreptococo do grupo B: rastrear ou não rastrear no Brasil? Eis a questão. **RBGO**, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 165-167, 2005.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY (AAP). **Periodontal (gum) diseases**. Disponível em: <http://www.perio.org/consumer/2a. html>. Acesso em: ago. 2007.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON ACCESS PREVENTION AND INTERPROFESSIONAL RELATIONS (ADA). Women's oral health issues. **American Dental Association**, 2006. Disponível em: <http://www.ada.org/prof/resources/topics/healthcare_ womens.pdf>. Acesso em: ago. 2007.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 27, supplement 1, jan. 2004.

ANDRADE, L. H. S. G. de; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2010.

ANTENATAL CARE. Routine care for the healthy pregnant woman. **NICE public health guidance**, 2008. Disponível em: <www.nice.org.uk/PH010>. Acesso em: 29 abr. 2010.

ANTENATAL CARE. Routine care for the healthy pregnant woman. NICE Clinical Guideline (March 2008) American Diabetes Association. Gestational Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 27, p. 88-90, 2004. Suplemento 1.

APGAR, V. A proposal for a new metod of evaluation of the newborn infant. **Current Researches in Anesthesia and Analgesia**, [S.l.], v. 32, p. 260-267, 1953.

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

AUGUST, P. **Prevention of preeclampsia**. Up To Date Version 17.3, set. 2009. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 12 jan. 2010.

BECKER, H. M. G. et al. Respirador bucal. In: LEÃO, E. **Pediatria Ambulatorial**. Belo Horizonte/: COOPMED Editora Médica, 2005.

BERGHELLA, V.; BAXTER, J. K.; HENDRIX, N. W. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3, 2009.

BERKOWITZ , R. J. Acquisition and transmission of mutans streptococci. **J. Calif. Dent. Assoc.** [s.l.], v. 31, n. 2, p. 135-138, 2003.

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

BLUMBERG, H. M. et al. Treatment of tuberculosis. **Am. J. Respir. Crit. Care. Med.**, [S.l.], v. 167, p. 603-662, 2003.

BOBROWITZ, I. D. Ethambutol in pregnancy. **Chest**, [S.l.], v. 66, p. 20-24, 1974.

BOGGESS, K. A.; BURTON, L. E. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. **Matern. Child Health J.**, [s.l.], v.10, n. 7, p. 169-174, 2006. Suplemento.

BOGGESS, K. A.; EDELSTEIN, B. L. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. **Matern. Child. Health. J.** [s.l.], v. 10, n. 5, p. 169-174, 2006. Suplemento.

BRAMBILLA, E. et al. Prevention during pregnancy: results of a 30-month study. **J. Am. Dent. Assoc.** v. 129, n. 7, p. 871-877, 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 11, de 22 de março de 2011. Dispõe sobre o controle da substância Talidomida e do medicamento que a contenha. **Diário Oficial [da] União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mar. 2011. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de Setembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília, **Diário Oficial [da] União**, 28 dez. 2007, Seção 1.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, **Diário Oficial [da] União**, 8 abr. 2005, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase em mortalidade materna**: relatório final. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Parte I: gestação, parto e puerpério. In: _____. **Acompanhando a saúde da mulher**. Brasília, 1995.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>. Acesso em: 10 jun. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-infantil. **Manual dos comitês de morte materna**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Programa Nacional de Imunizações. **Manual de vacinação**. Brasília, 1984. (Série A. Normas e manuais técnicos, 15).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 4. ed. Brasília, 2004a. 2 volumes.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica da tuberculose**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção básica à saúde de adolescentes**. (no prelo).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis**. 3. ed. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Nota técnica mortalidade materna no Brasil. In: BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes**. Brasília: MS, 2009. Versão 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes** mellitus. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Portaria n.º 971. **Diário Oficial [da] União**, n. 84, seção I, p. 20-24, Brasília, 4 maio 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.125 de 7 de outubro de 2010**. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2006**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Brasília, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008**. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Brasília, 2008a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418/GM**, 2 de dezembro de 2005. Regulamenta, em

conformidade 158 com o art. 1º da Lei nº 11.108, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para a Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial [da] União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 15 out. 2010c. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 2. ed. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em adultos e adolescentes**: consenso vigente. Brasília, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes**. 2. ed. Brasília, 2006g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília, 2006h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 2. ed. atual. e ampl. Brasília, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual ténico. Brasília, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, 2006i. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde**: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente**: competências e Brasília, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2006j. (Cadernos de Atenção Básica, 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso 7. ed. rev. Brasília, 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília, 2010f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2005f.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004f. 119 p. (Série A. normas e manuais técnicos)

CAMPOS, L. E. M.; BASTOS FILHO, J. M. R. Anamnese nos distúrbios do sistema respiratório. In: LÓPEZ, M.; MEDEIROS, J. L. (Org.). **Semiologia Médica**: as bases do diagnóstico clínico. Rio de Janeiro: Atheneu, 1986.

CDC. Prevention and control of tuberculosis in U.S: communities with at-risk minority populations and prevention and control of tuberculosis among homeless persons. **MMWR**, [S.l.], v. 41, n. (RR-5), 1992.

CDC. Tuberculosis among foreign-born persons entering the United States: recommendations of Advisory Committee for Elimination of Tuberculosis. **MMWR**, [S.l.], v. 39, n. (RR-18), p. 1-13; 18-21, December 28,1990.

CDC. Tuberculosis among pregnant women - New York City; 1985-1992. **MMWR**, [S.l.], v. 42, n. 31, p. 611-612, August 13, 1993.

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

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

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

COCHRANE LIBRARY. Cochrane Review. Oxford: Update Software, Issue 4, n. 2201. In: CUNHA, M. V.; AMARAL, M. J. **Diabetes e hipertensão na gravidez**: manual de 159 orientações. São Paulo: FEBRASCO, Ponto, 2004.

CODATO, L. A. B. et al. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.

CODATO. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. **NICE public health guidance**, 2008. Disponível em: <www.nice.org.uk/PH010>. Acesso em: 29 abr. 2010.

COHEN, L. S. et al. Postpartum course in women with preexisting panic disorder. **J. Clin. Psychiatry**, [s.l.], v. 55, n. 7, p. 289-292, 1994.

CONWAY, N.; BIRT, B. D. Streptomycin in pregnancy: effect on the foetal ear. **BMJ.**, [S.l.], v. 2, p. 260-263, 1965.

COOMARASAMY, A. et al. Aspirin for prevention of preeclampsia in women with historical risk factors: a systematic review. **Obstet. Gynecol.**, [s.l.], v. 101, p. 1319-1332, 2003.

CORRÊA DA SILVA, L. C. Tuberculose pulmonar e gestação. **Rev. AMRIGS**, [S.l.], v. 24, p. 39-45,1980.

CRAMER, B.; PALÁCIO-ESPASA, F. **Técnicas psicoterápicas mãe/bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

CROWTHER, C. A. et al. Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. **New England Journal of Medicine**, Waltham, Mass, v. 352, n. 24, p. 2477–2486. 2005.

CROWTHER, C. A. Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], issue 1, 2001.

CUERVO, L. G.; RODRIGUES, M. N.; DELGADO, M. B. Enemas during labour. **Cochrane Database Syst Rev**, [S.l.], 2000.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Williams obstetrics**. 21. ed. Nova York: McGraw-Hill, 2001.

DEBRAY, R. **Bebês e mães em revolta**: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces. Tradução de Leda Mariza Vieira Fischer. Porto Alegre: Artes

Médicas, 1988.

DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Atenção à Saúde do DF. **Manual de normas e procedimentos do NUMENATI**. N. 100, p. 37, 24 maio 2004.

DODD, J. M.; CROWTHER, C. A. Specialised antenatal clinics for women with a multiple pregnancy for improving maternal and infant outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], issue 2, 2007.

DÖRTBUDAK O. et al. Periodontitis, a marker of risk in pregnancy for preterm birth. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, DK, v. 32, n. 1, p. 45-52, 2005.

DREZETT, J. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: ROSAS, C. (Org.). **Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2002. p. 71-78.

DUARTE, Geraldo et al. Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [S.l.], v. 30, n. 2, p. 93-100, mar. 2008.

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

ELLEY, A. et al. Can *Chlamydia trachomatis* directly damage your sperm? **Lancet Infect Dis.** [s.l.], v. 5, n. 1, p. 53-57, jan. 2005.

ERROL, R.; NORWITZ, M. D. PHD: **Cesarean delivery on maternal request.** mar. 2008. Disponível em: <http://www.utdol.com>. Acesso em: 4 set. 2009.

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

FERREIRA, Roberto Luiz Targa; CARVALHO, Carlos Augusto Souza. Atenção à saúde da gestante com tuberculose em um serviço de atenção primária à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. Organização de Sandra Rejane Soares Ferreira, Rosane Glazenapp e Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. Cap. 5, p. 89-97.

FLAMM, B. L. et al. Vaginal birth after cesarean section: results of multicenter study. Am. **J. Obstet. Gynecol.**, Saint Louis, Mo., v. 158, p. 1079-1084, 1988.

FRANKS, A. L. et al. Isoniazid hepatitis among pregnant and postpartum Hispanic patients. **Public Health Rep.**, [S.l.], v. 104, p. 151-155, 1989.

FRASER, W. D.; TURCOT, L.; KRAUSS, I. Amniotomy for shortening spontaneus labour. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [S.l.], 2000.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Artmed, 2006.

FRIEDEN, T. R. Tuberculosis. **The Lancet**, [S.l.], v. 362, p. 887-899, Sep. 13, 2003.

FRIEDMAN, E. A. (Ed.). **Labor**: clinical evaluation and management. 2nd. New York: Appleton; 1978.

FRIGOLETTO JÚNIOR, F. D. et al. A clinical trial of active management of labor. **N. Engl. J. Med.**, Waltham, Mass., v. 333, p. 745-750, 1995.

JUSTUS HOFMEYR, M. D. G. Approach to breech presentation UptoDate; **Last literature review version 17.2**, 2009. This topic last updated: Maio 15, 2008. Disponível em: <http://www.utdol.com>. Acesso em: 4 set. 2009.

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

GUTMAN, L. Gonococcal diseases in infants and children. In: HOLMES et al. **Sexually transmitted diseases**. New York: McGraw-Hill Inc, 1999.

HEILBORN, M. L. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema. In: VIEIRA, E. M. et al. (Org.). **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p. 23-32.

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

HEY-HADAVI, J. H. Women's oral health issues: sex differences and clinical implications. **Women's health prim. care**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 189-199, 2002.

HILLER, T. A. et al. Screening for gestational diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. **Ann. Intern. Med.**, [S.l.], v. 148, n. 10, p. 766-775, 20 maio 2008.

HOEFLER, R. et al. Fármacos e Gravidez – Apêndice A. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência **Farmacêutica e insumos estratégicos**: formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 849 - 860.

HOWELL, C. J.; KIDD, C.; ROBERT, S. W. et al. A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, London, v. 108, p. 27-33, 2001.

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.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KARINEN, L. et al. Association between *chlamydia trachomatis* antibodies and subfertility in the Northern Finland Birth Cohort 1966 (NFBC 1966), at the age of 31 years. **Epidemiol. Infect.**, Cambridge, v. 132, n. 5, p. 977-984, out. 2004.

KELLY, L.; EVANS, L.; MESSENGER, D. Controversies around gestational diabetes. Practical information for family doctors. **Can. Fam. Physician.** [S.l.], v. 51, p. 688-695, maio 2005.

KENNETH, R. D. E. C. J. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. M. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, IMS, ABRASCO, 2004.

KLAUS, M. H. et al. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KRITSKI, A. L. et al. **Tuberculose**: do ambulatório à enfermaria. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

KUMAR, J.; SAMELSON, R. (Ed.). **Oral health care during pregnancy and early childhood**: practice guidelines. New York: State Department of Health. 2006. Disponível em: <http://www.health.state.ny.us/publications/0824.pdf>. Acesso em: ago. 2007.

LAUZON, L.; HODNETT, E. Caregivers' use of strict criteria for diagnosing active labour in term pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**, [S.l.: s.n.], 2000.

LAVENDER, T. et al. Caesarean section for non-medical reasons at term. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], issue 3, 2006.

LEVENO, K. J. et al. A prospective comparison of selective and universal eletronic fetal monitoring in 34995 pregnancies. **N. Engl. J. Med.** [S.l.], v. 315, p. 615-619, 1986.

LEWIS, C. W.; MILGROM, P. Fluoride. **Pediatr. Rev.**, Evanston, Ill., v. 24, n. 10, p. 327-336, 2003. [published correction appears in **Pediatr Rev.** v. 24, n. 12, p. 429, 2003].

LIPSKY, B. A.; BAKER, C. A. Fluoroquinolone toxicity profiles: a review focusing on newer agents. **Clin. Infect. Dis.**, [S.l.], v. 28, p. 352-364, 1999.

LIVINGSTON, H. M.; DELLINGER, T. M.; HOLDER, R. Considerations in the management of the pregnant patient. **Spec. Care Dentist.**, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 183-188, 1998.

LLEWELYN, M. et al. Tuberculosis diagnosed during pregnancy: a prospective study from London. **Thorax**, [S.l.], v. 55, n. 2, p. 129-132, Feb. 2000.

LOPES, H. V.; TAVARES, W. **Infecções do trato urinário não complicadas**: tratamento. Projeto Diretrizes. Brasília: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 24 jul. 2004.

LOPEZ-ZENO, J. A. et al. A controlled trial of program for active management of labor. **N. Engl. J. Med.** Waltham, Mass., v. 326, p. 450-454, 1992.

LUDFORD, J.; DOSTER, B.; WOOLPERT, S.F. Effect of isoniazid on reproduction. **Am. Rev. Respir. Dis.**, [S.l.], v. 108, p. 1170-1174, 1973.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 1986.

MARDH, P. A. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial salpingitis. Curr. **Opin. Infect. Dis.**, Philadelphia, v. 17, n. 1, p. 49-52, fev. 2004.

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

MENEZES et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.

MIRANDA, P. A. C.; REIS, R. **Projeto diretrizes**: diabetes mellitus gestacional. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2006.

MIRES, G.J.; WILLIAMS, F. L.; HARPER, V. Screening practices for gestational diabetes mellitus in UK obstetric units. Diabetic World Health Organization. **Definition and diagnosis of diabetes** *mellitus* **and intermediate hyperglycemia**: report of a WHO/IDF consultation. Geneva: World Health Organization, 2006.

MOZURKEWICH, E. et al. Indications for induction of labour: a best-evidence review. **BJOG**, [S.l.], v. 116, p. 626-636, 2009.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. **Caesarean section**. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE), apr. 2004. [688 references]. Disponível em: <www.guideline.gov>. Acesso em: 4 set. 2009.

NATIONAL COLLABORATIVE PERINATAL PROJECT (NCPP). **1959-1974, Record Group 443, National Institutes of Health**. Disponível em: <http://www.motherisk.org>. Acesso em: jul. 2007.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE): **Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman**. London: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 2. ed. mar. 2008.

NEILSON, J. P. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], issue 2, 2001.

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

NIELSEN, T. F.; HAGBERG, H. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, Saint Louis, Mo., v. 160, p. 569-573,1989.

NORMAN, J. E. et al. Progesterone for the prevention of preterm birth in twin pregnancy (STOPPIT): a randomised, double-blind, placebo-controlled study and meta-analysis. **Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)**, [S.l.], 1 jul. 2009.

NOVAES, A. R. **A medicina homeopática**: avaliação de serviços, 2007. Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal do Espírito Sato, Centro de Ciências da Saúde, Vitoria, 2007.

NOVAES, A. R. et al. Perspectivas de inovação na Atenção Básica: a homeopatia no Programa de Saúde da Família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE PÚBLICA, 8., 2006, Rio de Janeiro. **Congresso Mundial de Saúde Pública, 11**. Rio de Janeiro, 2006.

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

O'DRISCOLL, K.; FOLEY, M.; MACDONALD, D. Active management of labour as an alternative to cesarean section for dystocia. **Obstet Gynaecol.** [s.l.], v. 63, p. 485-490,1984.

O'HARA, M. W. **Postpartum depression**: Causes and consequences. New York: Springer Verlag, 1995.

OFFENBACHER, S. et al. Maternal periodontitis and prematurity. Part I: obstetric outcome of prematurity and growth restriction. **Ann. Periodontol.**, Chicago, v. 6, n. 1, p. 164-174, 2001.

OHLSSON, A.; SHAH, V. S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. **Cochrane Database Syst Rev.** [s.l.], v. 8, n. 3, jul. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis**, 2005. Disponivel em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/portuguese/9248546269_por.pdf>. Acesso em: abr. 2012.

ORMEROD, P. Tuberculosis in pregnancy and the puerperium. **Thorax**, [S.l.], v. 56, n. 6, p. 494, Jun. 2001.

OWEN, J.; HAUTH, J. C. Oxytocin for the induction or augmentation of labor. **Clin Obstet Gynecol**, [S.l.], v. 35, p. 464-475, 1992.

PATTISON, M.; MC COWAN, L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. **Cochrane Database Syst. Rev.** [s.l.], 2000.

PELOQUIN, C. A. Antituberculosis drugs: pharmacokinetics. In: HEIFETS, L. B. **Drug susceptibility in the chemotherapy of mycobacterial infections**. Boca Raton, FL:CRC Press, 1991.

PEÑA-ROSAS, Juan Pablo; VITERI, Fernando E. Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**: the Cochrane Library, [S.l.], issue 3, art. no. CD004736. 2009.

PEYRON, F. et al. Treatments for toxoplasmosis in pregnancy. **Cochrane Review**: the Cochrane Library, [s.l.], v. 4, issue 1, 2008.

PETITTI, D. B. et al. In Hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to method of delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol**. Saint Louis, Mo, v. 59, n. 6, 1982.

PHELAN, J. P. et al. Vaginal birth after cesarean. Am. J. Obstet. Gynecol. Saint Louis, Mo, v. 157, p. 1510-1515, 1987.

PHILLIPS, B. et al. **Oxford Centre for evidence-based Medicine levels of evidence grades of recommendation**, abr. 2001.

PICON, P. D.; RIZZON, C. F. C.; OTT, W. P. **Tuberculose**: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

POLI-DE-FIGUEIREDO, Carlos E. et al. Hipertensão em situações especiais. **J. Bras. Nefrol.** [s.l.], v. 32, p. 54-59, 2010. Suplemento 1.

PRENDIVILLE, W. J.; ELBOURNE, D.; MCDONALD, S. Active *versus* expectant management in the

third stage of labour. **Cochrane Database Syst. Rev.** [S.l.], 2000.

PRESENT, P. A.; COMSTOCK, G. W. Tuberculin sensitivity in pregnancy. **Am. Rev. Respir. Dis.**, [S.l.], v. 112, p. 413-416,1975.

PRIDJIAN, G. Labor after prior cesarean section. **Clin. Obstet. Gynecol.**, Philadelphia, v. 35, p. 445-456, 1992.

RAGONESI, S. M. A.; BERTINI, A. M.; CAMANO, L. Crescimento intra-uterino retardado: aspectos atuais. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 43, n. 2, abr./jun. 1997.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. p. 120.

REICHELT, A. J. et al. Fasting plasma glucose is a useful test for the detection of gestational diabetes. Brazilian Study of Gestational Diabetes (EBDG) Working Group. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 21, p. 1246-1249, 1998.

RESSÉGUIER, Jean-Paul. **A noção de escuta e a harmonização do corpo sensível**. [S.l.: s. n.], dez. 1988.

REVEIZ, L.; GYTE, G. M. L.; CUERVO, L. G. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, [S.l.], issue 3, art. no. CD003094. 2009.

RIGBY, F. B. Tuberculosis and pregnancy: update on an old nemesis. **Infect. Med.**, [S.l.], v. 17, n. 4, p. 284-288, 2000.

REVEIZ, L.; GYTE, G. M. L.; CUERVO, L. G. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, [S.l.], issue 3, 2007.

ROCHA, F. L. Depressão puerperal: revisão e atualização. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p. 105-114, mar. 1999.

ROMNEY, M. L.; GORDON, H. Is your enema really necessary? **Br. Med. J. Clin. Res. Ed.** [S.l.], v. 28, p. 1269-1271, 1981.

RUDGE, M. V. C.; AMARAL, M. J. **Diabete e hipertensão na gravidez**: manual de orientação. v. 3. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2004.

SADLER, L. C.; DAVISON, T.; MCCOWAN, L. M. A randomised controlled trial and meta-analysis of active management of labour. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, [S.l.], v. 107, p. 909-915, 2000.

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

SBPT. Grupo de Trabalho das Diretrizes para Tuberculose. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Brazilian Thoracic Association Guidelines on Tuberculosis. **J. Bras. Pneumol.**, [S.l.], v. 35, n. 10, p. 1018-1048, 2009.

SCHARG, S. et al. Prevention of perinatal Streptococcal group B disease. Revised guideline from CDC. **MMWR Recomm Rep.**, [s.l.], v. 51, n. 11, p. 1-22, 2002.

SCHEUTZ, F. et al. Motherhood and dental disease. **Community Dent Health,** [s.l.], v. 19, n. 2, p. 67-72, 2002.

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

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 3, n. 5, p. 11-27, 1999.

SCHWENGBER, D. D. DE S.; PICCININI, C. A., O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud. psicol.** Natal, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

SCOTT, J. **Acupuntura no tratamento da criança**. São Paulo: Roca, 1997.

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

SILK, H. et al. Oral Health During Pregnancy. **American Family Physician**, Kansas City, v. 77, n. 8, p. 1139-1144, 2008.

SNIDER, D. E. et al. Treatment of tuberculosis during pregnancy. Am. Rev. Respir. Dis., [S.l.], v. 122, p. 65-79, 1980.

SNIDER, D. E. Pyridoxine supplementation during isoniazid therapy. **Tubercle**, [S.l.], v. 61, p. 191-196, 1980.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Sao Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010.

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

SPITZ, R. A. **O Primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anormal das relações objetais. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

STEPHEN, T. et al. **Delivery of twin gestations**. UptoDate This topic last updated, abr. 2009. Disponível em: <http://www.utdol.com>. Acesso em: 4 set. 2009.

TANAKA; D`ANDRETTA, Ana Cristina; MITSUIKI, Lia. **Estudo da Magnitude da Mortalidade**

Materna em 15 Cidades Brasileiras. São Paulo, 1999.

TASK FORCE on Periodontal Treatment of Pregnant Women, American Academy of Periodontology. American Academy of Periodontology statement regarding periodontal management of the pregnant patient. **J. Periodontol.**, [S.l.], v. 75, n. 3, p. 495, 2004.

THÉVENOT, B.; NAOURI, A. **Conversando sobre Bebês**: do nascimento aos 3 anos. Tradução de Viviane Ribeiro. Bauru, SP: EDUSC, 2004.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. **Ann. Intern. Med.** [s.l.], v. 148, n. 10, p. 759-65, 20 maio 2008

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

VILLAR, J.; KHAN-NEELOFUR, D. Patterns of routine antenatal care for low–risk pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], v. 1, 2003.

WASYLKO, L. et al. A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. **J. Can. Dent. Assoc.**, Toronto, v. 64, n. 6, p. 434-439,1998.

WEINBERG, S. E. et al. Pregnancy and the lung (State of the art). **Am. Rev. Respir. Dis.**, [S.l.], v. 121, p. 559-581, 1980.

WEN, S. W. et al. Impact of prenatal glucose screening on the diagnosis of gestational diabetes and on pregnancy outcomes. **Am. J. Epidemiol**. [s.l.], v. 152, n. 11, p. 1009-1014, 2000.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborative study. Maternal anthropometry and pregnancy outcomes. **WHO Bull**, [s.l.], v. 73, p. 1-98, 1995a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia**: report of a WHO/IDF consultation. Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Strategy for STI Prevention and Control Meeting**. Geneva, 2004.

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

ZANOTTI, D. V. et al. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra. **Revista Nursing**. [S.l.], v. 61, n. 6, p. 36-42, 2003.

Anexos

Anexo A – Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia

Em todo o material produzido, utilizaremos o quadro a seguir para representar os níveis de evidência científica. Entende-se por nível de evidência científica o método utilizado na obtenção da informação ou a decisão recomendada, dando maior ou menor credibilidade científica à referida informação.

Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia

I	**Ensaio clínico randomizado (ECR)[1] ou revisão sistemática (RS) de ECR com desfechos clínicos**
II	ECR ou RS de ECR de menor qualidade: • Com desfechos substitutos validados; • Com análise de subgrupos ou de hipóteses *a posteriori*; • Com desfechos clínicos, mas de menor rigor metodológico; • Estudo observacional de reconhecido peso científico (coorte ou caso-controle aninhado em uma coorte, séries temporais múltiplas) ou revisão sistemática destes estudos.
III	ECR com desfechos clínicos não validados. Estudo de caso-controle.
IV	Estudo com desfecho clínico, mas com maior potencial de viés (tais como experimento não comparado e demais estudos observacionais).
V	Fórum representativo ou opinião de especialista sem evidência dos níveis supracitados.
Nota: [1] Para ser considerado nível I, o estudo deve preencher critérios de rigor metodológico, como ser aleatorizado, duplo-cego ou de alocação sigilosa.	

Os graus de recomendação também são uma classificação hierarquizada que procura levar em conta os estudos de acordo com os seus níveis de evidência científica e classificam determinadas condutas específicas quanto à recomendação a se adotar ou não na prática clínica ou na tomada de decisões de gestores etc.

Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia:

A	Altamente recomendável.
B	Recomendável.
C	Sem evidência a favor ou contrária.
D	Desaconselhável.
E	Claramente desaconselhável.

Drogas na gravidez: classificação do *Food and Drug Administration* (FDA)

Categoria	Interpretação
A	Estudos controlados mostram risco ausente. Estudos bem controlados, adequados, em mulheres grávidas, não demonstram risco para o feto.
B	Nenhuma evidência de risco em humanos. Achados em animais mostraram risco, mas em humanos não, ou se os estudos humanos adequados não foram feitos, os achados em animais foram negativos.
C	Risco não pode ser excluído. Não existem estudos positivos em humanos e em animais para risco fetal ou inexistem estudos. Contudo, os benefícios potenciais justificam o risco potencial.
D	Evidência positiva de risco. Dados de investigação ou após liberação no mercado mostram risco para o feto. Mesmo assim, os benefícios potenciais podem sobrepujar o risco.
X	Contraindicado na gravidez. Estudos em animais e humanos ou relatos de investigação ou após liberação no mercado mostraram risco fetal que claramente é maior do que os benefícios potenciais.

Fonte: (PHILLIPS, 2001, adaptado).

DST	Agente	Apresentação	Complicações obstétricas e neonatais	Diagnóstico	Tratamento	Observações
Sífilis	*Treponema pallidum*	Pimária: úlcera única, indolor, limpa (cancro duro); Secundária: *rash* cutâneo, máculas palmo-plantares, poliadenopatia; Latente: assintomática; Terciária: tubérculos, goma, neurossífilis, aneurisma aórtico, artropatia de Charcot.	Aborto; corioamiorrexe prematura; corioamnionite; RCIU; prematuridade; morte fetal; sífilis congênita.	Teste rápido (ou outros testes treponêmicos) + VDRL/RPR (diagnóstico). VDRL/RPR (seguimento pós-tratamento).	Penicilina benzatina 2,4 milhões UI (IM): Primária: dose única; Secundária: duas séries com intervalo de uma semana (dose total de 4,8 milhões); Latente e terciária ou tempo indeterminado: três séries com intervalo de uma semana (total de 7,2 milhões).	1) O diagnóstico na maioria das gestantes ocorre na fase latente, ou seja, mulheres assintomáticas com VDRL/RPR reagentes. 2) Realizar no mínimo 2 VDRL na gestação (1º e 3º trim. e 1 no parto); 3) Casos de alergia a penicilina devem ser avaliados individualmente. 4) Coinfecção com HIV pode modificar a história natural da infecção. 5) Testar e tratar o parceiro. 6) Notificar a Vigilância Epidemiológica.
Cancro mole	*Haemophilus ducreyi*	Úlceras múltiplas, dolorosas, bordas irregulares, fundo sujo, com odor fétido e autoinoculáveis; adenopatia inguinal (bubão).	Não relatadas.	Gram; PCR.	Ceftriaxona, 250mg, IM, dose única. Ou eritromicina (estearato), 500mg, VO, de 6h/6h por 10 dias (no mínimo).	1) Tratar o parceiro.
Herpes genital	Herpes simples, vírus tipo 2 (HSV-2)	Ardência, prurido e dor, seguidos por lesões vesiculosas que progridem para úlceras.	Aborto; RCIU; prematuridade; infecção herpética neonatal (a transmissão vertical ocorre principalmente na fase ativa da doença).	Citologia (células de Tzanck); cultura; PCR.	Para primeiro episódio ou recorrência severa: Aciclovir, 200mg, VO, 4h/4h, em 5 tomadas ao dia, por 7 dias; ou Aciclovir, 400mg, VO, 8h/8h, por 7 dias.	1) Recorrências durante a gravidez são frequentes, mas em geral não requerem tratamento. 2) Imunossupressão determina lesões mais extensas e profundas.

Livro Caderno de Atenção Básica Nº 32 (0025080902) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 335

DST	Agente	Apresentação	Complicações obstétricas e neonatais	Diagnóstico	Tratamento	Observações
Condiloma	Papilomavírus humano (HPV)	Projeções papulares, planas, pedunculadas ou verrucosas na vulva, na vagina, no colo, no períneo e na região anal.	Obstrução do canal de parto; hemorragia periparto; deiscência de episiorrafia; papilomatose respiratória no RN.	Diagnóstico clínico; vulvoscopia/ colposcopia; captura híbrida.	Eletrocauterização; laser; crioterapia; ATA a 80%.	1) A maioria das portadoras de HPV é assintomática. 2) O HPV também está relacionado a lesões intraepiteliais cervicais, vaginais, vulvares e anais. 3) A indicação de cesárea deve ser avaliada pelo obstetra quando houver lesões extensas no canal do parto, com obstrução ou risco de sangramento intenso.
Gonorreia	*Neisseria gonorrhoeae*	Assintomática em 70% a 80% dos casos; cervicite mucopurulenta; doença inflamatória pélvica (DIP).	Gravidez ectópica; parto pré-termo; prematuridade; corioamniorrexe prematura; aborto; RCIU; febre puerperal; oftalmia neonatal.	Cultura; captura híbrida; PCR.	Ceftriaxone, 250mg, IM, dose única. Ou: cefixima, 400mg, VO, dose única. Ou: espectinomicina, 2g, IM, dose única. Obs.: cefixima e espectinomicina se estiverem disponíveis nos serviços.	1) Tratar também para clamídia pela abordagem sindrômica. 2) Tratar o parceiro.
Clamídia	*Chlamydia trachomatis*	Assintomática em 70% a 80% dos casos; cervicite mucopurulenta; doença inflamatória pélvica (DIP).	Gravidez ectópica; parto pré-termo; prematuridade; corioamniorrexe prematura; endometrite puerperal; conjuntivite e pneumonia neonatal.	Cultura; captura híbrida; PCR; Elisa; imunofluorescência direta.	Azitromicina, 1g, VO, dose única. Ou: eritromicina (estearato), 500mg, VO, 6h/6h, por 7 dias. Ou: amoxacilina, 500mg, VO, 8h/8h, por 7 dias.	1) Tratar também para o gonococo pela abordagem sindrômica. 2) Tratar o parceiro.

DST	Agente	Apresentação	Complicações obstétricas e neonatais	Diagnóstico	Tratamento	Observações
Tricomoníase	*Trichomonas vaginalis*	Prurido e/ou irritação vulvar; corrimento abundante, amarelo esverdeado, bolhoso; sintomas urinários; colo em framboesa.	Corioamniorrexe prematura; parto pré-termo; baixo peso ao nascer; infecção neonatal.	Exame direto; teste das aminas positivo; pH vaginal > 4,5; cultura (exceção); PCR.	Metronidazol, 2g, VO, dose única. Ou: metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.	1) Tratar o parceiro.
Candidíase	*Candida sp.*	Prurido vulvovaginal; ardor ou dor à micção; corrimento branco, grumoso, inodoro; hiperemia, edema e fissuras vulvares.	Não relatadas.	Exame direto; teste das aminas negativo; pH vaginal < 4,5; cultura (exceção).	Miconazol, 2%, aplicação vaginal, por 7 dias. Ou: clotrimazol, 1%, aplicação vaginal por 6 a 12 dias, ao deitar, à noite. Ou: óvulos de 100mg, aplicação vaginal por 7 dias, ao deitar, à noite. Ou: nistatina 100.000UI, aplicação vaginal, por 14 dias, ao deitar, à noite.	1) A candidíase vaginal não é considerada uma DST. É comum na gestação. Tratar o parceiro apenas em casos de recorrências e/ou se houver sintomatologia nele.
Vaginose bacteriana	Vários	Corrimento acinzentado, com odor fétido, mais acentuado após coito.	Corioamniorrexe prematura; corioamnionite; trabalho de parto pré-termo; parto pré-termo; endometrite puerperal; baixo peso ao nascer; infecção neonatal.	Exame a fresco (células-guia); pH vaginal > 4,5; teste das aminas positivo.	Metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias. Ou: metronidazol, 250mg, VO, 8h/8h, por 7 dias. Ou: metronidazol gel vaginal a 0,75%, aplicação vaginal, 12h/12h, por 5 dias. Ou: clindamicina, 300mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.	1) A vaginose bacteriana não é considerada uma DST, mas um desequilíbrio da microflora vaginal. É comum na gestação.

Fonte: "Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis", 4ª edição (BRASIL, 2006).

Livro Caderno de Atenção Básica Nº 32 (0025080902) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 337

Anexo C – Cartão da Gestante

Cartão da Gestante

Nome:

Endereço:

Tel.:

Município:

Cadastro no SIS – pré-natal

Agendamento

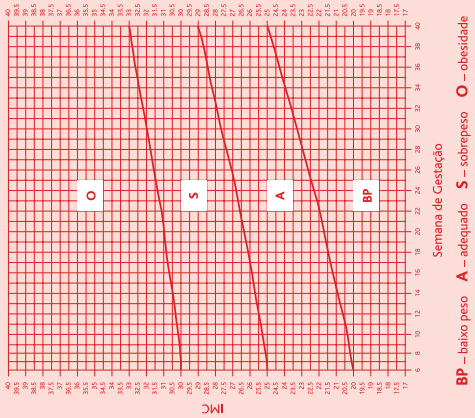
Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Hospital/maternidade de referência: _____

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu.
Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

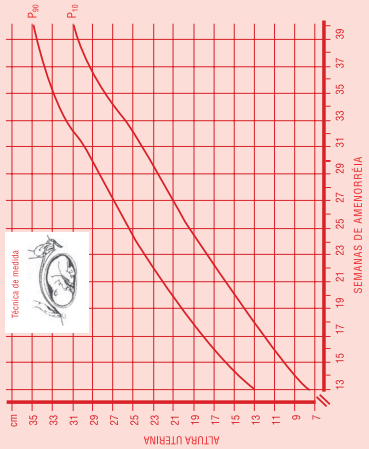
Ministério da Saúde

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante



BP – baixo peso **A** – adequado **S** – sobrepeso **O** – obesidade

Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/conduta
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. indireto					
Outros					

Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação							
Sulfato ferroso Ácido fólico							

Ultra-sonografia							
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros	

IDADE ANOS
MENOR DE 15
MAIOR DE 35
Nº DE PRONTUÁRIO
ALFABETIZADA: SIM / NÃO
ESTUDOS: NENHUM / FUNDAMENTAL / MÉDIO / SUPERIOR
ANOS COMPLETOS
ESTADO CIVIL / UNIÃO: CASADA / ESTÁVEL / SOLTEIRA / OUTRO
COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO): BRANCA / PRETA / PARDA / AMARELA / INDÍGENA

ANTECEDENTES

FAMILIARES (SIM / NÃO): GEMELARES / DIABETES / HIPERT. ART. / MÁ FORMAÇÃO / OUTROS

PESSOAIS (SIM / NÃO): INFECÇÃO URINÁRIA / INFERTILIDADE / CARDIOPATIA / DIABETES / HIPERT. ART. / CIRURG. PÉLV. UTERINA / MÁ FORMAÇÃO / OUTROS

OBSTÉTRICOS (Anotar o número de): GESTAÇÕES / ABORTOS / PARTOS / NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS / VAGINAIS / CESÁREAS / NASC. VIVOS / NASC. MORTOS / VIVEM / MORRERAM NA 1ª SEMANA / MORRERAM APÓS 1ª SEMANA

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO (MÊS / ANO)
AMAMENTAÇÃO: SIM / NÃO
ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500 g: NÃO / SIM
NASCIMENTO COM MAIOR PESO: ____ g

GRAVIDEZ ATUAL

PESO ANTERIOR: ____ kg
ESTATURA
DUM / DPP: DIA / MÊS / ANO
DÚVIDAS: SIM / NÃO
ANTITETÂNICA PRÉVIA: SIM / NÃO
ATUAL: 1ª / 2ª / 3ª — MÊS GESTAÇÃO
HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ: SIM / NÃO — DIAS
GRUPO
Rh: + / –
SENSIB.: SIM / NÃO
TRANSF.: SIM / NÃO — DIA / MÊS / ANO
LOCAL: _____

	EX. CLÍNICO NORMAL	EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOLÓGICO NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAU NORMAL	COLPOSCOPIA NORMAL	EX. CLÍNICO CERVIX
	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO

VDRL: + / – — DIA / MÊS
FUMA: SIM / NÃO — Nº DE CIGARROS AO DIA

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										
IG SEMANAS										
PESO (kg)										
I.M.C										
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) / EDEMA (+a 4+)										
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO										
BCF / MOV. FETAL										
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO

HOSPITAL:
IDADE GESTACIONAL — MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42
TAMANHO FETAL CORRESPONDE: SIM / NÃO
INÍCIO TP: ESP. / IND.
MEMBRANAS: INT. / ROT.
DATA RUPTURA: HORA / DIA / MÊS
CEF. / PELV. / TRAN.
EXP. / CES. / FORC. / OUT.
HORA / MINUTO / DIA / MÊS / ANO
NÍVEL DE ATENÇÃO: 3º / 2º / 1º / DOMIC. / OUTRO
EPISIOTOMIA: SIM / NÃO
LACERAÇÃO: SIM / NÃO
DEQUIT. EXT.: SIM / NÃO
PLACENTA COMPL.: SIM / NÃO
MORTE FETAL: NÃO / SIM
MOMENTO: PARTO / GRAV. / IGNO.
ATENDIDA POR: MÉDIC. / ENF./ PAR. AUX. / EMPIR. / OUTROS — PARTO / NEONATO
MEDICAÇÃO NO PARTO: ANALGÉSICO / ANESTESIA LOCAL / TRANQÜILIZANTE / ANESTESIA REGIONAL / ANTIBIÓTICO / ANESTESIA GERAL / OUTROS / OCITOC. / NENHUM

PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO

- GRAVIDEZ MÚLTIPLA
- HIPERTENSÃO PRÉVIA
- PRÉ-ECLÂMPSIA
- ECLÂMPSIA
- CARDIOPATIA
- DIABETES
- INFECÇÃO URINÁRIA
- OUTRAS INFECÇÕES
- PARASITOSES
- AMEAÇA DE PARTO PREMATURO
- DESPROP. CEF. PÉLV.
- HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE
- ANEMIA CRÔNICA
- RUPTURA PREMAT. MEM.
- INFECÇÃO PUERPER.
- HEMORRAGIA PUERPER.
- OUTRA
- NENHUMA

RECÉM-NASCIDO

SEXO: F / M
VDRL: – / +
APGAR MINUTO: 1º / 5º — 6 OU MENOS
REANIMAÇÃO: SIM / NÃO
PESO AO NASCER: ____ g — MENOS DE 2.500 g
IDADE POR EXAME FÍSICO: ____ Sem. — MENOR DE 37 SEMANAS
PESO / IG: ADEQ. / PEQUENO / GRANDE
EX. FÍSICO IMEDIATO: NORMAL / ANORMAL
ESTATURA: ____ cm
PER. CEF.: ____ cm
EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA: NORMAL / ANORMAL
EXAME NEUROL.: NORMAL / ANORMAL / DUVIDOSO
PATOLOGIAS: M. HIALINA / APNÉIAS / NEUROL. / OUTRA / S. ASPIRAT. / HEMORRAGIA / HIPERBILI. / NENHUMA / OUTROS SDR / INFECÇÃO / A. CONG.
RN ALOJ./CONJ.: SIM / NÃO
ALTA DO RN: SADIO / C/ PATOL. / TRANSF. / ÓBITO
IDADE NA ALTA/ TRANSFERÊNCIA: ____ DIAS / ____ HORAS
IDADE AO FALECER: ____ DIAS / ____ HORAS
ALIMENTAÇÃO: PEITO / MISTO / ARTIFIC.

PUERPÉRIO IMEDIATO

HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO			
TEMPERATURA			
PULSO (BATIMENTO / MINUTO)			
PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MÍN. (mmHg)			
INVÓL. UTERINA			
CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS			
VITAMINA A			

ALTA MATERNA: SADIA / TRANSFERIDA / C/ PATOLOGIA
MORTE MATERNA: GRAVIDEZ / PARTO / PUERPÉRIO
ORIENT. / CONTRACEPÇÃO: CONDOM / DIU / ORAL / OUTRA / LIG. DA TRO. / RITMO / NENHUM

PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL
Ministério da Saúde
BRASIL UM PAÍS DE TODOS

Anexo D – Ficha Perinatal

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE _____ Nº FICHA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE |_____|
(Uso exclusivo da informática)

Código do hospital |__|__|__|__|__|__|__|

Nome do hospital/maternidade _____

Código do município |__|__|__|__|__|__|__| Mês/Ano referência ___/___

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS PERINATAIS – FNEP

PARTOS HOSPITALARES

TIPO	NORMAL	CESÁREA	FÓRCEPS	TOTAL
QUANTIDADE				

NÚMERO DE NASCIMENTOS

TIPO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
NATIVIVOS			
NATIMORTOS			
TOTAL			

TIPO DE EVENTO

PESO (GRAMAS)	NASCIDOS VIVOS	ÓBITOS 0 – 7 DIAS	ÓBITOS + DE 7 DIAS	NATIMORTOS
< = 499				
500 - 749				
750 - 999				
1.000 - 1.249				
1.250 - 1.499				
1.500 - 1.749				
1.750 - 1.999				
2.000 - 2.249				
2.250 - 2.499				
> = 2.500				
TOTAL				

NÚMERO DE RECÉM-NASCIDOS POR TIPO DE CUIDADOS

ALOJAMENTO CONJUNTO		UTI	
BERÇÁRIOS DE NORMAIS		ISOLAMENTO	
CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS		RISCO DE HIV	
CUIDADOS ESPECIAIS		HIV POSITIVO	

MORTES MATERNAS

TOTAL	

(FRENTE)

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS PERINATAIS – FNEP

CAUSAS DE MORBIMORTALIDADE PERINATAL

GRUPOS DE CAUSAS	TOTAL
Feto ou recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	
Transtornos relacionados com a duração da gestão e com o crescimento fetal	
Traumatismo de parto	
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	
Infecções específicas do período perinatal	
Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	
Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido	
Transtornos do aparelho digestivo do feto e do recém-nascido	
Afecções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido	
Outros transtornos originados no período perinatal	

(OBS.: CID – 10ª REVISÃO)

Assinatura e carimbo do médico responsável pelo serviço

_____

(VERSO)

Anexo E – Colaboradores

Adson Roberto França Santos
Alexsana Sposito Tresse M. de Mello
Ana Carolina Faria
Ana Cecília Lins Sucupira
Ana Cristina Barreto Peixoto Sampaio
Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Andrea da Silveira Rossi
Berardo Augusto Numan
Carla Brasil
Carlos Alberto Machado
Carlos Augusto Alencar Júnior
Carlos José Mangabeira da Silva
Clesimary Evangelista Molina Martins
Denise P. Gigante
Doris Sztutman Bergmann
Eduardo Campos de Oliveira
Elizabeth Accioly
Emílio Francisco Marussi
Eveline Fernandes N. Vale
Feizi Milani
Fernanda Nogueira
Gerusa Maria Figueiredo
Gregório Lorenço Acácio
Ivone Peixoto Gonçalves de Oliveira
Jeanine Rocha Woycicki
João Batista Marinho C. Lima
João Eduardo Pereira
Joselito Pedrosa
Júnia Cardoso
Kelva Karina de Aquino
Kleber Cursino de Andrade
Laurenice Pereira Lima (*in memoriam*)
Luciana Teodoro de Rezende Lara
Malaquias Batista
Marcos R. Ymayo
Maria das Mercês Aquino Araújo
Maria Helena Benício
Maria José de Oliveira Araújo
Maria Lúcia Rosa Stefanini
Mariangela Soares Nogueira
Paola Marchesini
Paulynne Cavalcanti
Regina Coeli Viola
Rosa Sampaio Vila-Nova
Rurany Ester Silva
Silva Santelli
Tereza Cristina C. D. Bessa
Tochie Massuda
Vanusa Baeta Figueiredo Peres

ISBN 978-85-334-2043-4

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Manual Técnico

Gestação de Alto Risco



Editora MS
Brasília – DF
2010

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

Gestação de Alto Risco

Manual Técnico

5ª edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Editora MS

Brasília – DF
2010

© 1991 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde 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 na página: http://www.saude.gov.br/editora

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 5ª edição – 2010 – 75.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher
SAF/Sul, Trecho 2, Lote 5/6, Torre II
Ed. Premium, Térreo, Sala 17
CEP: 70070-600, Brasília – DF
Tel: (61) 3306-8101
Fax: (61) 3306-8107
E-mail: saude.mulher@saude.gov.br
Homepage: www.saude.gov.br/saudemulher

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774/2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Homepage: http://www.saude.gov.br/editora

Equipe Editorial:
Normalização: Solange de Oliveira Jacinto
Revisão: Khamila Silva e Mara Soares Pamplona
Capa: Rodrigo Abreu
Projeto gráfico e diagramação: Sérgio Ferreira

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1767-0

1. Gestação de alto risco. 2. Gestante de risco. 3. Obstetrícia. I. Título. II. Série.

CDU 612.63

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0072

Títulos para indexação:
Em inglês: High-risk pregnancy: technical manual
Em español: Gestación de alto riesgo: manual técnico

SUMÁRIO

Apresentação 7
Introdução 9
Gestação de alto risco 11
- Bases Gerais 11
- Seguimento das gestações de alto risco 14

Importância médico-legal dos registros precisos e do partograma 19

A organização dos serviços de saúde para a assistência ao pré-natal de alto risco 23

Cuidados com a saúde bucal em gestantes de alto risco 25

Síndromes hipertensivas da gravidez 27
- Definições 27
- Classificação das síndromes hipertensivas da gravidez 28
  - Hipertensão crônica 28
  - Pré-eclâmpsia/eclâmpsia 28
  - Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica 28
  - Hipertensão gestacional (sem proteinúria) 29
- Conduta nas síndromes hipertensivas da gravidez 30
  - Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia 30
  - Pré-eclâmpsia leve 30
  - Pré-eclâmpsia grave 32
  - Eclâmpsia 36
- Tratamento da hipertensão aguda 37
- Síndrome HELLP 38
- Hipertensão crônica 41

Síndromes hemorrágicas 45
- Hemorragias da primeira metade da gravidez 45
  - Abortamento 45
  - Ameaça de abortamento 46
  - Abortamento completo 46
  - Abortamento inevitável/incompleto 46
  - Abortamento retido 47
  - Abortamento infectado 47
  - Abortamento habitual 48
  - Gravidez ectópica 49
  - Mola hidatiforme (neoplasia trofoblástica gestacional benigna) 51
  - Descolamento corioamniótico 52
- Hemorragias da segunda metade da gestação 52
  - Placenta prévia 53
  - Descolamento prematuro de placenta 57
  - Rotura uterina 61
  - Vasa prévia 63

Desvios do crescimento fetal 65
- Restrição de Crescimento Fetal 65
- Macrossomia Fetal 68

Alterações da duração da gestação 69
Gestação prolongada 69
Trabalho de parto prematuro 70

Amniorrexe prematura e corioamnionite 79
Rotura Prematura de Membranas 79

Alterações do volume de líquido amniótico 85
Oligohidrâmnio 85
Polihidrâmnio 86

Náuseas e vômitos da gravidez 89

Gestações múltiplas 93

Aloimunização materno-fetal 95

Cesárea anterior 99

Óbito fetal 101

Infecção urinária 111
Bacteriúria assintomática 111
Cistite 111
Pielonefrite 111

Pneumonias na gestação 113

Toxoplasmose 115

Malária 119
Malária e gravidez 119

Hanseníase 125

Tuberculose 131

Rubéola 133

Citomegalovirose 135
Infecção congênita por CMV 136

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) 139
Sífilis 139
Coinfecção sífilis/HIV na gestação 141
Herpes simples vírus (HSV) 142
Hepatites virais 143
Hepatite B 143
Infecção pelo HIV 147
Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) 165
Vaginose bacteriana e gestação 167

Anemias na gestação 171
Anemia ferropriva 171
Anemia megaloblástica 173
Hemoglobinopatias 175
Anemia falciforme 175
Talassemia 179
Anemia microangiopática 181

Diabetes 183
Diabetes gestacional 183
Diabetes pré-gestacional 185

Tireoidopatias 193
Hipotireoidismo 194
Hipertireoidismo 195
Crise tireotóxica 196

Cardiopatias 197
Doença Valvar Cardíaca na Gravidez 200
Cardiopatias Congênitas 201
Doença de Chagas 201
Cardiopatia isquêmica 202
Miocardiopatia periparto 202

Asma 207

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) 211

Trombofilia e gravidez 215
Trombofilia Adquirida ou Síndrome Antifosfolípide 215
Trombofilia Hereditária 221
Doença Tromboembólica na Gestação 221
Trombose venosa profunda 221
Embolia pulmonar 222

Epilepsia 227

Transtornos psiquiátricos e uso de álcool e drogas 229
Transtornos de humor 230
Transtornos de ansiedade 231
Transtornos psicóticos 232
Dependência de substâncias psicoativas 233
Uso de álcool 233
Outras drogas 235
Transtornos alimentares 236

Câncer e gestação 239
Câncer de mama 239
Câncer de colo de útero 241
Câncer do ovário 243
Câncer de vulva 246
Câncer do endométrio 248
Câncer de vagina 249

Câncer da tuba uterina 249
Câncer da tireoide 250
Melanoma 251
Leucemias 252
Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) 253
Suporte psicossocial à gestante com neoplasia maligna e aos familiares 254

Interrupção médica da gestação 257

Antecipação eletiva do parto 259
Indução do parto 259
Cesárea eletiva 265

Avaliação fetal 267
Avaliação do bem-estar fetal 267
Avaliação da maturidade fetal 273

Paralisia cerebral do recém-nascido e modo de parto 277
Encefalopatia neonatal e paralisia cerebral 278

Referências 283

Equipe de elaboração 301

APRESENTAÇÃO

Promover a maternidade segura é compromisso do Ministério da Saúde e de todos nós. Além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, entre outras ações, é preciso dedicar atenção especial a uma pequena parcela de mulheres grávidas que são portadoras de doenças que podem se agravar durante a gestação ou que apresentarão problemas que podem ter sido desencadeados nesse período.

Para atender às necessidades desse segmento, é necessário que o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, assim como os estados e municípios desenvolvam estratégias com o objetivo de organizar os sistemas de atenção à gestação, parto e puerpério visando a uma assistência hierarquizada e integralizada no sentido de cumprir os princípios constitucionais do SUS.

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco que o Ministério da Saúde apresenta foi elaborado para orientar a equipe assistencial no diagnóstico e tratamento das doenças e/ou problemas que afligem a mulher durante a gravidez. Objetiva também uniformizar as condutas, contribuindo para uma atuação mais coesa da equipe, assim como para a oferta de uma assistência eficiente e de qualidade.

Esta é uma edição ampliada do manual anterior, pois além da devida revisão técnica e atualização do conteúdo, contou com a inserção de novos capítulos. Para sua elaboração, adotou-se como referência as melhores evidências científicas correntes que orientam determinada prática diagnóstica e/ou terapêutica.

É importante que os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde incorporem esses novos conhecimentos em sua prática, para que a redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal possam ser alcançadas.

Ministério da Saúde

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 353

INTRODUÇÃO

A morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter excelentes resultados na melhoria de seus indicadores por meio de ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis.

Após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo, Egito, em 1994, o conceito de saúde reprodutiva evoluiu, ganhando enfoque igualmente prioritário os indicadores de saúde relativos à morbidade, à mortalidade e ao bem-estar geral da população feminina. Esse conceito lança novo olhar sobre o processo saúde-doença, ampliando a cidadania das mulheres para além da maternidade.

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe.

Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco". Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros. Essa diferença estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos sem problemas ou com poucos riscos de sofrerem danos, até o máximo necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrerem agravos à saúde.

Para uma atuação eficiente da equipe de assistência, visando à identificação dos problemas que possam resultar em maiores danos à saúde das mulheres e/ou seus filhos ou filhas, é necessária a utilização de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada.

As necessidades das mulheres que não apresentam problemas durante a gravidez são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no nível primário de assistência. Embora as mulheres que apresentam problemas possam necessitar de procedimentos mais complexos que só podem ser solucionados nos níveis secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas, alguns casos também podem ser resolvidos no nível primário. A definição do nível de assistência necessário para a solução dos problemas dependerá do problema apresentado e qual intervenção será realizada. Como exemplo, uma gestante tabagista que poderia apresentar complicações durante a gestação, principalmente em relação à criança, poderá ser manejada no nível primário, por intermédio de medidas educativas que visem à cessação do hábito de fumar. Por outro lado, se essa mesma gestante desenvolve problemas

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 355

como uma restrição grave do crescimento fetal, deverá ser assistida em um nível mais complexo de assistência.

As normas de assistência devem permitir identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresente, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, e em que nível de assistência os mesmos serão realizados. Assim, o controle pré-natal da gestante sem problemas poderá ser diferente daquela que apresenta problemas, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas e tipo de equipe que presta a assistência.

A finalidade da presente norma é auxiliar a equipe de saúde, disponibilizando instrumentos no processo de organização da assistência materna e perinatal, uniformizando conceitos e critérios para a abordagem da gestação de alto risco. Ela pretende cobrir os aspectos clínicos associados à gestação de risco, sem se sobrepor às informações e recomendações de outras normas e manuais técnicos do Ministério da Saúde, incluindo o de pré-natal e puerpério, de doenças sexualmente transmissíveis, de emergências e outros.

Por outro lado, com a forma esquemática adotada, pretende-se facilitar o processo de tomada de decisões no atendimento obstétrico e perinatal, sem dispensar o conhecimento de outras fontes técnico-científicas.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 356

Bases Gerais

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas "gestantes de alto risco".

Gestação de Alto Risco é "aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada". (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

Embora os esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham gerado nenhuma classificação capaz de predizer problemas de maneira acurada, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador.

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido.

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.

Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Sua identificação nas mulheres em idade fértil na comunidade permite orientações às que estão vulneráveis no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional. Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar. Como exemplo podemos citar uma mulher diabética, que deve estar bem controlada antes de engravidar.

Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 357

Na maioria dos casos a presença de um ou mais desses fatores não significa a necessidade imediata de recursos propedêuticos com tecnologia mais avançada do que os comumente oferecidos na assistência pré-natal de baixo risco, embora indiquem uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes. Pode significar apenas uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento.

Além disso, atenta-se para uma necessidade maior de ações educativas dirigidas aos problemas específicos detectados nas gestantes. Em muitos casos, intervenções junto à família e à comunidade podem gerar impactos positivos. No decorrer do acompanhamento das gestantes consideradas de baixo risco, deve-se atentar para o aparecimento de algum desses fatores no curso da gestação.

Os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em:

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:
- Idade maior que 35 anos;
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
- Situação conjugal insegura;
- Conflitos familiares;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Hábitos de vida – fumo e álcool;
- Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

***A Adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez (tentou interrompê-la?), com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal. O profissional deve atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando o acompanhamento psicológico quando lhe parecer indicado. Apenas o fator idade não indica procedimentos como cesariana ou episiotomia sem indicação clínica. Cabe salientar que, por força do Estatuto da Criança e do Adolescente, além da Lei nº 11.108/2005, toda gestante adolescente tem direito a acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós parto, e deve ser informada desse direito durante o acompanhamento pré-natal.**

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 358

2. História reprodutiva anterior:
- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Diabetes gestacional;
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

3. Condições clínicas preexistentes:
- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias.

Os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco:

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

2. 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 e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Insuficiência istmo-cervical;
- Aloimunização;
- Óbito fetal.

3. Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Todos os profissionais que prestam assistência a gestantes devem estar atentos à existência desses fatores de riscos e devem ser capazes de avaliá-los dinamicamente, de maneira a determinar o momento em que a gestante necessitará de assistência especializada ou de interconsultas com outros profissionais.

As equipes de saúde que lidam com o pré-natal de baixo risco devem estar preparadas para receber as gestantes com fatores de risco identificados e prestar um primeiro atendimento e orientações no caso de dúvidas ou situações imprevistas.

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco é importante que a gestante seja orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica ou Saúde da Família que iniciou o acompanhamento. Por sua vez esta equipe deve ser mantida informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados à gestante por meio de contrarreferência e de busca ativa das gestantes em seu território de atuação, por meio da visita domiciliar.

O estabelecimento dessa comunicação dinâmica entre os serviços é importante porque a gestante tem maior facilidade de acesso aos serviços de atenção básica, até mesmo pela proximidade ao seu domicílio, possibilitando que as Equipes de Saúde da Família possam ofertar a essas gestantes acolhimento e apoio, por meio da identificação e ativação da rede de suporte familiar e social, participação em atividades educativas individuais e em grupo, reforço para frequência nas consultas especializadas e maior adesão aos tratamentos instituídos, além do primeiro atendimento na suspeita de intercorrências, nos casos em que o acesso da gestante aos serviços especializados seja difícil.

O uso rotineiro dos recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de baixo risco não melhora a qualidade assistencial, nem seus resultados, e retarda o acesso das gestantes que deles precisam. Daí a importância da adequada classificação do risco, para o devido encaminhamento.

Seguimento das gestações de alto risco

O intuito da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas. A equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar adversamente a gravidez, sejam eles clínicos, obstétricos, ou de cunho socioeconômico ou emocional. Para tanto, a gestante deverá ser sempre informada do andamento de sua gestação e instruída quanto aos comportamentos e atitudes que deve tomar para melhorar sua saúde, assim como sua família, companheiro(a) e pessoas de convivência próxima, que devem ser preparados para prover um suporte adequado a esta gestante.

A equipe de saúde que irá realizar o seguimento das gestações de alto risco deve levar em consideração continuamente:

a) Avaliação clínica

Uma avaliação clínica completa e bem realizada permite o adequado estabelecimento das condições clínicas e a correta valorização de agravos que possam estar presentes desde o início do acompanhamento, por meio de uma história clínica detalhada e avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais.

b) Avaliação obstétrica

Inicia-se com o estabelecimento da idade gestacional de maneira mais acurada possível e o correto acompanhamento da evolução da gravidez, mediante análise e adequada interpretação dos parâmetros obstétricos (ganho ponderal, pressão arterial e crescimento uterino). A avaliação do crescimento e as condições de vitalidade e maturidade do feto são fundamentais.

c) Repercussões mútuas entre as condições clínicas da gestante e a gravidez

É de suma importância o conhecimento das repercussões da gravidez sobre as condições clínicas da gestante e para isso é fundamental um amplo conhecimento sobre a fisiologia da gravidez. Desconhecendo as adaptações pelas quais passa o organismo materno e, como consequência, o seu funcionamento, não há como avaliar as repercussões sobre as gestantes, principalmente na vigência de algum agravo. Por outro lado, se não se conhecem os mecanismos fisiopatológicos das doenças, como integrá-los ao organismo da grávida? Portanto, o conhecimento de clínica médica é outro requisito básico de quem se dispõe a atender gestantes de alto risco, sendo também importante o suporte de profissionais de outras especialidades.

d) Parto

A determinação da via de parto e o momento ideal para este evento nas gestações de alto risco talvez represente ainda hoje o maior dilema vivido pelo obstetra. A decisão deve ser tomada de acordo com cada caso e é fundamental o esclarecimento da gestante e sua família, com informações completas e de uma maneira que lhes seja compreensível culturalmente, quanto às opções presentes e os riscos a elas inerentes, sendo que deve ser garantida a sua participação no processo decisório. Cabe salientar, todavia, que gravidez de risco não é sinônimo de cesariana. Em muitas situações é possível a indução do parto visando o seu término por via vaginal, ou mesmo aguardar o seu início espontâneo.

A indicação da via de parto deve ser feita pelo profissional que for assistir ao parto.

É importante que profissionais que atendem a mulher durante a gestação não determinem qual deverá ser a via de parto, que depende não só da história preexistente, como também da situação da mulher na admissão à unidade que conduzirá o parto.

e) Aspectos emocionais e psicossociais

É evidente que para o fornecimento do melhor acompanhamento da gestante de alto risco, há necessidade de equipe multidisciplinar, constituída por especialistas de outras áreas, tais como Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Serviço Social, em trabalho articulado e planejado.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 361

Aspecto quase esquecido, por receio ou desconhecimento, é o componente emocional no seguimento da gestação de alto risco. Assim como organicamente a gravidez representa desafio para condições maternas, também do ponto de vista emocional surge como desafio adaptativo.

No conteúdo emocional da mulher grávida entram em jogo fatores psíquicos preexistentes e atuais, e, entre os últimos, os componentes da gravidez e ambientais. Este conteúdo manifesta-se principalmente por intermédio da ansiedade, mecanismo emocional basal que se estende durante toda a gravidez, de forma crescente, até o termo.

A ansiedade tem causas várias identificáveis para cada trimestre, mas que se intercambiam psicodinamicamente. Listam-se, entre elas, ambivalência, negação, regressão, introspecção, medo etc. Na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, a começar pelo rótulo que se lhes dá, "de alto risco", portanto "diferente" das demais, "normais". Some-se a isto o próprio fator de risco como componente estressante e dois modelos clínicos podem ser então identificados.

Quando a condição clínica preexiste à gestação, pode, por um lado, ser tomada como nova chance de vida, o triunfo sobre a doença. No entanto, por outro lado, pode haver rotura do equilíbrio emocional anteriormente adquirido, com frequente deterioração ou perda da autoestima e surgimento de sentimento de incompetência; a partir daí, estabelece-se a dificuldade de vinculação. Nesses casos, é importante que a gravidez seja planejada, com avaliação pré-concepcional, e início oportuno de gestação, quando for possível.

Na segunda possibilidade, a condição de risco é diagnosticada durante a gestação e a grávida experimenta, então, todas as reações associadas à vivência do luto, pela "morte da gravidez idealizada". Surgem sentimentos de culpa, raiva, censura.

A hospitalização, tão comum quanto por vezes necessária no seguimento da gravidez de alto risco, deve ser considerada como outro fator estressante adicional. Conscientiza-se a grávida da sua doença; é afastada do suporte familiar; vive conflito entre a dependência imposta e a perda de autonomia (perda do controle sobre si e sobre a gravidez).

Devem ser levadas em conta, ainda neste contexto emocional, as reações da família, muito semelhantes às da grávida (ambivalência, culpa, raiva, luto, etc.). No grupo familiar, o parceiro desempenha papel importante, por reações que podem se manifestar por meio de apoio e companheirismo ou sentimentos de exclusão, ressentimento, agressividade, culpa e outros.

Considere-se, neste ambiente emocional, o papel da equipe assistencial sob a ótica da gestante: a equipe é inominada, onipotente, autoritária, distante, fria, malhumorada, "de falar difícil", e pouco comunicativa. Por outro lado, o médico também é visto pela grávida como super-homem ou de idade, capaz de salvar a vida dela e de seu filho. Mas também é importante a visão que a equipe tem de si mesma, pois os sentimentos e emoções são intercambiáveis com os da gestante. A equipe trabalha entre dificuldades diagnósticas e terapêuticas; com cobranças por parte da gestante, da família ou da instituição, obrigando-se, muitas vezes, à "política de resultados"; conta-se ainda, o estresse profissional, podendo viver emoções tipo "montanha-russa".

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 362

Desta forma, a equipe de saúde precisa ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que rodeia o acompanhamento da gestação de alto risco. Uma atividade que pode contribuir tanto para reduzir o estresse da equipe como para aprofundar o entendimento de quais serão os melhores encaminhamentos é a discussão do caso com os vários integrantes da equipe, incluindo o psicólogo, que tem o preparo profissional para ajudar a equipe a lidar com as dificuldades emocionais envolvendo gestantes de risco.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 363

IMPORTÂNCIA MÉDICO-LEGAL DOS REGISTROS PRECISOS E DO PARTOGRAMA

O mundo contemporâneo cria novas formas de integração e comunicação envolvendo o surgimento de redes de informações que visam não só informar a população como também assegurar os direitos do cidadão. Os desafios a serem enfrentados para viabilizar esses direitos vão desde a promulgação das leis até a efetivação dos processos, superando todas as barreiras burocráticas das instituições.

Estudos têm analisado o impacto do uso das várias fontes de informação na melhoria da qualidade de assistência à saúde das pessoas. O grande desafio é fazer com que os dados registrados ou informatizados estejam de fato disponíveis para o acesso dos usuários que os necessitam. A verdade é que muitas vezes esses registros ou não estão disponíveis, ou não existem, deixando a maioria da população desinformada, e assim violando seus direitos.

Observa-se uma verdadeira desvalorização cultural dos registros nas instituições públicas e privadas, que se evidencia no preenchimento deficiente das fontes primárias, sejam elas prontuários, cartão de acompanhamento, ficha de evolução, partograma, fichas de notificação etc.

Os serviços de saúde têm atribuições, objetivos e funções sociais distintas, e suas atividades envolvem diferentes níveis de complexidade, exigindo um conhecimento técnico-científico por parte dos profissionais. Na prática percebe-se que as unidades de saúde são estruturas burocratizadas, envolvidas em rotinas autoritárias, onde a tarefa de informar não é importante, mesmo quando existem princípios éticos e legais que asseguram esta prática, como o da integralidade na assistência.

Com o avanço técnico e científico e a ampliação da complexidade dos serviços de saúde surge a imperativa necessidade de adoção de normas, procedimentos, fluxos e registros como instrumentos de avaliação de qualidade do atendimento, demonstrando suas falhas e apontando soluções prioritárias.

A ausência de dados necessários para o esclarecimento das condutas adotadas pode ser observada rotineiramente nos formulários oficiais existentes nas unidades e tem sido apontada com frequência nos relatórios de investigação epidemiológica ou mesmo nas solicitações legais, quando necessárias para auxílio da Justiça.

A inexistência dessas informações também tem contribuído para um aumento dos erros terapêuticos, ao dificultar uma melhor avaliação dos casos e uma adequada intervenção, além de favorecer a impunidade.

Nos casos de óbito, a insuficiência de informações registradas se reflete na dificuldade da definição da causa básica do óbito. Considerando que a mortalidade materna tem alta magnitude e transcendência, o Ministério da Saúde estabeleceu compromisso de reduzir esta mortalidade. Reconhece que a identificação dos principais fatores de risco associados à morte possibilita a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências. Nesse sentido, regulamenta a investigação de todos os óbitos

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 365

maternos como disposto na portaria MS/GM n° 1.119, de 5 de junho de 2008. O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação é a declaração de óbito (DO), adequadamente preenchida em todos os campos.

O art. 8° dessa mesma portaria define que todos os consultórios médicos, unidades de saúde ou qualquer outro serviço assistencial deverão, no prazo de 48 horas da solicitação da equipe de vigilância de óbitos maternos, franquear o acesso aos prontuários das mulheres sob os seus cuidados que faleceram, nas condições e no período previstos no parágrafo 1º do art. 2º ou durante o período denominado idade fértil (10 a 49 anos), para viabilizar o início oportuno da investigação da ocorrência. (BRASIL, 2008).

Diante de todos os avanços técnicos-científicos, a complexidade dos serviços de saúde regulada pelas normas, procedimentos e leis existentes recomenda que todos os profissionais de saúde mantenham os instrumentos de registro adequadamente preenchidos em todas as etapas do atendimento: anamnese, exame físico, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e encaminhamentos. Segundo recomenda o Manual Técnico do Ministério da Saúde, a anamnese deve ser feita de forma completa, registrando antecedentes pessoais e familiares, as características individuais, condições socioeconômicas, história reprodutiva pregressa, doença obstétrica atual e intercorrências clínicas. As orientações de um exame completo e adequado registro devem ser seguidas em todas as etapas do atendimento, visando a uma assistência integral e de qualidade às gestantes.

Nos procedimentos relativos ao pré-natal de alto risco, esses cuidados devem ser redobrados, uma vez que essa gestante poderá precisar ser avaliada por vários profissionais. Ressalte-se que nos serviços públicos de saúde as gestantes, na sua grande maioria, mesmo as de alto risco, não têm garantia de serem acompanhadas no parto pelo profissional que realizou o seu pré-natal.

O Ministério da Saúde, conselhos profissionais federais e estaduais, cumprindo suas atribuições, estabelecem normas e procedimentos para o acompanhamento do pré-natal e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Nessas resoluções é assinalado como dever do médico fazer constar no prontuário das gestantes as informações de que os exames anti-HIV, hepatite B e para a sífilis foram solicitados, bem como o consentimento ou negativa da mulher em realizar os exames.

Outro precioso instrumento que deve ser valorizado e devidamente preenchido é o cartão da gestante, que deve estar sempre à mão da mesma para qualquer eventualidade e, quando bem preenchido, pode ajudar muito os profissionais que atenderão as possíveis intercorrências, pois não estarão de posse do prontuário da unidade de saúde.

Considerando que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres e que os agravos à saúde da mulher e do recém-nascido podem ser decorrentes de uma assistência obstétrica de baixa qualidade, a Organização Mundial da Saúde, reforçada pelo projeto de maternidade segura do MS, determina como norma orientadora a utilização do Partograma em todas as maternidades públicas e privadas do País. Este documento deve, portanto, fazer parte do prontuário médico das parturientes. Saliente-se que o partograma é considerado instrumento legal importante de proteção à atividade profissional.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 366

Partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar, documentar, diagnosticar distocias e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, e ainda evitar intervenções desnecessárias, melhorando a qualidade da atenção ao nascimento. No partograma o tempo de trabalho de parto é registrado em horas, a partir da hora zero, momento em que se deve abrir, rigorosamente, o horário de hora em hora, para a contagem do tempo de trabalho de parto; a hora real é aquela em que se inicia o registro.

Os profissionais de saúde convivem hoje com uma nova realidade nos serviços de assistência, surge a cada dia um processo contra um médico ou um serviço, no que é denominado medicina defensiva. Nesse enfrentamento o profissional precisa ter os seus direitos também assegurados, e para tanto é necessário o cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos na legislação vigente. É preciso que todos se conscientizem da importância do registro médico, principalmente naqueles casos onde acontece alguma intercorrência, onde as anotações serão consideradas ferramentas fundamentais na elucidação dos casos nos fóruns, tanto administrativos como legais, podendo representar importante ferramenta na defesa do profissional. O registro realizado nos serviços de saúde é um direito que deve ser assegurado a todos e, mais que isso, é uma atitude de cidadania.

O profissional de saúde deve estar em completa sintonia com os direitos assegurados à gestante; eles devem ser respeitados para que se garanta uma gravidez saudável e um parto seguro. É importante que os direitos trabalhistas também sejam respeitados e é direito da gestante a declaração de comparecimento quando for às consultas do pré-natal ou fizer algum exame necessário ao acompanhamento de sua gravidez.

Finalmente, é importante reiterar a necessidade do adequado preenchimento de todos os instrumentos de registro disponíveis, para que a assistência prestada à gestação seja de qualidade; com isso se asseguram os direitos da gestante, lembrando que o prontuário não pertence ao serviço e deve estar disponível para qualquer tipo de esclarecimento solicitado pela gestante ou por uma autoridade judiciária.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 367

A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

A redução da morbimortalidade materna e perinatal está diretamente relacionada com o acesso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, no nível de complexidade necessário. Por isso, é necessário que estados e municípios organizem a rede de atenção obstétrica, que contemple todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e responsabilidades correspondentes.

O atendimento pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades de toda a população de gestantes de sua área de atuação por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados e disponíveis. Além disso, deve-se proporcionar facilidade de acesso e continuidade do acompanhamento. Por isso, é de extrema relevância o trabalho das equipes de Saúde da Família (SF) (ou das equipes das UBS tradicionais), com o mapeamento da população da sua área de abrangência, respectiva classificação de risco das gestantes e a identificação dos equipamentos de saúde responsabilizados para atendimento em cada caso específico.

A estruturação da rede implica na disponibilidade de serviços de pré-natal para o baixo e alto risco, planejamento familiar, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos incluindo os de alto risco, leitos de UTI neonatal e para adultos, leitos de berçário para cuidados intermediários, assim como, eventualmente, a constituição de casas de apoio a gestantes de risco com dificuldades de acesso geográfico ou a puérperas que sejam mães de bebês que necessitam permanecer internados. Também implica na humanização do atendimento por meio da sensibilização e da atualização profissional das equipes do sistema como um todo. Esses serviços podem coexistir num mesmo município ou estar organizados em uma região de saúde. Os parâmetros de assistência pré-natal e ao parto já são estabelecidos, porquanto os gestores têm como saber qual é a demanda e qualificar a rede, com adequação da cobertura, capacitação de recursos humanos e elaboração de protocolos.

Embora essas ações já venham sendo preconizadas pelo Ministério da Saúde desde 2000 no Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) – Portarias nº 569, nº 570, nº 571 e nº 572 –, ainda encontram-se deficiências e estrangulamentos, principalmente para partos de alto risco. Por isso, as centrais de regulação têm papel fundamental na rede e devem ser implantadas ou modernizadas de modo a permitir uma melhor distribuição e atendimento de toda a demanda de modo eficiente, eficaz e efetivo. Contudo, essas centrais de regulação só conseguem gerenciar o fluxo adequado quando o mapeamento da rede e sua estruturação estão devidamente pactuados com os gestores locais (estaduais, municipais, regionais e dos serviços).

Nesse sentido, é preciso definir as responsabilidades de cada unidade de saúde na linha de produção do cuidado à gestante com sua devida estratificação de risco, incluindo a especificidade da gestação de alto risco, as competências da unidade de saúde e as competências da maternidade na assistência à gestante de alto risco. Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 369

é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.

O ponto de interlocução da rede assistencial é a atenção básica de saúde, que é responsável pela captação precoce das gestantes, atendimento ao pré-natal de risco habitual, identificação de gestantes de alto risco e encaminhamento para os serviços de referência. Para que isso ocorra com eficiência, os serviços de atenção básica devem estar equipados adequadamente e possuir a capacidade instalada de fornecer o apoio diagnóstico necessário, com disponibilidade de exames e medicamentos básicos, assim como oferecer atendimento periódico e contínuo extensivo à população sob sua responsabilidade.

A captação precoce das gestantes e o início imediato da assistência pré-natal com avaliação de riscos pode ser facilitada pela utilização dos meios de comunicação, visitas domiciliares e atividades educativas coletivas, porém o serviço deve proporcionar rapidez e eficiência no atendimento, pois para se vincular ao serviço a gestante precisa perceber uma qualidade que corresponda à sua expectativa. A qualidade da assistência pré-natal prestada também é fundamental para um melhor resultado, ou seja, redução de mortalidade e morbidade materna e perinatal evitáveis. Assim, a assistência deve ser resolutiva e capaz de detectar e atuar sobre as situações de risco real.

A linha de cuidado das gestantes pressupõe o acompanhamento por parte das equipes da estratégia da Saúde da Família ou da atenção básica tradicional, mesmo quando são de alto risco, em conjunto com o atendimento dos serviços de referência/especializados. Para isso um sistema de referência e contrarreferência eficiente é fundamental. A gestação de risco que demandar referência poderá ser encaminhada primeiramente aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) ou ambulatórios de referência que, havendo necessidade de atendimento mais especializado, poderão encaminhar aos ambulatórios de nível terciário, com especialistas.

Cabe ainda destacar a importância da abordagem integral às mulheres, considerando-se as especificidades relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, trabalho, renda e atividades laborais, possibilidade de situação de violência doméstica e sexual, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras. Essa atenção implica na valorização de práticas que privilegiem a escuta e a compreensão sobre os diversos fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação.

O acolhimento da gestante pela equipe de saúde, independentemente dos fatores acima relacionados e despido de julgamentos, além de qualificar a assistência, possibilitará o estabelecimento de vínculos, maior responsabilização pelo processo de cuidado, e o manejo sobre situações de vulnerabilidade relacionadas ao processo saúde-doença, sejam elas individuais, sociais e até mesmo programáticas.

Entende-se que tal abordagem seja de fundamental importância na organização dos serviços para a assistência ao pré-natal de alto risco, permitindo que as gestantes possam ocupar o espaço de protagonistas no processo de cuidado de sua saúde, estabelecendo parceria com os profissionais para a obtenção de melhores resultados.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 370

CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL EM GESTANTES DE ALTO RISCO

A boca é um órgão de vascularização intensa e por isso todas as mudanças fisiológicas e imunológicas influenciam nas estruturas da cavidade bucal, levando a um maior ou menor grau de gravidade, sendo que na gestação ocorrem alterações diversas, desde hormonais e biológicas até comportamentais. Como já mencionado, durante o pré-natal é necessário que o acompanhamento da gestante seja multiprofissional, incluindo o odontólogo, e o prontuário deve ser único, para que todos profissionais possam acompanhá-la integralmente, conhecendo a problemática já identificada.

Assim que a gestante iniciar o seu pré-natal é importante que o seu médico (a), enfermeiro(a) ou agente comunitário de saúde faça o encaminhamento para o profissional da área de saúde bucal, para que busquem integrar o atendimento/acompanhamento. A integração da equipe com este profissional é de suma importância para o diagnóstico precoce das condições patológicas orais, a exemplo das doenças periodontais, que podem levar à ocorrência de parto prematuro.

Qualquer doença periodontal advém da má higienização da boca. Quando associada a outros fatores predisponentes, como alterações hormonais, hipertensão, diabetes ou xerostomia, acarreta uma maior susceptibilidade/sensibilidade da gengiva aos efeitos tóxicos dos produtos bacterianos.

A interação interdisciplinar quanto à orientação da dieta balanceada indica a necessidade de diminuir o consumo de alimentos adocicados e aumenta a ingestão de líquidos, no intuito de atuar na diminuição do risco de doenças bucais, assim como de outras doenças associadas, como, por exemplo, a xerostomia.

Também são necessárias orientações preventivas: pelo motivo da ingestão mais frequente de alimentos, a higienização também deverá ser mais frequente, com escova e fio dental. Há gestantes que, por estarem sentindo náuseas, acabam negligenciando a higiene da boca. Os profissionais devem atentar na identificação de suas causas e propor outras alternativas.

Em qualquer fase do período gestacional a grávida poderá ser tratada pelo cirurgião dentista. Aquelas cuja gravidez tem curso normal, bom prognóstico e cujo tratamento envolve apenas a prevenção, profilaxia e restaurações simples, deverão ser atendidas na Unidade Básica de Saúde (UBS), pois o tratamento não oferece riscos a ela ou ao bebê. As gestantes com alterações sistêmicas não controladas, como diabetes ou outras condições que implicam risco maior deverão ser encaminhadas para Centros de Atendimentos Especializados em Odontologia, a exemplo dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), para receber o atendimento necessário e adequado, de acordo com sua fase gestacional. O profissional dentista da unidade básica de saúde vai continuar acompanhando essa gestante nas consultas de pré-natal de rotina.

As doenças bucais, especialmente a doença periodontal, tem sido associadas a diversas condições patológicas perinatais, incluindo o parto prematuro, a rotura prematura de membranas e a ocorrência de baixo peso. Embora os estudos controlados

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 371

não demonstrem um claro efeito do tratamento da doença periodontal na diminuição destas condições, provavelmente por serem multifatoriais, recomenda-se sobretudo que a prevenção com a higiene bucal seja enfaticamente realizada durante a gestação, pois acredita-se que isso exerça um papel sinérgico junto com outras medidas dirigidas à prevenção do parto prematuro.

Como a gravidez é um estágio de mudanças na vida da mulher, que fazem com que ela esteja mais disposta a mudar também seus hábitos, essa é a oportunidade ímpar para que os profissionais a orientem na aquisição de hábitos de higiene bucal saudáveis.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 372

Definições

Hipertensão arterial

Pressão arterial igual ou maior que 140/90mmHg baseada na média de pelo menos duas medidas. Considera-se pressão sistólica o primeiro ruído (aparecimento do som) e a pressão diastólica o quinto ruído de Korotkoff (desaparecimento do som).

A pressão arterial deve ser mensurada com a gestante sentada, com o braço no mesmo nível do coração e com um manguito de tamanho apropriado. Se for consistemente mais elevada em um braço, o braço com os maiores valores deve ser usado para todas as medidas.

Para a medida da pressão arterial, deve-se dar preferência aos aparelhos de coluna de mercúrio ou aneroides calibrados. Os aparelhos automáticos (digitais) só devem ser utilizados se forem corretamente validados para uso em pré-eclâmpsia.

Proteinúria

A proteinúria é definida como a excreção de 0,3g de proteínas ou mais em urina de 24 horas, ou 1+ ou mais na fita em duas ocasiões, em uma determinação de amostra única sem evidência de infecção. Devido à discrepância entre a proteinúria de amostra única e a proteinúria de 24 horas na pré-eclâmpsia, o diagnóstico deve ser baseado em exame de urina de 24 horas. Outra alternativa é a relação proteína/creatinina urinária em coleta única de urina. Nessa técnica, o resultado da divisão do valor da proteinúria pela creatinina urinária (em mg/dL) ≥ 0,3 tem uma boa correlação com a proteinúria na urina de 24 horas ≥ 0,3g.

Plaquetopenia

Menos de 100.000/mm^3, com maior gravidade quando menor que 50.000/mm^3.

Elevação de enzimas hepáticas

- Aspartato aminotransferase (AST) ou Transaminase Glutâmico Oxalacética (TGO) e Alanina aminpotransferase (ALT) ou Transaminase Glutâmico Pirúvica (TGP) >60U/L, e
- Desidrogenase láctica (DHL) >600U/L.

Anemia microangiopática

- Bilirrubina acima de 1,2mg/dL, e
- Presença significativa de esquizócitos em sangue periférico (>5% no campo microscópico).

Classificação das síndromes hipertensivas da gravidez

Hipertensão crônica

Observada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto.

Pré-eclâmpsia/eclâmpsia

Hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrópsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas.

Um aumento de 30mmHg na pressão sistólica ou 15mmHg na diastólica quando os valores absolutos estejam abaixo de 140/90mmHg não deve ser usado como critério diagnóstico. Na presença de um aumento de 30mmHg na sistólica ou 15mmHg na diastólica, deve-se fazer medidas de pressão e consultas mais frequentes, com observação mais amiúde, especialmente se houver proteinúria e hiperuricemia (ácido úrico maior ou igual a 6mg/dL).

A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios:

- Pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg
- Proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária
- Oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora)
- Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL
- Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais)
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito
- Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia
- Plaquetopenia (<100.000/mm^3)
- Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas
- Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico

Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são:

- Acidente vascular cerebral
- Sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose
- Presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrâmnio

A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma 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.

Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica

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

após a 20ª semana de gravidez. Pode surgir trombocitopenia (plaquetas <100.000/mm^3) e ocorrer aumento nas enzimas hepáticas.

Hipertensão gestacional (sem proteinúria)

Como a proteinúria pode aparecer tardiamente, o diagnóstico será retrospectivo, sendo necessário afastar pré-eclâmpsia. Deve-se seguir as condutas clínicas e obstétricas recomendadas para pré-eclâmpsia.

(1) hipertensão transitória da gravidez: a pressão retorna ao normal até 12 semanas após o parto (diagnóstico retrospectivo) ou

(2) hipertensão crônica: a elevação da pressão arterial persiste além de 12 semanas após o parto.

O edema ocorre com muita frequência em gestantes e por isso não deve ser usado como discriminador neste esquema de classificação.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial das síndromes hipertensivas da gravidez se baseia na classificação. Em algumas situações outras investigações devem ser realizadas para contribuir para um maior esclarecimento:

Gestantes de alto risco que apresentam pressão arterial normal:

- História de aumento da pressão antes da concepção ou em gestação prévia, especialmente antes de 34 semanas;
- Diabetes, doença do colágeno ou doença renal vascular ou parenquimatosa;
- Mulheres com gestação múltipla.

Realizar precocemente na gravidez para comparação posterior: hematócrito, hemoglobina, contagem de plaquetas, creatinina, ácido úrico. A presença de proteinúria 1+ ou mais em amostra única de urina deve ser seguida de uma determinação da proteinúria de 24 horas e cálculo do clearance de creatinina. Nestas gestantes também deve ser realizada uma datação acurada da idade gestacional, de preferência com ultrassonografia precoce. Deve-se realizar ainda um exame de ultrassonografia adicional com 25 – 28 semanas para avaliação do crescimento fetal.

Gestantes que apresentam hipertensão antes de 20 semanas de gestação:

A maioria destas gestantes têm ou irá desenvolver hipertensão essencial. Mulheres jovens com hipertensão preexistente ou gestacional precoce devem ser submetidas à avaliação de hipertensão secundária (doença renal, hipertensão renovascular, aldosteronismo primário, síndrome de Cushing e feocromocitoma). Deve-se realizar os mesmos exames acima descritos.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 375

Gestantes que apresentam hipertensão após a segunda metade da gravidez ou que apresentam agravamento de hipertensão prévia

O quadro 1 sumariza os exames laboratoriais e a justificativa para realizá-los de duas em duas semanas ou mais frequentemente se as circunstâncias clínicas levam à hospitalização da gestante. Servem para distinguir a pré-eclâmpsia da hipertensão crônica, assim como para avaliar o progresso e a gravidade da doença. Em mulheres com pré-eclâmpsia, uma ou mais anormalidades podem estar presentes mesmo quando a elevação da pressão arterial for mínima.

Quadro 1. Avaliação laboratorial e sua justificativa para gestantes que desenvolvem hipertensão após a segunda metade da gravidez ou que apresentam agravamento de hipertensão prévia.

Exame	Justificativa
Hemoglobina e hematócrito	A hemoconcentração apoia o diagnóstico de pré-eclâmpsia e é um indicador de gravidade. Os valores podem estar diminuídos, entretanto, se a doença se acompanha de hemólise.
Contagem de plaquetas	A trombocitopenia sugere pré-eclâmpsia.
Quantificação da excreção de proteína na urina	Hipertensão na gravidez com proteinúria deve ser considerada pré-eclâmpsia (pura ou sobreposta) até prova em contrário.
Nível sérico de creatinina	Níveis anormais ou em elevação da creatinina, especialmente com oligúria, sugerem pré-eclâmpsia grave.
Nível sérico de ácido úrico	Níveis séricos aumentados de ácido úrico sugerem o diagnóstico de pré-eclâmpsia e correlacionam-se com restrição de crescimento intrauterino.
Níveis séricos de transaminases	Níveis séricos de transaminases em elevação sugerem pré-eclâmpsia grave com envolvimento hepático.
Nível sérico de albumina, desidrogenase lática, esfregaço sanguíneo e perfil de coagulação (TAP, KPTT ou coagulograma).	Em gestantes com doença grave, estes exames indicam a extensão da lesão endotelial (hipoalbuminemia), a presença de hemólise e possível coagulopatia, incluindo trombocitopenia.

Conduta nas síndromes hipertensivas da gravidez

Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia

A presença de aumento rápido de peso, edema facial ou outros sintomas sugestivos da doença requerem uma monitoração mais rigorosa da pressão arterial e a detecção de proteinúria. Se a pressão começar a aumentar, a gestante deve ser reavaliada dentro de 1 a 3 dias. Assim que se tiver o diagnóstico (ver classificação), a conduta dependerá da gravidade e da idade gestacional.

Pré-eclâmpsia leve

As gestantes com **pré-eclâmpsia leve,** de preferência, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta normossódica e repouso relativo.

Na **avaliação das condições maternas** deve constar**:**

- PA de 4/4h durante o dia;

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 376

- Pesagem diária;
- Pesquisa de sintomas de iminência de eclâmpsia:
  - Cefaleia frontal ou occipital persistente;
  - Distúrbios visuais (escotomas, diplopia, amaurose);
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, acompanhada ou não de náuseas e vômitos;
- Hiper-reflexia;
- Proteinúria na fita ou proteinúria de 24 horas;
- Hematócrito e plaquetas;
- Provas de função renal e hepática.

Não há necessidade de tratamento medicamentoso.

Avaliação das condições fetais:

- Contagem de movimentos fetais diariamente;
- Avaliação do crescimento fetal e do líquido amniótico. Se os resultados estiverem normais, repetir o teste a cada três semanas;
- Cardiotocografia basal (CTB), se disponível. Se a CTB for reativa, repetir semanalmente;
- A reavaliação materna e fetal deve ser imediata se ocorrerem mudanças abruptas nas condições maternas, redirecionando a conduta.

Nas gestações pré-termo, o controle ambulatorial pode ser iniciado após a hospitalização se confirmadas condições materno-fetais estáveis, com as seguintes recomendações:

- Consultas semanais;
- Repouso relativo (evitar grandes esforços);
- Pesar diariamente pela manhã;
- Proteinúria na fita semanalmente pela manhã;
- Medir a pressão arterial pelo menos uma vez ao dia.

A presença dos seguintes sinais e sintomas demanda **retorno imediato ao hospital:**

- PA ≥ 150/100mmHg;
- Proteinúria na fita ++ ou mais;
- Aumento exagerado de peso;
- Cefaleia grave e persistente.

- Dor abdominal persistente, principalmente na região epigástrica e hipocôndrio direito;
- Sangramento vaginal;
- Presença de contrações uterinas regulares;
- Presença de distúrbios visuais como diplopia, fotofobia, escotomas etc.;
- Náusea ou vômitos persistentes;
- Diminuição dos movimentos fetais.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 377

Indicações para o parto

A antecipação do parto é o único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia e as indicações estão no quadro abaixo:

Quadro 2. Indicações para o parto na pré-eclâmpsia	
Maternas	**Fetais**
Aumento persistente da pressão arterial até níveis de gravidade.	Restrição grave do crescimento fetal.
Cefaleia grave e distúrbios visuais persistentes.	Suspeita ou comprometimento da vitalidade fetal.
Dor epigástrica grave persistente, náuseas ou vômitos.	Oligohidrâmnio (Índice de líquido amniótico <p10 para a idade gestacional).
Contagem de plaquetas <100.000/mm^3.	Idade gestacional confirmada de 40 semanas.
Deterioração progressiva da função hepática.	
Deterioração progressiva da função renal.	
Suspeita de descolamento de placenta.	
Trabalho de parto ou sangramento .	

Pré-eclâmpsia grave

As gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave deverão ser internadas, solicitados os exames de rotina e avaliadas as condições maternas e fetais (vide quadro 3). Avaliar necessidade de transferência para unidade de referência, após a estabilização materna inicial.

Se a idade gestacional for maior ou igual a 34 semanas de gestação, devem ser preparadas para interrupção da gestação.

A conduta conservadora pode ser adotada em mulheres com pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 33:6 semanas, através de monitoração materno-fetal rigorosa, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos. As gestantes nessas condições devem ser admitidas e observadas por 24 horas para determinar a elegibilidade para a conduta e nesse período serão manejadas como se segue:

- Administração de sulfato de magnésio (ver adiante);
- Uso de corticoide (betametasona 12mg, a cada 24 horas, 2 aplicações IM);
- Administração de anti-hipertensivos de ação rápida (Hidralazina ou Nifedipina);
- Infusão de solução de Ringer lactato a 100-125ml/h;
- Exames laboratoriais: hemograma completo com plaquetas, creatinina sérica, ácido úrico, AST/TGO, ALT/TGP, desidrogenase lática, proteinúria de 24 horas;
- Dieta suspensa (permitir pequenas ingestões de líquidos claros e medicação oral).

Após o período inicial de observação, confirmando-se a elegibilidade materno-fetal para a conduta expectante, adota-se o seguinte:

- Interrupção do sulfato de magnésio;
- Determinação da PA a cada 4-6 horas;
- Contagem de plaquetas diariamente;
- TGO/ AST, ALT/TGP, creatinina e bilirrubina de 2 em 2 dias;
- Repetir a proteinúria de 24 horas semanalmente;

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 378

- Uso de medicação anti-hipertensiva para manter a pressão entre 140/90 e 150/100mmHg (Alfametildopa até 2g, associada a Nifedipina, ou Betabloqueador, ou Hidralazina);
- Se as condições maternas estão estáveis, realizar CTB diariamente e PBF duas vezes por semana;
- Avaliação do crescimento fetal por ultrassonografia a cada duas semanas;
- Dopplerfluxometria fetal semanalmente.

Nas gestantes em manejo conservador, o parto deve ser realizado pela via apropriada de acordo com os critérios delineados nos quadros 3 e 4.

Quadro 3. Critérios para antecipação terapêutica do parto segundo as condições maternas na pré-eclâmpsia grave longe do termo

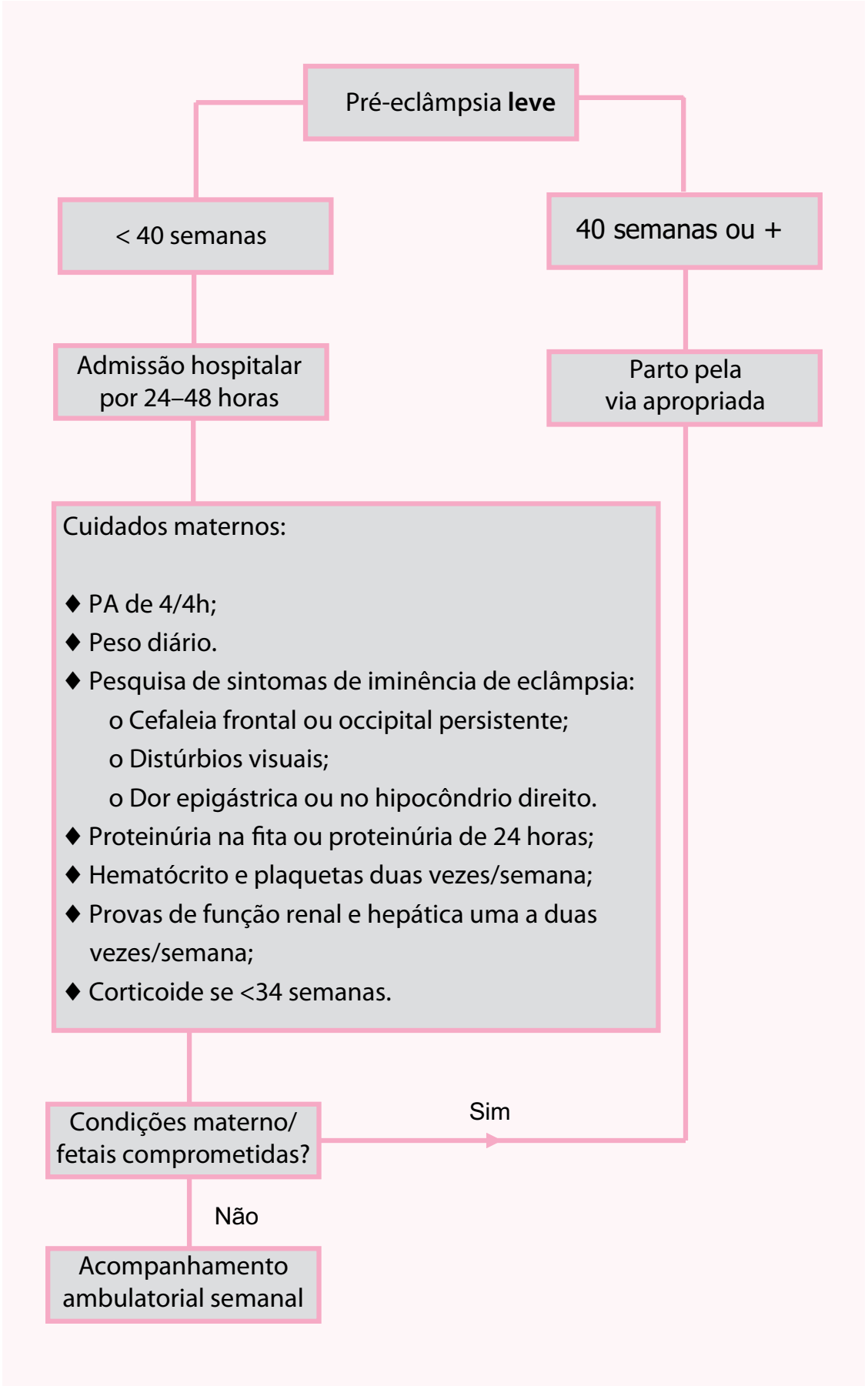
Conduta	Achados Clínicos
Antecipação do parto	Um ou mais dos seguintes: • Pressão arterial persistentemente ≥160/110mmHg apesar de doses máximas de duas medicações anti-hipertensivas; • Evolução para eclâmpsia; • Plaquetas <100.000/mm³; • TGO ou TGP >2x acima do limite de normalidade com dor epigástrica ou em hipocôndrio direito; • Edema pulmonar; • Elevação progressiva da creatinina sérica; • Oligúria (diurese <25ml/hr); • Proteinúria maciça >5g/ 24 horas; • Descolamento de placenta; • Cefaleia ou distúrbios visuais persistentes.
Expectante	Nenhum dos achados acima.

Quadro 4. Critérios para antecipação do parto segundo as condições fetais na pré-eclâmpsia grave longe do termo

Conduta	Achados Clínicos
Antecipação do parto	Um ou mais dos seguintes: • Comprometimento dos testes de avaliação da vitalidade fetal; • Oligohidrâmnio; • Restrição do crescimento fetal.
Expectante	Nenhum dos achados acima.

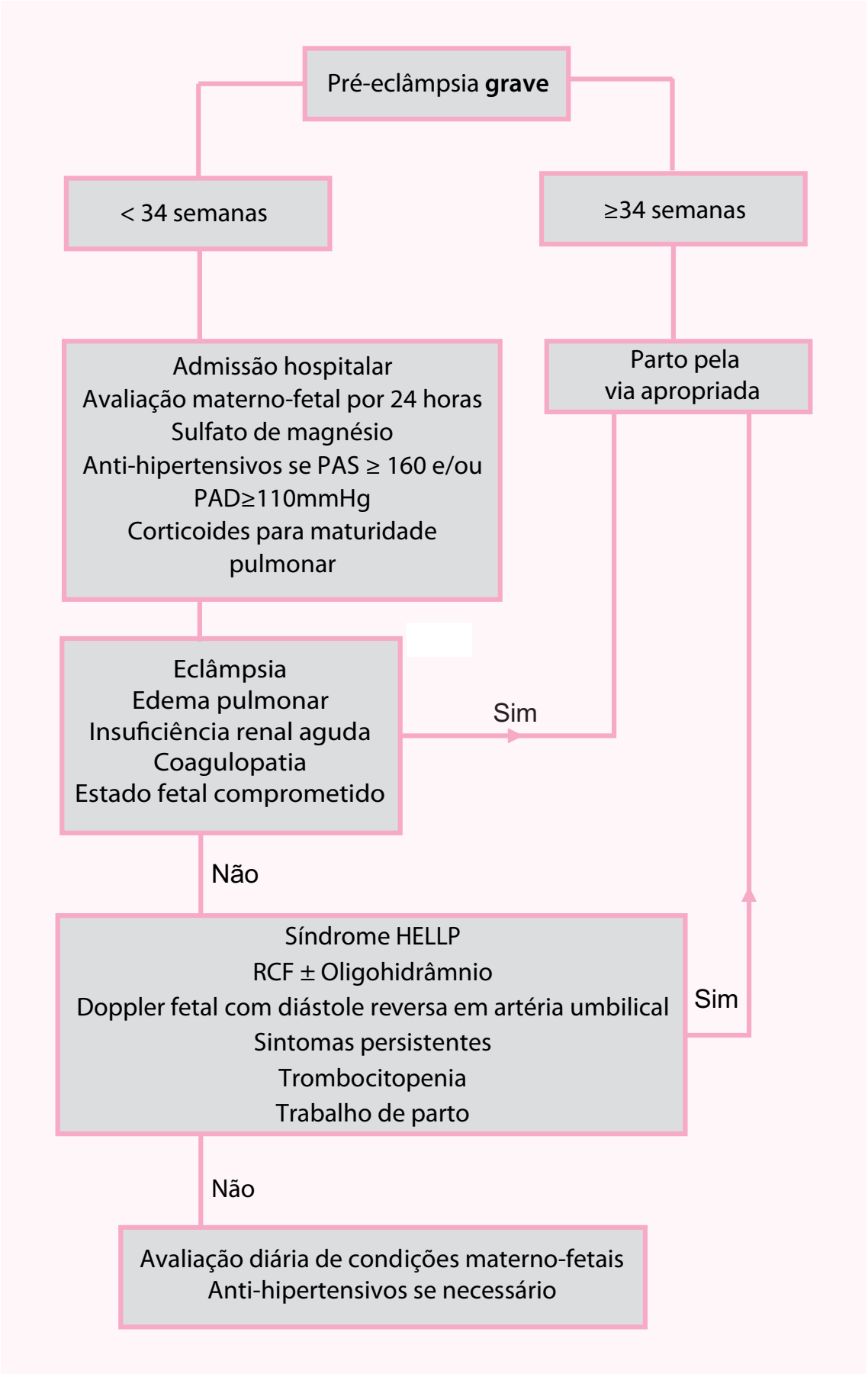
Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 379

Fluxograma de decisões na pré-eclâmpsia leve



Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 380

Fluxograma de decisões na pré-eclâmpsia grave



Eclâmpsia

A ocorrência de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia caracteriza o quadro de eclâmpsia. A conduta clínica visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais.

Cuidados Gerais

- Manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível
- Decúbito elevado a 30° e face lateralizada
- Cateter nasal com oxigênio (5l/min)
- Punção de veia central ou periférica calibrosa
- Cateter vesical contínuo

A conduta obstétrica visa à estabilização do quadro materno, à avaliação das condições de bem-estar fetal e a antecipação do parto, em qualquer idade gestacional. Após a estabilização do quadro, iniciar os preparativos para interrupção da gestação.

Terapia anticonvulsivante

A terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é a droga de eleição para tal. Deve ser utilizado nas seguintes situações:

- Gestantes com eclâmpsia
- Gestantes com pré-eclâmpsia grave admitidas para conduta expectante nas primeiras 24 horas
- Gestantes com pré-eclâmpsia grave nas quais se considera a interrupção da gestação
- Gestantes com pré-eclâmpsia nas quais se indica a interrupção da gestação e existe dúvida se a terapia anticonvulsivante deve ser utilizada (a critério do médico assistente)

O sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. Quando iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose.

Dose do sulfato de magnésio

Dose de ataque – 4,0g (8,0ml de sulfato de magnésio a 50% com 12,0ml de água bidestilada) em infusão endovenosa lenta (aproximadamente 15 minutos) ou 5,0g (10ml de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular em cada nádega.

Dose de manutenção – 1,0g/hora (10ml de sulfato de magnésio a 50% com 490ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora em bomba de infusão) ou 2,0g/hora (20ml de sulfato de magnésio a 50% com 480ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora em bomba de infusão) ou 5,0g (10ml de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular de 4 em 4 horas.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 382

Cuidados com o uso do sulfato de magnésio

- A administração da dose de manutenção deverá ser suspensa caso a frequência respiratória tenha menos de 16 incursões por minuto, os reflexos patelares estejam completamente abolidos ou a diurese seja inferior a 100ml durante as 4 horas precedentes.
- Deve-se utilizar agulha longa e técnica em zigue-zague para a administração intramuscular.
- O gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto. É indispensável manter sempre à mão uma ampola de 10ml, para aplicação imediata no caso de eventual parada respiratória, apesar desta raramente ocorrer quando são devidamente observadas as normas de aplicação e vigilância do sulfato de magnésio.
- Na recorrência de convulsões, utiliza-se mais 2g IV e aumenta-se a velocidade de infusão do sulfato de magnésio. Na persistência delas, com crises subentrantes, pode-se optar pela fenil-hidantoína, segundo o esquema:

Dose de ataque: 250mg + SG 5% 250ml IV em gotejamento até completar a dose total de 750mg.

Dose de manutenção: 100mg 8/8h IV e, a seguir, 100mg 8/8 h VO, até a alta.

Tratamento da hipertensão aguda

A terapia anti-hipertensiva deve ser adotada para níveis de pressão diastólica persistentemente acima de 105 ou 110mmHg. Em gestantes adolescentes cujos níveis anteriores estavam abaixo de 75mmHg deve-se considerar o tratamento para níveis acima de 100mmHg. Ver quadro 5 abaixo.

Quadro 5. Tratamento da Hipertensão Aguda Grave na Pré-eclâmpsia

PA =160mmHg sistólica e/ou =105mmHg diastólica se persistente

Nifedipina: Comece com 10mg oral e repita em 30 minutos se necessário. **OU**

Hidralazina**:** Comece com 5mg (IV) ou 10mg (IM). Se a pressão não controlar (queda de 20% nos níveis iniciais ou PAD entre 90 e 100mmHh), repita a intervalos de 20 minutos (5 a 10mg dependendo da resposta). Assim que a pressão estiver controlada, repita se necessário (geralmente em 3 horas). Se não houver controle após 20mg IV ou 30mg IM, considerar outra droga.

O Nitroprussiato de Sódio às vezes é necessário para a hipertensão que não responde às drogas acima e se houver sinais de encefalopatia hipertensiva. Comece a uma taxa de 0,25 microgramas/kg/min até uma dose máxima de 5 microgramas/kg/min. O envenenamento cianídrico fetal pode ocorrer se usado por mais de 4 horas. O seu uso está restrito às **unidades de terapia intensiva.**

Precauções: Hipotensão rápida e grave pode resultar da administração de qualquer uma das drogas acima, especialmente a nifedipina de ação rápida. O objetivo do controle da pressão em situações de emergência é o controle gradual da hipertensão até os níveis normais (130/80mmHg a 150/100mmHg). Na presença de hipotensão grave manejar com a infusão rápida de cristaloides.

Via de parto

O parto vaginal é preferível à cesariana para mulheres com pré-eclâmpsia/eclâmpsia, desse modo evitando o estresse adicional de uma cirurgia em uma situação

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 383

de alterações fisiológicas múltiplas. Medidas paliativas por várias horas não aumentam o risco materno se realizadas de forma apropriada. A indução do parto deve ser realizada de forma intensiva assim que a decisão para a interrupção for tomada. Em gestações longe do termo nas quais o parto é indicado e com condições maternas estáveis o suficiente para permitir que a gravidez possa ser prolongada por 48 horas, os corticoides devem ser administrados para acelerar a maturidade pulmonar fetal. A abordagem intensiva para a indução inclui um ponto final claro para o parto, de cerca de 24 horas após o início do processo. Em gestações ≥34 semanas com colo imaturo, recomenda-se realizar amadurecimento cervical sob monitoração intensiva. Se o parto vaginal não puder ser efetuado dentro de um período razoável de tempo, deve-se realizar a cesariana.

A anestesia neuraxial (epidural, espinhal ou combinadas) deve ser a técnica de eleição para o parto (vaginal ou cesárea), devendo-se evitar bloqueio motor no caso do parto vaginal. Na cesariana deve-se evitar a hipotensão por meio de técnica adequada e uso cuidadoso de expansão de volume. Deve-se discutir com o anestesiologista a melhor técnica de acordo com o estado da gestante. Nos casos de Síndrome *Hellp*, adotar anestesia geral.

Seguimento pós-parto

Mulheres que desenvolvem hipertensão na gravidez devem ser cuidadosamente avaliadas nos meses imediatamente após o parto e aconselhadas a respeito de futuras gestações e risco cardiovascular. Qualquer anormalidade laboratorial ou achado físico que não retorne ao normal antes da alta deve ser reavaliado na consulta de puerpério. A expectativa é que a hipertensão e outros sinais e sintomas ou disfunção orgânica associados à pré-eclâmpsia terão remissão seis semanas após o parto. Se as anormalidades persistirem, as gestantes deverão ser reexaminadas após seis semanas e, se a patologia mantiver, provavelmente tornou-se crônica.

Síndrome HELLP

É o quadro clínico caracterizado por hemólise (H = "hemolysis"), elevação de enzimas hepáticas (EL = "elevated liver functions tests") e plaquetopenia (LP = low platelets count ")". Embora acompanhe outras doenças, em Obstetrícia é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia.

Classificação Síndrome HELLP
COMPLETA
<100.000 plaquetas/ml
DHL ≥ 600UI/L e/ou BILIRRUBINA ≥1,2mg/dL e/ou esquizócitos
TGO ≥ 70UI/L
INCOMPLETA
Apenas um ou dois acima presentes

Conduta

A conduta a seguir representa uma abordagem básica do manejo de gestantes com síndrome *HELLP*.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 384

Antecipação do diagnóstico

Em toda gestante com suspeita de pré-eclâmpsia, os testes laboratoriais apropriados devem ser solicitados. Nas fases iniciais, apenas alterações moderadas na contagem de plaquetas e nos níveis de transaminases e desidrogenase láctica podem estar presentes. As seguintes alterações indicam uma chance de mais de 75% de morbidade materna grave: DHL >1.400UI/L, TGO >150UI/L, TGP >100UI/L e ácido úrico >7,8 mg/dL. A presença de náuseas, vômitos e/ou dor epigástrica é um fator de risco significativo de morbidade materna.

Avaliação das condições maternas

A triagem laboratorial básica para as gestantes com suspeita de síndrome *HELLP* é hemograma completo com plaquetas, urinálise, creatinina sérica, DHL, ácido úrico, bilirrubinas e transaminases. Os testes de tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial e fibrinogênio são reservados para aquelas mulheres com uma contagem de plaquetas abaixo de 100.000/ml. Outras avaliações como teste de Coombs para anemia hemolítica, lúpus eritematoso e pancreatite podem ser necessários dependendo das circunstâncias. Gasometria, oximetria de pulso, radiografia de tórax, cultura de urina e testes para hepatite poderão ser realizados dependendo da indicação. A avaliação serial da contagem de plaquetas, DHL e enzimas hepáticas deve ser feita a cada 12-24 horas ou mais frequentemente, se necessário.

Diagnóstico diferencial da Síndrome HELLP:

Hepatite virótica, cólica biliar, refluxo gastroesofágico, colecistite, lúpus eritematoso, úlcera gástrica, insuficiência renal aguda pós-parto, síndrome hemolítico-urêmica, púrpura trombocitopênica trombótica e púrpura trombocitopênica autoimune.

Condições que erroneamente podem ser confundidas com síndrome HELLP: Cardiomiopatia, aneurisma dissecante de aorta, intoxicação aguda por cocaína, hipertensão essencial e doença renal, fígado gorduroso agudo, doença da vesícula biliar, glomerulonefrite, lúpus eritematoso e doença hepática alcoólica.

Avaliação das condições fetais: parto imediato ou mais tardiamente?

Após a admissão, a idade gestacional deve ser confirmada e o estado fetal avaliado por cardiotocografia basal e/ou perfil biofísico e preferencialmente por dopplerfluxometria. As gestantes com gestação ≥ 34 semanas e todas com síndrome *HELLP* devem ser preparadas para parto vaginal ou abdominal dentro de 24 horas. Aquelas com gestações entre 24 e 34 semanas devem fazer uso de corticoide, mesmo se o parto não puder ser adiado pelo período ideal de 24–48 horas.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 385

Controle da pressão arterial

Tratar a pressão sistólica ≥ 150mmHg e manter a pressão diastólica entre 80-90mmHg.

Prevenção das convulsões com sulfato de magnésio

Dose de ataque de 4-6g por via intravenosa seguida de dose de manutenção de 1,5-4g/hora individualizada de acordo com a gestante. Monitorar reflexos patelares e débito urinário. A infusão deve ser continuada por 48 horas no puerpério.

Manejo de fluidos e eletrólitos

Um regime de fluidos recomendado é alternar [glicose a 5% com solução salina meio a meio] e solução de Ringer lactato a 100ml/hora, para manter um débito urinário de pelo menos 20ml/hora (de preferência 30-40ml/hora). A dose máxima de infusão deve ser 150ml/hora. A dosagem de eletrólitos pode ser realizada com os ajustes diários necessários. Na presença de oligúria, deve-se fazer uma ou duas infusões rápidas de 250-500ml de fluidos.

Utilização criteriosa de sangue e hemoderivados

A transfusão de plaquetas deve ser realizada para uma contagem de plaquetas de 50.000/µl ou menos em caso de parto por via abdominal. Seis unidades de plaquetas devem ser administradas imediatamente antes da incisão.

Manejo do trabalho de parto e parto

Em gestantes com gestações ≤ 34 semanas, a via de parto preferencial é a via abdominal, sendo a opção pela via vaginal também factível dependendo das condições maternas e amadurecimento cervical que permitam indução rápida do parto.

Tratar a gestante intensivamente no pós-parto

Todas as gestantes com síndrome *HELLP* devem ser tratadas em uma unidade de cuidados intensivos ou unidade de cuidados intermediários por quantas horas forem necessárias até que (1) a contagem de plaquetas demonstre uma tendência consistente de elevação e a DHL uma tendência consistente de diminuição, (2) a gestante tenha uma diurese de >100ml/hora por duas horas consecutivas sem infusão adicional rápida de fluidos ou sem diuréticos, (3) a hipertensão esteja bem controlada, com a sistólica em torno de 150mmHg e a diastólica <100mmHg e (4) a melhora clínica seja óbvia e não haja complicações significativas. A contagem de plaquetas e dosagem de DHL deverá ser realizada de 12/12 horas até a transferência da gestante para a enfermaria normal. O uso de dexametasona deverá ser continuado no pós-parto na dose de 10mg de 12/12 horas até que a contagem de plaquetas seja >100.000/µL, a DHL diminua, o débito urinário seja >100ml/hora e a gestante esteja clinicamente estável. Depois, a dose será diminuída para 5mg de 12/12 horas, por mais duas doses.

"RESGATE DE DEXAMETASONA" PARA A SÍNDROME HELLP
ANTEPARTO: 10mg IV de 12 em 12h
Sempre que plaquetas ≤ 50.000/µL

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 386

Alerta para o desenvolvimento de falência sistêmica de múltiplos órgãos

As mulheres com piora dos parâmetros da síndrome *HELLP* apresentam risco elevado de morbidade e mortalidade. As complicações que podem surgir são: rotura de hematoma hepático, insuficiência renal aguda, lesão pulmonar aguda e síndrome de angústia respiratória. A intubação e ventilação assistida podem ser necessárias em algumas gestantes.

Aconselhamento sobre gestações futuras

O risco de recorrência da síndrome *HELLP* pode variar de 19 a 27%. Se a gestação anterior terminou antes de 32 semanas, o risco de pré-eclâmpsia/eclâmpsia em uma gestação subsequente pode ser de até 61%. Outras populações podem apresentar um risco de recorrência de apenas 3-4%.

Hipertensão crônica

O quadro 6 apresenta a classificação da pressão em adultos.

Quadro 6. Classificação da pressão arterial para adultos com 18 anos ou mais de idade

	Pressão arterial, mmHg.	
Categoria	**Sistólica**	**Diastólica**
Normal	<120 **e**	<80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão:		
Estágio 1	140-159 **ou**	90-99
Estágio 2	≥160	≥100

Se a hipertensão for confirmada e particularmente se ela for estágio 2, a mulher deve ser avaliada para causas potencialmente reversíveis. Se estiver em uso de inibidores da enzima de conversão da Angiotensina (ex.: Captopril) ou de antagonistas de receptores A II (ex.: Losartana), os mesmos devem ser descontinuados.

Mulheres com história de hipertensão por muitos anos devem ser avaliadas para lesões de órgãos-alvo, incluindo hipertrofia ventricular, retinopatia e doença renal.

Mulheres com hipertensão estágio 1 e sem repercussões em órgãos-alvo podem ser acompanhadas no nível secundário de assistência. Raramente necessitarão de terapia medicamentosa. Devem ser orientadas para mudanças no estilo de vida, como a restrição das atividades no trabalho e em casa e a abstenção de exercícios rigorosos. A redução do peso, mesmo em obesas, não é recomendada. A ingestão de sódio deve ser restrita a 2,4g diariamente (uma ponta de bocal de caneta Bic = 1,0g). As que estiverem em dieta mais restrita de sal devem ser mantidas como tal.

A presença de hipertensão estágio 2 ou repercussões em órgãos-alvo requer assistência em nível terciário. As crises hipertensivas devem ser manejadas conforme a seção de pré-eclâmpsia.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 387

Tratamento medicamentoso

Os valores de pressão (em mmHg) para manutenção ou reinstituição da terapia medicamentosa são 150 a 160 para a sistólica ou 100 a 110 para a diastólica ou a presença de lesão em órgãos-alvo como hipertrofia ventricular esquerda ou insuficiência renal. As gestantes que estiverem bem controladas com medicação anti-hipertensiva antes da gravidez podem ser mantidas com os mesmos agentes, com exceção dos inibidores da enzima de conversão da Angiotensina e dos antagonistas de receptores A II.

Seleção da droga anti-hipertensiva

A Metildopa é a droga de preferência como terapia de primeira linha. Pode causar sonolência. Em caso de refratariedade à terapia, considerar a possibilidade de retenção de sal e nesse caso um diurético pode ser adicionado ao regime.

Outros agentes que podem ser utilizados são os bloqueadores beta e alfa adrenérgicos. Os bloqueadores beta-adrenérgicos, quando utilizados no início da gravidez, podem estar associados à restrição do crescimento fetal, especialmente o atenolol.

A experiência com os antagonistas de cálcio vem crescendo ultimamente, não tendo sido relatados efeitos adversos significativos com seu uso.

O uso de diuréticos, quando indicado, é seguro e eficaz, pode potencializar a resposta de outros agentes anti-hipertensivos e não é contraindicado, exceto em situações onde a perfusão útero-placentária já estiver reduzida (pré-eclâmpsia e restrição do crescimento fetal). A gestação não impede o uso de drogas diuréticas para reduzir ou controlar a pressão arterial em mulheres cuja hipertensão antecede a concepção ou se manifesta antes da metade da gravidez. O diurético não deve ser iniciado como droga de tratamento ambulatorial durante a gravidez, mas pode ser mantido se a mulher engravida em uso e está bem controlada.

Os inibidores da enzima de conversão da Angiotensina (ex.: Captopril) e os antagonistas dos receptores da Angiotensina II (ex.: Losartana) são contraindicados na gravidez devido à sua associação com restrição do crescimento fetal, oligohidrâmnio, insuficiência renal neonatal e morte neonatal.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 388

O quadro 7 apresenta as drogas mais usadas para o tratamento da hipertensão crônica na gravidez, com suas respectivas dosagens e efeitos colaterais.

Quadro 7. Tratamento da hipertensão crônica durante a gravidez

Medicação	Dose usual	Efeitos colaterais	Comentários
Metildopa	250–2.000mg dividida em até 4 X /dia.	Hipotensão postural, sonolência, retenção hídrica.	Uso frequente para hipertensão na gravidez. Potência leve.
Hidralazina	10, 25, 50, 100mg 2-4 X/dia até o máximo de 400mg/dia.	Cefaleia, palpitações, síndrome tipo lúpus.	Utilizada para controle de curto prazo.
Nifedipina	30-60 mg/dia inicial. Máximo 120mg/dia.	Cefaleia, fadiga, tontura, edema periférico, constipação.	Quanto mais elevada a hipertensão, maior o efeito.
Diuréticos tiazídicos	12,5–25mg/dia.	Cefaleia, tonturas, fadiga, fraqueza, mal estar, câimbras, letargia, nervosismo,tensão, ansiedade, irritabilidade, agitação, parestesias, hiperglicemia. Mais raramente náuseas, vômitos, vertigens, cólicas abdominais, palpitações e *rash* cutâneo.	Distúrbios eletrolíticos podem complicar o diagnóstico de pré-eclâmpsia.
Furosemida	20–40 mg/dia até 160 BID.	Os mesmos para os tiazídicos.	**Uso restrito** às emergências, como edema agudo de pulmão.

Quando mais de uma droga for necessária, baixas dosagens de drogas de diferentes categorias devem ser utilizadas, ao invés do uso de monoterapia até sua dose máxima, antes de adicionar o segundo agente.

Avaliação fetal

Se não houver pré-eclâmpsia ou se a pré-eclâmpsia não estiver sobreposta, não há necessidade de avaliação fetal extensa. Um exame ultrassonográfico para avaliação da idade gestacional deve ser feito entre 18 e 20 semanas e o crescimento fetal avaliado posteriormente por nova avaliação ultrassonográfica entre 28 e 32 semanas e a seguir mensalmente até o termo. Se houver evidência de crescimento fetal restrito ou se a pré-eclâmpsia não puder ser excluída, o bem-estar fetal deve ser avaliado pelos testes usuais (dopplerfluxometria de preferência). Se não houver pré-eclâmpsia e o feto estiver crescendo normalmente, não há necessidade de testes adicionais.

Tratamento da hipertensão após o parto

Se a pressão antes da gravidez era normal ou desconhecida, interromper a medicação três a quatro semanas após o parto e observar a cada uma a duas semanas por um mês, depois a cada 3–6 meses por um ano. Se a hipertensão recorrer, deve ser tratada.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 389

Tratamento da hipertensão durante a amamentação

A amamentação deve ser encorajada e pode ser realizada com segurança, com certos limites. As drogas que podem ser utilizadas são os inibidores da ECA (Captopril), a alfametildopa e a nifedipina. A alfametildopa deve ser **gradativamente** substituída pelo Captopril. As crianças de mães que usam anti-hipertensivos e que amamentam ao seio devem informar o pediatra para vigilância de eventuais efeitos adversos.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 390

Entre 10 a 15% das gestações apresentam hemorragias. Podem representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico.

Classificação

As mais importantes situações hemorrágicas gestacionais são:

Primeira metade da gestação

- Abortamento.
- Gravidez ectópica.
- Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme).
- Descolamento corioamniótico.

Segunda metade da gestação

- Placenta prévia.
- Descolamento prematuro da placenta.
- Rotura uterina.
- Vasa prévia.

Outras causas menos frequentes de sangramento por via vaginal durante toda a gestação, são: cervicites, pólipo endocervical, ectrópio, câncer de colo uterino, trauma vaginal e o sangramento do colo durante o trabalho de parto na segunda metade da gestação.

Hemorragias da primeira metade da gravidez

Abortamento

Conceitua-se como *abortamento* a interrupção da gravidez ocorrida antes da 22ª semana de gestação. O produto da concepção eliminado no processo de abortamento é chamado *aborto.* O abortamento pode ser precoce, quando ocorre até a 13ª semana e *tardio,* quando entre 13ª e 22ª semanas. Pode ser classificado de várias formas:

- Abortamento espontâneo: é a perda involuntária da gestação.
- Ameaça de abortamento: é a ocorrência de sangramento uterino com a cérvix fechada sem eliminação de tecidos ovulares.
- Abortamento completo: quando a totalidade do conteúdo uterino foi eliminada.
- Abortamento incompleto: quando apenas parte do conteúdo uterino foi eliminado.
- Abortamento inevitável: quando há sangramento e dilatação cervical mas ainda não ocorreu eliminação de conteúdo uterino.
- Abortamento retido: quando ocorre a morte do embrião ou feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado. De uma maneira geral o colo se encontra fechado, podendo ocorrer leve sangramento.
- Abortamento infectado: é o processo de abortamento acompanhado de infecção genital, tais como endometrite, parametrite e peritonite.
- Abortamento habitual: perdas espontâneas e sucessivas de três ou mais gestações.

Diagnóstico e conduta

Toda gestante com sangramento vaginal no 1º trimestre deve ser submetida a exame abdominal, exame especular e toque.

Quando o colo estiver fechado ou houver dúvida no diagnóstico, está indicada uma ultrassonografia para avaliação das condições do saco gestacional (com ou sem descolamento) e do embrião (com ou sem batimentos).

Ameaça de abortamento

O sangramento genital é de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente pouco intensas. O colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional e não existem sinais de infecção. Para este diagnóstico é necessário uma ultrassonografia, que pode não ter alterações ou identificar área de descolamento ovular, com vitalidade embrionária. Não existe indicação de internação hospitalar, a mulher deve ser orientada para ficar em repouso, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a perda sanguínea, e retornar ao atendimento de pré-natal. Nos casos em que não ocorre regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido, a mulher deve retornar ao serviço de saúde para nova avaliação.

Não há evidências de benefício do uso da progesterona nesses casos, pois não modifica o curso da gravidez. Os casos de insuficiência de corpo lúteo são raros, precisando de confirmação diagnóstica para essa indicação.

Abortamento completo

Geralmente, ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sanguínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultrassonografia, encontra-se cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos.

A conduta nesse caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina.

Abortamento inevitável/incompleto

O sangramento é maior que na ameaça de abortamento, que diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares, as dores costumam ser de maior intensidade que na ameaça e o orifício cervical interno encontra-se aberto. O exame de ultrassonografia confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível.

Em gestações com menos de 12 semanas, pelo tamanho uterino, indica-se a aspiração manual intrauterina (AMIU), por ser mais segura e permitir o esvaziamento mais rápido. Quando não for possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem uterina. O tratamento alternativo, na indisponibilidade de AMIU ou curetagem, estando o colo pervio, é misoprostol 400 a 600µg via sublingual

Em úteros compatíveis com gestação superior a 12 semanas, nos casos de abortamento inevitável, recomenda-se misoprostol 600µg dose única via oral, ou 400µg dose única sublingual. Como estas apresentações ainda não estão disponíveis no País, sugere-se o emprego de misoprostol na dose de 200µg de 12 em 12 horas, via vaginal. Após a expulsão, caso haja suspeita de restos ovulares ou placentários remanescentes, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros pequenos, compatíveis com menos de 12 semanas, também pode ser utilizada a AMIU. Também é importante avaliar a perda sanguínea e, se extremamente necessário, far-se-á transfusão sanguínea.

Abortamento retido

Em geral, o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea. O exame de ultrassonografia revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça.

Em gestações com menos de 12 semanas, utiliza-se o misoprostol, 1 comprimido de 200µg, via vaginal, dose única, para preparo do colo. Após 4 horas, realizar o esvaziamento uterino por AMIU ou curetagem. Também pode ser usado o misoprostol 4 comprimidos de 200µg a cada 12 horas (3 doses).

Entre 13 e 17 semanas de gestação, sugere-se o emprego 200µg de misoprostol via vaginal de 6 em 6 horas, 4 doses.

Entre 18 e 22 semanas, a dose recomendada é 100µg de misoprostol via vaginal de 6 em 6 horas, 4 doses. Se necessário, repetir após 24 horas da ultima dose.

Após a expulsão, havendo suspeita de restos ovulares ou placentários remanescentes, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros pequenos, compatíveis com menos de 12 semanas, também pode ser utilizada a AMIU.

Abortamento infectado

Com muita frequência, está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras de abortamento provocado. Estas infecções são polimicrobianas e provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal, gram negativos e anaeróbios. São casos graves e devem ser tratados, independentemente da vitalidade do feto. As manifestações clínicas mais frequentes são: elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de pus através do colo uterino. Na manipulação dos órgãos pélvicos, pelo toque vaginal, a mulher pode referir bastante dor, e deve-se sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina.

Os seguintes exames são necessários para melhor avaliação da mulher, bem como para seu seguimento: hemograma com contagem de plaquetas, urina tipo I; coagulograma, hemocultura, cultura da secreção vaginal e do material endometrial (aeróbios e anaeróbios), raios-x do abdome, ultrassonografia pélvica transvaginal ou de abdome total e tomografia, principalmente para definir coleções intracavitárias. No tratamento, é fundamental o restabelecimento das condições vitais com soluções parenterais ou com sangue, principalmente se a hemoglobina for inferior a 8g%.

Iniciar antibioticoterapia de largo espectro, junto com as medidas de suporte. Pode ser utilizado um anaerobicida (metronidazol 500mg-1g, IV, a cada 6 horas, ou clindamicina 600-900mg, IV, a cada 6–8 horas), associado com um aminoglicosídeo (gentamicina 1,5mg/Kg, dose IV ou IM, a cada 8 horas ou 5mg/Kg em dose única diária). Outros esquemas de tratamento associam anaerobicida com cefalotina 1g IV de 6/6 horas. O esquema intravenoso será mantido até que se completem 48 horas sem febre ou sintomatologia clínica, quando será introduzida medicação oral por 10–14 dias (cefalexina 500mg de 6/6 h e metronidazol 400mg de 12/12 h). Pode ser dada alta hospitalar um dia após a introdução da medicação oral.

O esvaziamento uterino, naqueles úteros com tamanho compatível com gestação de até 12 semanas, deve ser realizado, preferencialmente, por aspiração manual intrauterina (AMIU), por apresentar menores taxas de complicações, reduzir a necessidade de dilatação cervical e promover a aspiração do material infectado. Na realização desse procedimento, atentar para o fato de que a perda do vácuo pode significar perfuração uterina prévia. Na impossibilidade do uso da AMIU, pode-se empregar a curetagem uterina; em ambas, o esvaziamento uterino deve ser feito sob infusão de ocitocina 20U diluídas em 500ml de Soro Fisiológico ou Ringer lactato.

Nos casos mais graves, acompanhados de peritonite e que demoram a dar resposta satisfatória, deve-se proceder a laparotomia exploradora e, se necessário, realizar retirada de órgãos pélvicos. A persistência de febre após 48 horas dos cuidados iniciais pode traduzir abscessos pélvicos ou tromboflebite. Convém lembrar que a tromboflebite pélvica séptica é diagnóstico raro e de exclusão (só pode ser firmado após se afastar outras causas de persistência da febre). Nesse caso, indica-se a utilização da heparina como teste terapêutico sem, no entanto, se suspender a antibióticoterapia.

Abortamento habitual

Em gestantes com história de abortamento habitual é necessária uma anamnese detalhada para se detectar as possíveis causas associadas:

- Malformações uterinas (útero bicorno, útero septado, útero didelfo);
- Miomatose uterina;
- Insuficiência istmocervical;
- Insuficiência do corpo lúteo;
- Fatores imunológicos;
- Fatores infecciosos;
- Síndrome antifosfolípide;
- Fatores genéticos.

O exame ginecológico associado à ultrassonografia pode ajudar a detectar anomalias uterinas, a miomatose e a insuficiência istmo-cervical.

Os testes laboratoriais que podem ser úteis durante a gravidez são a pesquisa de anticorpos antifosfolípides (anticardiolipina e anticoagulante lúpico) e de anticorpos antinucleares. Caso a gravidez atual termine em aborto, deve-se, sempre que possível, realizar uma análise citogenética dos produtos da concepção.

Fora da gravidez, a investigação genética do casal (cariótipo), a ultrassonografia e a pesquisa de anticorpos antifosfolipideos (anticardiolipina e anticoagulante lúpico) e de anticorpos antinucleares são os testes que apresentam evidências suficientes para justificar sua investigação.

Recomenda-se o acompanhamento quinzenal por meio das consultas de pré-natal.

Lembrar que em gestantes onde a etiologia ainda não está esclarecida, o prognóstico da gravidez pode ser muito bom sem nenhum tratamento, além de um controle atento e dedicado. Nos casos onde a etiologia é conhecida, o tratamento depende da mesma.

No caso de insuficiência lútea, utiliza-se comprimidos de progesterona natural de 200mg por via vaginal por dia, ou diidrogesterona de 10mg via oral, um ao dia, até a 14ª semana.

Em gestantes portadoras de síndrome antifosfolípide, a utilização de baixas doses de aspirina associada à heparina pode melhorar os resultados. Ver capítulo de trombofilias.

Em gestantes com insuficiência istmocervical, com história de duas ou mais perdas no 2º trimestre, sem sangramento, com dilatação cervical e sem dor, recomenda-se a cerclagem eletiva, que deve ser realizada entre 12–14 semanas da gravidez, após a ultrassonografia mostrar feto vivo e sem anomalias.

Gravidez ectópica

A gravidez ectópica corresponde à nidação do ovo fora da cavidade uterina. O tipo mais frequente é a tubária.
São fatores de risco para gravidez ectópica:

- História de gravidez ectópica prévia;
- Cirurgia tubária prévia;
- Infecções tubárias anteriores;
- Contracepção com progesterona ou DIU.

Muitas vezes ocorrem em gestante sem nenhum fator de risco.

Diagnóstico

A dor e o sangramento vaginal são os sintomas mais importantes da gravidez ectópica. Em quase todos os casos a dor está presente. O sangramento pode ser de pequena monta e/ou irregular, às vezes após pequeno atraso da menstruação.

O exame físico/ginecológico pode evidenciar presença de sangue no canal vaginal, útero menor do que o esperado para a idade gestacional, amolecimento do colo uterino e dor pélvica, às vezes mais localizada em uma região anexial onde se pode palpar uma massa dolorosa. A eliminação de tecido coriônico pelo canal cervical,

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 395

que pode ser evidenciada quando se dilui o mesmo em um tubo de ensaio com soro fisiológico, identificando-se as vilosidades, confirma gravidez intrauterina. Nos casos onde ocorreu rotura, podem estar presentes sinais e sintomas de hemoperitônio e choque, com dor de forte intensidade, associada a abdome distendido e silencioso, dor no ombro e abaulamento de fundo de saco vaginal. A punção do fundo de saco vaginal posterior (culdocentese) à procura de sangue na cavidade abdominal pode ser de grande valia quando se suspeita de rotura.

A dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico (βHCG) é de fundamental importância no diagnóstico da gravidez ectópica. Um exame negativo descarta a possibilidade de gravidez e um exame positivo a confirma, embora não determine a sua localização. A duplicação dos níveis séricos de βHCG em 48 horas sinaliza uma gravidez com desenvolvimento normal. Caso tal duplicação não ocorra, trata-se de falha no desenvolvimento da gestação, podendo tratar-se tanto de uma prenhez ectópica como de um aborto.

A ultrassonografia também pode ser indispensável na investigação dos casos suspeitos de gravidez ectópica. A presença de gestação intraútero praticamente afasta a possibilidade de ectópica, com excessão para os casos de gestações heterotópicas, com incidência de 1/30.000. A visualização do saco gestacional e embrião com BCF fora do útero confirma gravidez ectópica. Tumoração anexial com presença de líquido livre no fundo de saco posterior aumenta substancialmente a suspeita diagnóstica, devendo ser correlacionado com o exame clínico e o βHCG.

Níveis séricos de βHCG ≥ 1.500 mUI/ml IRP sem visualização de saco gestacional intraútero fornecem alta probabilidade diagnóstica de gravidez ectópica.

Conduta

Os planos de conduta diante do diagnóstico de gravidez ectópica podem ser: conduta expectante, tratamento clínico, laparoscopia e laparotomia. Nas condutas conservadoras, é importante obter a concordância da gestante e assegurar o seguimento.

A conduta expectante pode ser adotada em algumas gestantes selecionadas obedecendo-se os seguintes critérios:

- Pouca dor ou sangramento;
- Confiabilidade na gestante para seguimento;
- Nenhuma evidência de rotura tubária;
- Nível de βHCG <1.000 mUI/ml e em queda;
- Massa ectópica ou anexial <3 cm ou não detectável;
- Ausência de BCF;
- Estabilidade hemodinâmica.

Estes casos podem representar uma gestação de localização desconhecida, podendo tratar-se de um aborto ou mesmo gestação ectópica em resolução.

O tratamento clínico com metotrexato (MTX) é uma alternativa à cirurgia em mulheres selecionadas. O mesmo deverá ser realizado em centro especializado e os critérios de seleção são os seguintes:

- Sinais vitais estáveis e pouca sintomatologia;

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 396

- Ausência de contraindicação médica para a terapia (enzimas hepáticas normais, hemograma e plaquetas normais);
- Gravidez ectópica íntegra;
- Ausência de atividade cardíaca embrionária;
- Massa ectópica medindo 4cm ou menos;
- Níveis séricos de βHCG <5.000mUI/ml.

O esquema de tratamento consiste em dose única de 1mg/kg de peso ou 50mg/m^2 administrada por via intramuscular. O nível sérico de βHCG deve ser dosado no 4º e no 7º dia após o tratamento e depois semanalmente até atingir 5mUI/ml. Se isso não ocorrer, pode-se repetir a dose ou indicar tratamento cirúrgico.

O tratamento cirúrgico pode ser dividido em conservador e radical. No conservador a trompa é preservada por intermédio de uma salpingostomia linear, e no radical é realizada salpingectomia. Ambos podem ser realizados por laparoscopia ou laparotomia. Os critérios para tratamento cirúrgico são:

- Gestante com sinais vitais instáveis ou sinais de hemoperitôneo;
- Diagnóstico inconclusivo;
- Gravidez ectópica avançada (βHCG >5.000mUI/ml, massa anexial > 4cm, atividade cardíaca embrionária);
- Seguimento difícil;
- Contraindicação ao tratamento clínico.

Contraindica-se a via laparoscópica na presença de sinais de hipovolemia.

Mola hidatiforme (neoplasia trofoblástica gestacional benigna)

A frequência é de 1 caso para 2.000 gestações.

Para casos de gemelaridade em que uma das gestações é molar, ver o capítulo de neoplasias.

Diagnóstico Clínico

O atraso menstrual é a primeira manifestação de uma gravidez. Na gravidez molar pode ocorrer sangramento indolor e de intensidade progressiva, às vezes associado a eliminação de vesículas com aspecto de "cachos de uva". Em consequência das perdas sanguíneas pode haver anemia. A exacerbação dos sintomas de gravidez, às vezes com presença de náuseas e vômitos de difícil controle (hiperemese gravídica, pré-eclâmpsia, tireotoxicose), também pode sinalizar a suspeita de mola hidatiforme.

O exame físico pode revelar um tamanho uterino maior do que esperado para a idade gestacional, colo e útero amolecidos e aumento do volume ovariano devido à presença de cistos tecaluteínicos.

Propedêutica auxiliar

A dosagem do hormônio gonadotrófico coriônico (βHCG) geralmente demonstra níveis elevados para a idade gestacional correspondente. A ultrassonografia é o método mais preciso para diferenciar gestação normal da prenhez molar. As imagens são típicas de mola, anecoicas, no interior do útero, em "flocos de neve". Em cerca de 40% são visualizados à ultrassonografia cistos tecaluteínicos.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 397

Conduta

O esvaziamento uterino, preferencialmente por meio de dilatação e aspiração manual intrauterina (AMIU), é o método mais apropriado para o tratamento inicial da mola hidatiforme.

Durante o esvaziamento uterino recomenda-se o uso de ocitocina 20U em 500ml de soro glicosado a 5% após a cervicodilatação, para diminuir o sangramento e o risco de perfuração uterina. É importante contar com provisão de sangue para possível necessidade de reposição.

Controle pós-molar

Todas as gestantes com mola hidatiforme devem ter acompanhamento clínico e laboratorial visando à detecção precoce de recorrência, assim como a evolução para formas malignas da neoplasia trofoblástica gestacional.

As náuseas, vômitos e a mastalgia tendem a desaparecer progressivamente. A involução uterina e a suspensão do sangramento ocorrem em cerca de cinco semanas.

A dosagem de gonadotrofina coriônica (βHCG) deve ser realizada semanalmente após o esvaziamento uterino até que seus valores se mostrem declinantes e os resultados sejam negativos por três dosagens consecutivas.

A ultrassonografia tem por objetivo monitorar a involução uterina e regressão dos cistos tecaluteínicos ovarianos. O exame radiológico do tórax deve ser realizado mensalmente com a finalidade de detectar metástases assintomáticas. Os locais mais frequentes de metástase são os pulmões e a vagina.

A anticoncepção deve ser iniciada no máximo quinze dias após o esvaziamento uterino. Recomenda-se a prescrição de anovulatório hormonal oral de baixa dosagem estrogênica, com menos de 35µg de etinilestradiol. Deve-se evitar nova gravidez por pelo menos um ano após o esvaziamento uterino.

Descolamento corioamniótico

Caracteriza-se por sangramento genital de pequena intensidade e é diagnosticado por exame ecográfico. A evolução é boa, não representando quadro grave de risco materno e/ou ovular.

A conduta é conservadora e, basicamente, consiste no esclarecimento à gestante, com as mesmas orientações da ameaça de abortamento.

Hemorragias da segunda metade da gestação

As hemorragias na segunda metade da gestação constituem-se em frequentes diagnósticos em obstetrícia. São uma das principais causas de internação de gestantes no período anteparto, com importante aumento da morbimortalidade materna e perinatal, assim como de partos operatórios. A morbimortalidade perinatal está relacionada principalmente aos altos índices de prematuridade.

Várias são as possíveis causas de sangramento. Entre as causas obstétricas, as mais importantes são o descolamento prematuro de placenta e a placenta prévia, que correspondem a até 50% dos diagnósticos. Não podem ser esquecidas a rotura uterina

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 398

e a rotura da vasa prévia, que também são importantes causas obstétricas. Entre as causas não obstétricas, pode ocorrer o sangramento proveniente do colo do útero durante a dilatação no trabalho de parto, cervicites, pólipo endocervical, ectrópio, câncer de colo de útero e trauma vaginal.

Os prognósticos materno e fetal vão depender do diagnóstico correto da causa do sangramento e conduta adequada com base nesse diagnóstico.

- Placenta prévia;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Rotura uterina;
- Rotura de vasa prévia;
- Sangramento do colo no trabalho de parto;
- Cervicites;
- Pólipo endocervical;
- Ectrópio;
- Câncer de colo de útero;
- Trauma vaginal.

Principais causas de hemorragia, com risco de vida.

Placenta prévia

Placenta prévia é definida como a placenta que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero. Ela pode ser classificada de três maneiras, de acordo com sua posição em relação ao colo do útero:

- **Baixa:** está localizada próxima ao colo do útero, sem atingi-lo
- **Marginal:** atinge o orifício interno do colo do útero, sem recobri-lo
- **Completa ou centro-total:** recobre totalmente o orifício interno do colo do útero

A placenta prévia ocorre em 1 a cada 200 gestações que chegam ao terceiro trimestre, porém é um achado ultrassonográfico frequente em exames realizados entre 16 e 20 semanas de gestação. Contudo, até 90% desses achados normalizarão até o termo, devido à teoria da "migração" placentária. Isso ocorre devido à combinação entre o crescimento placentário em direção ao fundo uterino, que é mais bem vascularizado, com a degeneração das vilosidades periféricas que receberão menor suprimento sanguíneo, conferindo uma implantação placentária adequada.

O principal fator de risco para placenta prévia é a cicatriz uterina anterior, e entre elas a principal é a cesariana anterior. Entre outras causas estão as intervenções uterinas prévias como a miomectomia e curetagem. Multiparidade, idade materna avançada, tabagismo e gemelaridade também são fatores associados.

Fatores de risco para Placenta Prévia

- Cesariana prévia → Principal fator de risco;
- Intervenções uterinas anteriores (miomectomia, curetagem);
- Multiparidade/Intervalo interpartal curto;
- Tabagismo;
- Gemelaridade.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 399

A chance de ter uma placenta prévia numa gravidez futura aumenta significativamente para aquelas mulheres que possuem uma cicatriz uterina. Com uma cesariana anterior, o risco de placenta prévia pode ser de 4,5 vezes maior; com duas cesáreas pode ser 7,4 vezes; com três 6,5 vezes e com quatro ou mais chega a 45 vezes maior. Se o risco de hemorragia com placenta prévia por si só é importante, a combinação com uma ou mais cesarianas prévias pode tornar este risco consideravelmente maior, com resultados às vezes catastróficos.

Ademais, a placenta com implantação anormal tem maior probabilidade de estar aderida anormalmente ao útero, ou seja, de ser placenta acreta, o que também amplia de forma exponencial o risco de hemorragias graves e outras complicações associadas, podendo a gestante necessitar uma histerectomia. No Brasil, onde a incidência de cesarianas foi de 45% em 2007, sendo que em algumas instituições chegou a 100%, esse é um grande problema que pode levar a graves complicações no futuro.

A morbidade materna da placenta prévia é decorrente, principalmente, da hemorragia que ela provoca. A morbidade aumentada também está relacionada às complicações operatórias do parto, complicações anestésicas, necessidade de transfusão e infecções.

Na suspeita de acretismo placentário, na preparação para o parto deve-se sempre fazer um ecodoppler obstétrico. Considerar a possibilidade de invasão de estruturas adjacentes (bexiga e intestino) em caso de placenta percreta, com grande perda sanguínea, que é indicação de histerectomia. Quando esta situação for diagnosticada ou suspeita antes do parto, a mulher deve necessariamente ser encaminhada para um centro com bons recursos de hemoterapia e capacitado para realizar os procedimentos cirúrgicos que pode demandar.

Por esse motivo, entre outros, deve-se cada vez mais reunir esforços para diminuir os índices de cesáreas como medida de redução da morbimortalidade materna.

Diagnóstico Clínico

O sangramento na placenta prévia caracteriza-se por ser indolor, no segundo ou terceiro trimestre. Geralmente ocorre em pequena quantidade e é autolimitado, não levando a uma espoliação materna significativa. Nas placentas prévias marginais, muitas vezes o sangramento não se apresenta até o momento do parto. Algumas gestantes, principalmente, as com placenta prévia centro-totais, podem apresentar um sangramento entre a 26ª e 28ª semana de gestação, chamado de sangramento sentinela. Nestas, o sangramento é intermitente e abundante, de coloração vermelho vivo, com necessidade de internações e transfusões frequentes. Na presença de acretismo, é comum não haver sangramento até o parto. Pode haver contrações uterinas, mas não há aumento do tônus entre as contrações.

Quadro clínico da placenta prévia

- Sangramento indolor;
- Autolimitado;
- Final do segundo e início do terceiro trimestre;
- Presença de sangramento sentinela.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 400

Exame físico

O exame físico deve ser iniciado pela aferição dos sinais vitais da gestante. Em seguida, inicia-se o exame obstétrico cuidadoso com palpação abdominal (frequente achado de apresentação anômala), medida de altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais. O exame especular deve ser realizado de maneira cuidadosa para evidenciar a origem e a quantidade do sangramento. O exame de toque NUNCA deve ser realizado na suspeita de inserção baixa de placenta, até que se tenha conhecimento da exata localização placentária.

Exame físico na suspeita de placenta prévia

- Sinais vitais;
- Palpação abdominal;
- Medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- Exame especular cuidadoso;
- NÃO realizar toque vaginal até se conhecer a localização exata da placenta.

Propedêutica auxiliar

O melhor, mais seguro e mais simples método para realização do diagnóstico de placenta previa é a ultrassonografia abdominal. Ela irá nos mostrar exatamente a localização placentária e a sua posição em relação ao orifício interno do colo do útero. Deve ser realizada com bexiga semicheia para a exata localização do bordo placentário, pois em placentas anteriores, quando o exame é realizado com bexiga muito cheia, pode haver a falsa impressão de placenta baixa. Em placentas posteriores, o bordo placentário pode estar encoberto pela apresentação fetal. Nesses casos, a visualização do bordo deve ser feita por meio de um posicionamento oblíquo do transdutor em relação à linha média. A ultrassonografia pode ser realizada também pela via transvaginal, principalmente nos casos em que há dúvidas em relação à posição do bordo placentário. Esse exame deve ser realizado de maneira cuidadosa, não introduzindo mais do que três centímetros do transdutor na vagina e este não deve atingir o colo. O número de falsos positivos no exame realizado pela via transvaginal é menor do que quando realizado pela via abdominal.

O exame de ecodoppler obstétrico deve ser realizado para diagnosticar acretismo placentário, ou mesmo placenta increta ou percreta, com invasão de órgãos locais como bexiga e reto, sempre que uma placenta prévia for diagnosticada e também nos casos de implantação anterior baixa sobre a área de cicatriz de cesáreas anteriores.

A ressonância nuclear magnética também pode ser um método de diagnóstico, principalmente em placentas posteriores, porém os resultados não são superiores aos da ultrassonografia transvaginal. Ela apresenta a vantagem de não ser examinador dependente, porém a pouca acessibilidade ao exame limita a sua indicação.

Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais que devem ser solicitados na vigência do sangramento são:

- Hematócrito e hemoglobina;
- Tipagem sanguínea ABO Rh;

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 401

- Coagulograma: pode ser realizado teste do coágulo, com coleta de 10ml de sangue em tubo seco – deve se formar um coágulo firme após 7–10 minutos;
- A coagulopatia é condição rara na placenta prévia.

Conduta

No pré-natal: recomenda-se que a gestante com placenta prévia seja encaminhada a um centro de referência.

A conduta nos casos de placenta prévia vai depender de alguns aspectos:

- Quantidade do sangramento e condição hemodinâmica materna.
- Idade gestacional.

Em gestantes sem sangramento ativo e feto prematuro, deve ser adotada conduta expectante. Deve ser feito um acompanhamento pré-natal cuidadoso em centro especializado para atender essa gestante em caso de sangramento excessivo. Não há evidências que sugiram que essa gestante deva permanecer hospitalizada até o parto, salvo em condições específicas, como difícil acesso ao hospital. Essa gestante deve ser orientada a não ter relações sexuais. O uso de corticoterapia deve ser considerado para aceleração da maturidade pulmonar.

O uso de suplementação de ferro no pré-natal é indicado para evitar anemia, com constante monitoração dos níveis de hematócrito e hemoglobina.

Em gestantes Rh-negativo, deve ser feita a prescrição de imunoglobulina anti-D quando ela apresentar sangramento.

No sangramento ativo, a gestante deve ser avaliada principalmente em relação à sua condição hemodinâmica. O sangramento geralmente não é excessivo e não compromete a vitalidade fetal.

O uso de tocolíticos parece não aumentar a morbimortalidade nos casos de trabalho de parto prematuro, mas estes só devem ser utilizados se não houver comprometimento hemodinâmico. Essas gestantes devem ser cuidadosamente monitoradas durante o seu uso.

Se a gestante estiver no termo ou próxima a ele e tiver sangramento, o parto deve ser realizado. A via de parto é baseada no julgamento clínico, auxiliado pela informação ultrassonográfica. Com uma borda placentária a menos de 2cm do orifício cervical interno, a chance do parto ser por cesariana aumenta consideravelmente, especialmente se a placenta for posterior e com borda espessa (>1cm). Os fatores clínicos a serem observados na decisão pela via de parto incluem a altura e o encaixamento da apresentação. Também neste caso o USG pode ajudar na determinação. Com uma placenta prévia marginal de menor grau, com borda fina e apresentação cefálica encaixada, pressionando a borda placentária, o parto vaginal pode ser permitido. Obviamente que na placenta prévia centro-total a cesariana é indicação absoluta, devendo ser realizada com programação planejada. Em todos os casos, seja por via vaginal ou por via abdominal, a disponibilidade imediata de sangue deve ser mandatória.

O bloqueio anestésico locorregional parece ser a melhor alternativa anestésica no parto operatório. A incisão uterina preferencial é a segmentar transversa, mas em

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 402

algumas situações, como na apresentação anômala ou placenta anterior, pode ser necessária a realização de incisão corporal.

No acretismo placentário, em 70% dos casos a histerectomia será realizada no momento do parto, devendo ser total, já que a invasão placentária ocorre no segmento inferior e colo. Se houver a invasão de órgãos adjacentes, mais comumente da bexiga, a placenta não deve ser retirada para evitar sangramento maciço, procedendo-se a ligadura do cordão próximo à implantação na placenta, com uso posterior de Metotrexate.

O risco de hemorragia pós-parto também aumenta em consequência a uma menor contratilidade do segmento inferior do útero devida à invasão trofoblástica. O uso de uterotônicos associado às manobras de compressão uterina muitas vezes pode não ser suficiente para a resolução da hemorragia, necessitando de intervenções cirúrgicas como a sutura B-Lynch, ligadura de artérias uterinas e ilíacas internas e histerectomia. A equipe cirúrgica deve ser experiente e estar preparada para reverter essa situação de maneira rápida e eficaz, para não comprometer ainda mais o estado hemodinâmico materno. Atualmente os centros mais desenvolvidos têm utilizado com sucesso a cateterização seletiva dos vasos uterinos para bloquear temporariamente a circulação local e/ou proceder à embolização com o objetivo de reduzir a hemorragia e evitar procedimentos mais invasivos como a histerectomia. Esses procedimentos são caros e exigem unidades e equipes experientes, não estando ainda disponíveis na maioria dos centros públicos terciários que atendem complicações da gestação e parto.

Descolamento prematuro de placenta

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é definido como a separação da placenta da parede uterina antes do parto. Essa separação pode ser parcial ou total e é classificada em três graus, levando em conta os achados clínicos e laboratoriais, de acordo com classificação de Sher:

Grau 1: Sangramento genital discreto sem hipertonia uterina significativa. Vitalidade fetal preservada. Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatia. Geralmente diagnosticado no pós-parto com a identificação do coágulo retroplacentário.

Grau 2: Sangramento genital moderado e contrações tetânicas. Presença de taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial. Alterações iniciais da coagulação com queda dos níveis de fibrinogênio. Batimentos cardíacos fetais presentes, porém com sinais de comprometimento de vitalidade.

Grau 3: Sangramento genital importante com hipertonia uterina. Hipotensão arterial materna e óbito fetal.

Grau 3A : Sem coagulopatia instalada.

Grau 3B: Com coagulopatia instalada.

Pode ocorrer hipertonia uterina com sangramento oculto, uma vez que a instabilidade hemodinâmica pode ocorrer mesmo sem a exteriorização do sangramento.

O DPP ocorre em aproximadamente 1 a 2% das gestações. É das piores complicações obstétricas, com aumento muito importante da morbimortalidade materna, por maior incidência de hemorragia, de anemias, coagulopatias, hemotransfusões, cesárea, histerectomia e até morte materna; podem ocorrer ainda complicações perinatais, como prematuridade, restrição de crescimento fetal, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e óbito perinatal. O DPP é descrito como a principal causa de óbito perinatal.

Principais fatores de risco para o DPP:

- Hipertensão (hipertensão gestacional, hipertensão preexistente);
- Rotura prematura de membranas ovulares;
- Cesariana prévia;
- Tabagismo;
- Idade materna avançada;
- Uso de drogas (álcool, cocaína e *crack*);
- Condições que causem sobredistensão uterina (polihidrâmnio, gestação gemelar);
- Trauma (automobilístico, trauma abdominal direto);
- DPP em gestação anterior ;
- Amniocentese, cordocentese.

A hipertensão é responsável por até 50% dos casos de DPP não traumáticos. Tanto a pré-eclâmpsia quanto a hipertensão arterial crônica são fatores de risco importantes para o DPP.

OBS.: A ausência de hipertensão no momento da chegada não exclui a etiologia hipertensiva, já que a gestante pode estar chocada. Os procedimentos relacionados à estabilização de uma gestante com distúrbios hipertensivos devem ser considerados (como por exemplo o sulfato de magnésio).

O acidente automobilístico é a maior causa de DPP relacionada ao trauma. O descolamento pode ocorrer pela desaceleração ou por trauma direto ao abdome. Esse diagnóstico muitas vezes é subestimado devido ao não uso de monitoração fetal em gestantes vítimas de traumas. A monitoração fetal rotineira nessas gestantes diminuiria o número de perdas fetais decorrentes de trauma automobilístico.

Quadro clínico

O quadro clínico característico do DPP é a dor abdominal, associada ou não a sangramento vaginal. A dor varia de leve desconforto até dor intensa, associada a aumento do tônus uterino, que pode se manifestar em graus variados, desde uma taquihiperssistolia até hipertonia. Em casos de placenta de inserção posterior, a dor é lombar. Na gestante em trabalho de parto, há persistência da dor entre as contrações.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 404

O sangramento no DPP pode se manifestar das seguintes maneiras:

- Hemorragia exteriorizada;
- Hemoâmnio;
- Sangramento retroplacentário.

Até 20% dos sangramentos no DPP são ocultos, com formação de coágulo retroplacentário e infiltração sanguínea intramiometrial. Esse sangramento é responsável pela apoplexia útero-placentária ou "útero de Couvelaire" que ocasiona déficit contrátil, sendo importante causa de hemorragia pós-parto.

A coagulopatia pode estar presente no momento do diagnóstico. Esta pode se instalar devido ao consumo dos fatores de coagulação pelo coágulo retroplacentário e pela coagulação intravascular disseminada, pela liberação de tromboplastina na circulação materna devido ao descolamento placentário.

A quantidade do sangramento exteriorizado pode não refletir a exata perda sanguínea. Sangramento de coloração escurecida pode refletir a presença de formação de coágulo retroplacentário.

O sangramento que se inicia na rotura das membranas deve ser diferenciado da rotura de vasa prévia.

Ao investigar a história, deve-se pesquisar antecedentes de hipertensão, ocorrência de trauma (incluindo violência física), abuso de drogas ou álcool e a presença de outros fatores de risco associados.

Quadro clínico do DPP:

- Dor abdominal;
- Persistência da dor entre as contrações no trabalho de parto;
- Sangramento genital de quantidade variável;
- História de hipertensão;
- Pesquisar presença de outros fatores de risco.

Exame físico

O primeiro passo deve ser a aferição de sinais vitais com medidas iniciais das manobras de ressuscitação em suspeita de DPP: verificar se vias aéreas estão pérvias, checar respiração e circulação (dois acessos venosos calibrosos com 1.000ml de solução cristaloide correndo em cada um deles à velocidade inicial de 500ml nos primeiros 10 minutos e manutenção de infusão de 250ml/hora). A gestante apresenta mais tardiamente sinais de instabilidade circulatória, e esta inicialmente se manifesta com alterações posturais da pressão e/ou taquicardia. Quando estão presentes sinais e sintomas de choque, isso significa perda de até 30% da volemia.

No exame obstétrico, deve-se realizar a palpação uterina observando a apresentação fetal e se o tônus uterino está aumentado. Fazer medida de altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais (monitoração fetal contínua). Na monitoração fetal é frequente o achado de padrão não tranquilizador.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 405

Exame físico no DPP:

- ABC da reanimação: vias aéreas pérvias, padrões de respiração e circulação;
- Sinais vitais: observar taquicardia e alterações posturais da pressão;
- Exame obstétrico: medida de altura uterina, BCF, hipertonia uterina;
- Monitoração fetal: padrão não tranquilizador;
- Palpação abdominal: contrações tetânicas.

O diagnóstico de DPP é clínico. A ultrassonografia, ao contrário da placenta prévia, tem um papel muito limitado nessa condição. No DPP agudo, muitas vezes o coágulo retroplacentário pode não ser visível. A ultrassonografia pode ser realizada em casos onde há estabilidade hemodinâmica materna e vitalidade fetal preservada, e quando há dúvida sobre a localização placentária, e apresentação fetal, assim como para estimativa de peso do feto. Os achados ultrassonográficos, se presentes, são: presença de coágulo retroplacentário, espessamento anormal da placenta e bordo placentário sem continuidade (borda "rasgada").

Exames laboratoriais

Os exames que devem ser solicitados para a gestante com diagnóstico de DPP são:

- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Tipagem sanguínea ABO Rh;
- Coagulograma;
- Exames de rotina para doença hipertensiva se apropriado.

O estado de coagulação da gestante pode ser avaliado rapidamente por meio do teste do coágulo, quando se procede à coleta de 10ml de sangue em tubo de ensaio seco – este deve ser mantido em temperatura ambiente. Após 7 a 10 minutos, deverá haver a formação de um coágulo firme; se isso não ocorrer, a coagulopatia está instalada. Esse exame é inespecífico, porém tem facilidade de realização, baixo custo e resultado rápido. Se a dosagem de fibrinogênio estiver abaixo de 250mg/dL estará anormal e se estiver abaixo de 150mg/dL é diagnóstico de coagulopatia. O tempo de protrombina parcial ativada (TTPA) e a atividade de protrombina estarão alterados na coagulopatia. A contagem de plaquetas também poderá estar alterada.

Conduta

O tratamento dependerá do grau do descolamento (Grau 1, 2 ou 3) que se reflete no estado hemodinâmico materno e da vitalidade fetal.

No grau 1, o diagnóstico geralmente é feito no pós-parto, portanto, não houve repercussões maternas ou fetais.

No grau 2, o parto vaginal é possível se iminente, desde que a vitalidade fetal esteja preservada e não haja comprometimento hemodinâmico materno. O trabalho de parto deve estar em franco progresso. A amniotomia deve ser realizada assim que possível, pois irá diminuir a pressão intrauterina com o escoamento do líquido amniótico, diminuindo tanto o sangramento do leito placentário quanto a passagem para a circulação materna de tromboplastina. Deve ser monitorado o estado hemodinâmico

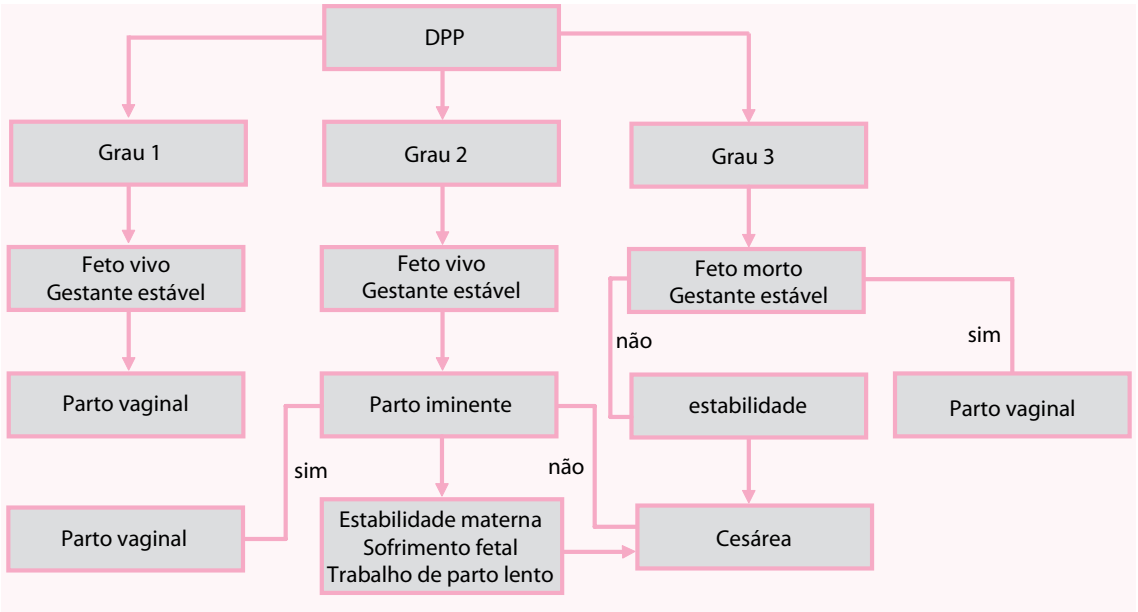
Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 406

da gestante com manutenção adequada de reposição volêmica e de sangue e derivados se necessário. O débito urinário deve ser monitorado e mantido em 30ml/hora e o hematócrito acompanhado e mantido acima de 30%. Se a evolução do trabalho de parto não for rápida e favorável, se houver instabilidade materna ou sofrimento fetal, a cesárea deve ser realizada imediatamente.

Em caso do feto morto, Grau 3, o parto vaginal é aconselhável. Deve-se adotar os mesmos cuidados de monitoração materna do ponto de vista hemodinâmico e do estado de coagulação. Apesar da hipertonia uterina, em alguns casos de DPP maciço o útero pode se tornar hipotônico, sendo necessário o uso de ocitocina. Essa deve ser usada com critério e constante monitoração.

Antes de realizadar a cesárea, onde houver possibilidade, deve ser feita transfusão de concentrado de glóbulos, reposição de plaquetas e plasma fresco congelado.

Fluxograma de conduta no DPP



Rotura uterina

É uma complicação muito grave em obstetrícia sendo uma importante causa de morbimortalidade materna. A rotura uterina é classificada em:

– Completa: há a total rotura da parede uterina. É uma urgência obstétrica, levando a risco de vida tanto da mãe quanto do feto.

– Incompleta: o peritôneo parietal permanece intacto. Geralmente não é complicada, podendo permanecer assintomática após um parto vaginal.

A incidência varia muito dependendo do país, podendo variar de 1 a cada 585 partos a 1 a cada 6.673 partos.

O maior fator de risco para rotura é a presença de cicatriz uterina e o antecedente de cesariana é o principal delas. Outras causas possíveis são antecedentes

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 407

de: curetagem uterina com perfuração, miomectomia, acretismo placentário, trauma abdominal, anomalias uterinas, hiperdistensão uterina, uso inapropriado de ocitocina.

O tipo de incisão da cesárea prévia também deve ser considerado. A incisão corporal apresenta um risco maior de rotura em comparação com a segmentar transversa, com piores prognósticos materno e perinatal. O risco de rotura após uma cesárea com incisão corporal é de 4–9% enquanto após uma com incisão segmentar transversa é de 0,2–1,5%.

Paradoxalmente, o risco de rotura uterina na gestante com uma cesariana prévia durante o trabalho de parto é de 1% e quando essa gestante apresenta um parto vaginal anterior à cesariana esse risco é ainda menor. Por esse motivo, não há evidências que suportem a realização de cesárea eletiva em gestantes com uma cesárea anterior. Os riscos da segunda cesariana suplantam os riscos da rotura durante o trabalho de parto.

As gestantes que possuem duas ou mais cesáreas prévias têm um risco de rotura uterina que em alguns estudos foi semelhante e em outros foi duas vezes maior quando comparadas às mulheres com uma cesariana prévia. O risco absoluto de rotura ainda é baixo (em torno de 2%). É importante ressaltar que os riscos cirúrgicos de uma cesárea após duas ou mais cesáreas, como sangramentos excessivos, aderências, lesões de bexiga ou intestinos e até histerectomias são significativos e devem ser considerados quando se avaliam riscos e benefícios de se tentar uma prova de trabalho de parto ou se indica um procedimento de repetição. **As chances de sucesso de se conseguir um parto normal são semelhantes após uma ou mais cesáreas**.

O uso de ocitocina para condução do trabalho de parto não aumenta o risco de rotura quando comparado ao trabalho de parto espontâneo. Porém, vale ressaltar que esse uso deve ser criterioso e monitorado como em todo trabalho de parto conduzido com ocitócicos. Já o uso de prostaglandinas para amadurecimento cervical não é recomendado em presença de cesárea anterior, devido ao aumento do risco de rotura uterina.

A rotura uterina pode cursar também com lesão vesical, o que ocorre em 0,1% dos casos.

Quadro clínico

A rotura uterina pode ocorrer no pré-parto, intraparto e pós-parto. O trauma abdominal é uma importante causa de rotura uterina pré-parto, podendo ser um achado intraoperatório de uma cesárea eletiva.

No intraparto, quando a rotura é mais frequente, o achado mais característico é a perda súbita dos batimentos cardíacos fetais. A gestante pode ou não apresentar sangramento vaginal, sinais e sintomas de choque hipovolêmico, com taquicardia importante e hipotensão, e parada das contrações após dor forte. Na palpação abdominal, as partes fetais são facilmente palpadas no abdome materno e, ao toque vaginal, há a subida da apresentação.

A rotura uterina é causa de hemorragia pós-parto e deve ser prontamente identificada e tratada cirurgicamente.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 408

Quadro clínico da rotura uterina:

- Deterioração do padrão dos batimentos cardíacos fetais;
- Gestante queixa de dor aguda, de forte intensidade;
- Sangramento vaginal;
- Parada das contrações;
- Subida da apresentação ao toque vaginal;
- Partes fetais palpáveis facilmente no abdome materno;
- Taquicardia importante e hipotensão grave.

Conduta

Em primeiro lugar deve-se conseguir a estabilidade hemodinâmica da gestante iniciando o ABC da reanimação: vias aéreas pérvias, respiração – fornecer O_2 em máscara a 10l/min ou cateter a 5l/min, puncionar dois acessos venosos calibrosos infundindo 1.000ml de solução cristaloide em cada acesso na velocidade inicial de 500ml nos primeiros 10 minutos e manter com a velocidade de infusão de 250ml/hora.

Deve ser realizada laparotomia imediatamente com anestesia geral para não agravar ainda mais a hipotensão. Nos casos mais graves, na abertura da cavidade o feto é encontrado total ou parcialmente localizado no abdome materno juntamente com a placenta. Nesses casos o prognóstico fetal é muito ruim, sendo causa importante de óbito perinatal.

Em casos de acretismo placentário, é frequente a observação do local da rotura junto à implantação placentária, mostrando uma relação entre o acretismo e a rotura uterina. Nesses casos, o uso da ultrassonografia endovaginal é útil para a medida da espessura da parede uterina, e a ressonância magnética poderá confirmar o diagnóstico de acretismo.

Em geral é necessário realizar histerectomia para tratar a rotura uterina, pois ocorrem lesões vasculares, com dificuldade de conservação do útero.

Vasa prévia

A vasa prévia é definida como sangramento dos vasos sanguíneos fetais que atravessam as membranas amnióticas passando pelo orifício interno do colo. Está associada à inserção anormal dos vasos fetais dentro das membranas. É uma causa rara de hemorragia, ocorrendo geralmente em gestantes com implantação baixa da placenta e inserção velamentosa de cordão. A perda sanguínea é de origem fetal, fato este que mostra a urgência do seu diagnóstico. As taxas de mortalidade fetal são altas, ao redor de 50%.

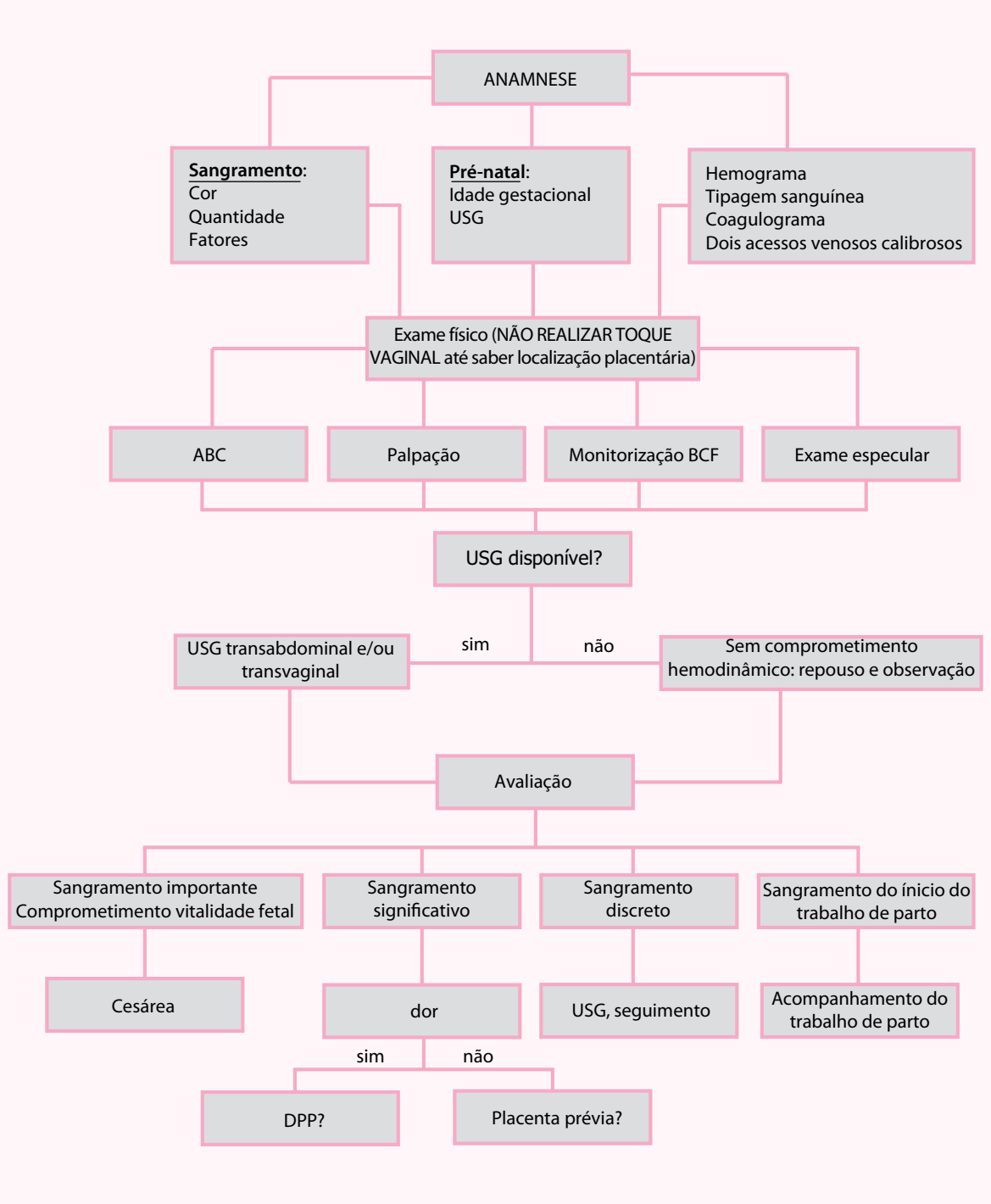
O sangramento tem início no momento da rotura das membranas. O diagnóstico pré-parto é difícil, podendo ser percebido por intermédio do toque vaginal e pela amnioscopia (com a visualização dos vasos sanguíneos atravessando as membranas pelo orifício interno do colo). A USG com Doppler colorido pode detectar a vasa prévia no anteparto e deve ser considerada em gestantes de alto risco (placenta prévia, inserção velamentosa de cordão).

Muitas vezes o diagnóstico intraparto também é muito difícil. São descritos testes em que é feita a detecção de hemácias fetais no sangue exteriorizado (Apt-Test e

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 409

coloração de Wright) mas, na maioria das vezes, não há tempo para a realização desses testes. pois é frequente a deterioração dos batimentos cardíacos fetais no momento da rotura. Nesse caso, a cesariana de urgência está indicada.

Fluxograma de decisões para diagnóstico de sangramento na segunda metade da gestação



Restrição de Crescimento Fetal

Conceitua-se restrição do crescimento fetal a limitação patológica de um feto em atingir o seu potencial de crescimento, devido a vários fatores. Constitui-se em importante causa de morbidade e mortalidade perinatal. Quando o peso ao nascer está abaixo do percentil 10 para a idade gestacional, a mortalidade perinatal pode ser oito vezes maior e quando está abaixo do percentil 3 pode ser até 20 vezes mais. Além da mortalidade, a morbidade em curto e longo prazo estão significativamente aumentadas em um feto com restrição do crescimento. As complicações neonatais incluem hipoxia ao nascer e, quando associadas à prematuridade, a síndrome de desconforto respiratório, enterocolite necrotisante, retinopatia da prematuridade, infecção e hipoglicemia. As complicações em longo prazo incluem risco aumentado de resistência à insulina, desordens cardiovasculares e problemas psiquiátricos. A assistência pré-natal adequada pode ser capaz de detectar precocemente as gestações comprometidas e adotar medidas visando à diminuição dos agravos resultantes.

As causas de restrição do crescimento fetal podem ser divididas em dois grupos importantes: (1) fatores fetais intrínsecos que reduzem o crescimento potencial, tais como aneuploidias, síndromes genéticas e infecções congênitas e (2) aquelas que afetam a transferência de nutrientes e oxigênio para o feto, como os processos originários na placenta associados à pré-eclâmpsia, e fatores maternos como a desnutrição grave, tabagismo e uso de drogas. Das causas maternas, a pré-eclâmpsia é o fator que mais está associado com casos graves de restrição do crescimento fetal.

Diagnóstico

A suspeita clínica de crescimento intrauterino restrito (CIUR) deve estar alicerçada na precisão da idade gestacional, idealmente obtida por meio de ultrassonografia obstétrica de primeiro trimestre (9 a 12 semanas). Altura uterina menor que a esperada no terceiro trimestre de gestação deve ser indicação de ultrassonografia obstétrica para avaliação do crescimento fetal. É muito importante diferenciar neste exame os fetos que são constitucionalmente pequenos (placentação normal, pais de biotipo menor) daqueles conceptos que reduziram o ritmo de crescimento, impedindo-os de atingir seu potencial genético. Esse grupo de fetos agrega considerável morbidade perinatal, bem como possibilidade de sequelas na vida adulta.

O diagnóstico ultrassonográfico de crescimento intrauterino restrito é firmado quando a estimativa de peso fetal estiver abaixo do percentil 10 para a idade gestacional. O parâmetro da biometria fetal que melhor estima o perfil nutricional do feto é a medida da circunferência abdominal.

Casos de CIUR grave e precoce (diagnosticado no segundo trimestre) apontam para as possibilidade de infecção congênita ou cromossomopatia, devendo ser acompanhados em serviços terciários de assistência.

A causa mais frequente de CIUR é a insuficiência placentária. Em função de constituir modelo de má-adaptação vascular, o estudo dopplerfluxométrico vai fornecer subsídios para a correta avaliação da condição biofísica do feto e de sua placenta.

Fatores de risco para CIUR

Fatores maternos:

- **Baixo peso pré-gravídico (<50Kg);**
- **Tabagismo;**
- **Infecções hematogênicas;**
- **Síndrome antifosfolípide e trombofilias;**
- **Drogadição;**
- **Anemia grave e hemoglobinopatias;**
- **Hipóxia materna;**
- **Restrição de crescimento fetal em gestação anterior;**
- **Aborto de repetição.**

Doenças maternas que afetam a placentação:

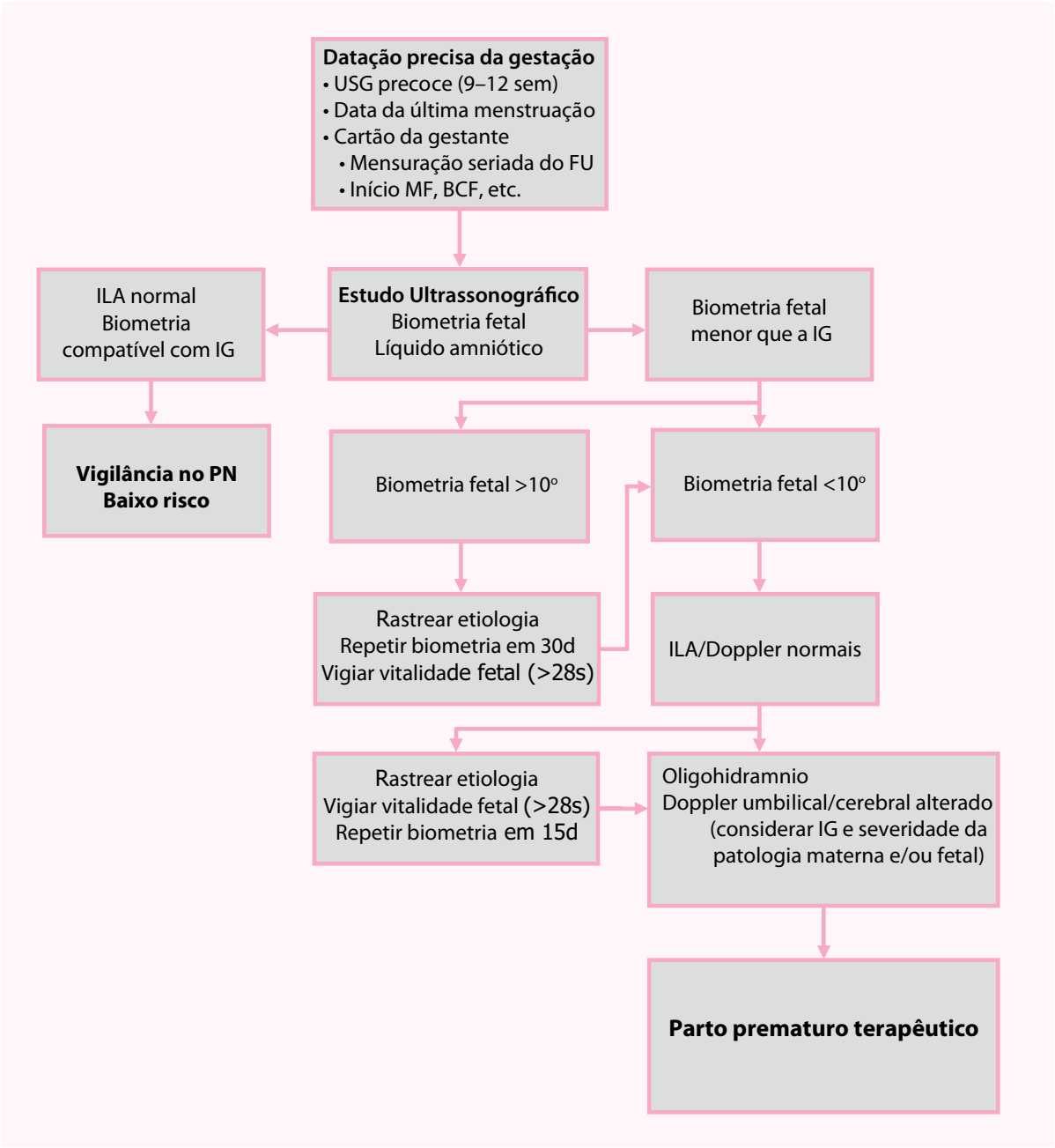
- **Pré-eclâmpsia;**
- **Doença autoimune;**
- **Trombofilias;**
- **Doença renal;**
- **Diabetes;**
- **Hipertensão essencial.**

Outros fatores placentários:

- **Placenta circunvalada;**
- **Mosaicismo;**
- **Gemelaridade;**
- **Descolamento coriônico;**
- **Anomalias uterinas;**
- **Infartos placentários;**
- **Fatores fetais;**
- **Aneuploidias;**
- **Síndromes genéticas;**
- **Infecções congênitas.**

De forma complementar, a reatividade da cardiotocografia (após 30 semanas), bem como o controle do volume de líquido amniótico, podem auxiliar na tomada de decisão quanto ao melhor momento para antecipação do parto. A conduta usual envolve os passos descritos no algoritmo que se segue:

Fluxograma de decisões para restrição de crescimento fetal



Macrossomia Fetal

Usamos o termo macrossomia fetal para designar recém-nascidos com peso igual ou superior a 4.000 gramas, independentemente da idade gestacional ao nascimento. Durante o pré-natal deve-se suspeitar desse diagnóstico para os fetos cujo peso estimado seja igual ou maior que o percentil 90.

Esses conceptos têm morbidade perinatal elevada em função do aumento da ocorrência de tocotraumatismos e distúrbios metabólicos neonatais. Nem sempre diagnosticados no pré-natal, na avaliação clínica é importante atentar para o biotipo avantajado dos pais (especialmente o da mãe), gestação prolongada, história obstétrica de feto macrossômico, multiparidade, obesidade, ganho ponderal excessivo e diabetes materno (sem vasculopatia).

Frente à suspeita de macrossomia, no mais das vezes relacionada à medida da altura de fundo de útero acima do esperado, realizar ultrassonografia obstétrica para confirmação diagnóstica. O peso fetal calculado não é parâmetro preciso na gestação próxima ao termo, devendo o ultrassonografista atentar para a medida da circunferência abdominal e a presença de depósitos de gordura (tecido subcutâneo), que exprimem de maneira mais fidedigna o perfil metabólico do concepto, bem como a avaliação do volume de líquido e massa placentária. Circunferência abdominal acima do percentil 90 em fetos de mães diabéticas indica necessidade de ajuste metabólico materno (insulinoterapia adequada), principalmente se associada a polihidramnia/placentomegalia.

A frequência de tocotraumismo está elevada independentemente da via de parto. Mesmo na ausência de trabalho de parto têm sido identificadas lesões fetais decorrentes da acomodação intrauterina. Prevalece a indicação obstétrica quanto à via de parto, salientando a cuidadosa avaliação da pelve materna quanto à proporcionalidade e o preconizado como boa assistência ao trabalho de parto. Distocias no trabalho de parto que requerem uso de ocitocina ou parto dirigido (fórcipe ou vacuum) para correção de período expulsivo prolongado tem elevada associação com distocia de ombro e lesões fetais (fraturas ou paralisias).

Ante a possibilidade de antecipação do parto no período compreendido entre 24 e 34 semanas de gestação, preconiza-se a aceleração da maturidade pulmonar fetal através de corticoterapia.

No caso de diabetes sob mau controle glicêmico, atentar para a possibilidade de distocia de espáduas, posto que o tronco do feto é desproporcional às dimensões do polo cefálico.

A extração fetal na cesariana não protege o feto macrossômico de tocotraumatismos, além de aumentar a morbidade do procedimento (prolongamentos de histerotomia, hemorragia e hipotonia uterina por sobredistensão).

Gestação prolongada

É a gravidez que se estendeu além de 42 semanas. Está associada a um risco aumentado de morbidade e mortalidade perinatal. A taxa de mortalidade perinatal (óbitos fetais mais as mortes neonatais precoces) em gestações de 42 semanas é duas vezes maior que nas gestações de termo (4–7 mortes contra 2–3 mortes por 1.000 partos) e dobra após 43 semanas.

A insuficiência útero-placentária, a síndrome de aspiração meconial e a infecção intrauterina contribuem para as altas taxas de mortalidade perinatal e óbito intrauterino.

Aproximadamente 20% dos fetos após 42 semanas apresentam crescimento intrauterino restrito devido à insuficiência placentária.

Essas gestações têm maior risco de compressão funicular devido à oligohidramnia e síndrome de aspiração meconial.

Diagnóstico

O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional. O exame ultrassonográfico no início da gestação, idealmente entre 9 e 12 semanas, é o método mais fidedigno para avaliação da idade gestacional, principalmente em gestantes com dúvidas sobre a data da última menstruação. O exame realizado no segundo trimestre não é tão preciso, mas tem valia se há uma diferença maior que 10 dias entre a estimativa dessa USG e a data da última menstruação. Nesse caso deve-se ajustar a idade gestacional pela USG.

Conduta

Se não houver objeção por parte da mulher, deve ser realizado o descolamento das membranas amnióticas, entre 38 e 41 semanas, para diminuir a probabilidade de indução do parto.

A indução do parto deve ser realizada a partir de 41 semanas de gestação, **após concordância da mulher** (ver capítulo de antecipação eletiva do parto para métodos de indução).

Em gestantes que recusam submeter-se à indução, na conduta deverá ser avaliado o bem-estar fetal (ver capítulo de avaliação do bem-estar fetal). A frequência de vigilância deve ser duas vezes por semana. O parto deve ser realizado se houver oligohidramnio, presença de mecônio à amnioscopia ou evidências de comprometimento fetal.

A dopplerfluxometria não tem nenhum benefício comprovado na avaliação desses fetos e não é recomendada para esta indicação.

Trabalho de parto prematuro

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 (ou 154 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas. Nesse período, o trabalho de parto é caracterizado pela presença de contrações frequentes (uma a cada 5 a 8 minutos) acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas por dilatação maior que 2,0cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

Diagnóstico

Na anamnese deve-se avaliar fatores de risco (fisiológicos, comportamentais e psicossociais), problemas na gravidez atual, complicações clínicas associadas e estado fetal.

Fatores de risco associados à prematuridade

- Parto prematuro prévio;
- História materna de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre;
- Comprimento cervical <3.0cm;
- Baixo nível socioeconômico;
- Idade materna <15 anos ou >40 anos;
- Complicações maternas (clínicas ou obstétricas);
- Atividade física aumentada;
- Tabagismo;
- Uso de cocaína;
- Ausência de controle pré-natal;
- Situações de alto estresse.
- Gestação múltipla;
- Crescimento intrauterino restrito;
- Anomalias congênitas;
- Polihidrâmnio;
- Rotura prematura de membranas pré-termo;
- Descolamento de placenta;
- Presença de DIU;
- Mioma (particularmente submucoso ou subplacentário);
- Anomalias uterinas;
- Insuficiência istmo-cervical;
- Infecções maternas;
- Síndrome antifosfolípide;
- Trauma;
- Cirurgia.

Exame Físico

- Avaliar atividade uterina por meio da palpação abdominal (frequência, intensidade e duração das contrações). Não tem valor o uso da tocometria através de cardiotocografia.
- Fazer ausculta e contagem de batimentos cardiofetais com estetoscópio de Pinard ou por intermédio do sonar-doppler.
- Se houver história de eliminação de líquido pela vagina, avaliar a possibilidade de rotura de membranas por meio de exame especular.
- Na suspeita ou confirmação de rotura de membranas ou de placenta prévia e na ausência de contrações rítmicas ou sangramento importante, a inspeção visual pode ser utilizada para avaliar o colo. Quando decidido pelo toque vaginal, devem ser tomados cuidados para evitar sangramento ou infecções.
- Se não houver rotura de membranas ou suspeita de placenta prévia, realizar exame digital cervical. Sinais de maturidade cervical (escore ou índice de Bishop elevados) são preditivos para risco de parto prematuro.

- Se houver sangramento vaginal, avaliar a possibilidade de placenta prévia e/ou descolamento de placenta.

Propedêutica auxiliar

- Hemograma, urina tipo I, gram de gota de urina e urocultura;
- Pesquisa para estreptococo do grupo B, se não tiver sido realizada antes e houver disponibilidade local;
- Ultrassonografia.

Solicitar ultrassonografia obstétrica se houver suspeita de placenta prévia ou rotura de membranas e houver dúvidas em relação à idade gestacional e ao crescimento fetal, assim como para auxiliar na tomada de decisões quando necessário.

Comprimento cervical <2,5cm à ultrassonografia tem um bom valor preditivo em mulheres com risco aumentado para parto prematuro.

Prevenção do parto prematuro

Embora a prevenção da prematuridade continue a ser um desafio para a obstetrícia, alguns resultados têm sido obtidos por meio da identificação e tratamento de infecções genitais e trato urinário, assim como com a adaptação laboral da grávida de risco.

Alguns estudos recentes têm mostrado resultados com o uso de progesterona em grupos de risco. Gestantes com alto risco para parto prematuro, ou seja, parto prematuro anterior, submetidas a cerclagem cervical e portadoras de malformações uterinas devem receber 100mg de progesterona por via vaginal diariamente a partir de 24 e até 34 semanas de gestação. Para aquelas que apresentarem comprimento cervical ≤ 1,5cm em ultrassonografia transvaginal realizada entre 20 e 25 semanas, independentemente de fatores de risco presentes, deve ser considerado o uso de 200mg de progesterona vaginal diariamente até pelo menos 34 semanas. Para fins de prevenção, toda gestante que for submetida a uma ultrassonografia nesse período deve ter uma avaliação do comprimento cervical por via transvaginal.

Conduta

Toda gestante em trabalho de parto prematuro deve ser assistida em unidade com recursos adequados para assistência neonatal em prematuridade, ou seja, de nível secundário ou terciário, dependendo da idade gestacional e/ou outros problemas fetais. A melhor forma de transporte de prematuros ainda é no interior do útero da mãe. **Não se deve retardar o início do tratamento em vista da transferência materna**.

A mulher e sua família também devem receber aconselhamento sobre a morbidade e mortalidade associadas à idade gestacional e a eficácia limitada do tratamento.

Não existem evidências que apoiem o uso do repouso em leito como forma de prevenir o parto prematuro, assim como do uso da hidratação.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 417

Tocolíticos

O uso de agentes tocolíticos ou inibidores das contrações uterinas deve ser iniciado assim que se concluir pelo diagnóstico de trabalho de parto prematuro, respeitadas as contraindicações para o seu uso. O principal objetivo da tocólise é ganhar tempo necessário para a ação da corticoterapia (ver adiante) e/ou transporte materno-fetal com segurança.

Contraindicações:

- Maternas: corioamnionite, sangramento grave, condições clínicas maternas, hipertensão induzida pela gravidez;
- Fetais: morte fetal, anomalias fetais incompatíveis com a vida, comprometimento fetal, crescimento intrauterino restrito grave ou idade gestacional >34 semanas;
- Contraindicações relacionadas às drogas.

Deve-se assegurar internação para monitoração adequada do feto, estado de hidratação materna e atenção às complicações do tratamento.

Nifedipina (primeira escolha): cápsulas de ação rápida de 10mg. Oferecer 10mg VO a cada 20 minutos até quatro doses OU 20mg VO em dose única, e se necessário 20mg após 90–120 minutos se a atividade uterina persistir. Se após a 2ª dose mantiver atividade uterina, considerar falha terapêutica e utilizar outro agente. A dose de manutenção é de 20mg VO a cada 4 a 8 horas por no máximo 72 horas. As contraindicações são: hipotensão materna (PA <90/50mHg) e bloqueio átrio-ventricular.

Indometacina: *Dose de ataque* de 50mg VO (ou 100mg/via retal) e *dose de manutenção* de 25mg/VO (1 comp.) cada 4 a 6 horas por no máximo 48–72 horas OU 100mg/via retal a cada 24 horas (no máximo duas doses). O uso da indometacina em dose única de 100mg por via retal mostra-se de fundamental valor naquelas gestantes que serão transferidas para centros de atenção secundária ou terciária. As contraindicações são: disfunção renal ou hepática, úlcera péptica ativa, asma sensível a Aine, desordens de coagulação, trombocitopenia, oligohidrâmnio (rotura de membranas) e após 32 semanas (para evitar complicações, como o fechamento precoce do ducto arterioso).

Agentes betamiméticos:

Deve-se ter cuidado com o uso de betamiméticos e hidratação venosa devido ao risco aumentado de edema agudo de pulmão. Podem elevar a glicemia materna.

Salbutamol: solução de 5mg (ou 10 amp.) em 500ml SG 5% (0,01mg/ml). Iniciar a 10µg/min (60ml/hr em bomba de infusão ou 20 gotas/min) e aumentar 10µg/min de 20 em 20 minutos até inibição das contrações ou efeitos colaterais maternos indesejáveis (pulso >120 bpm, dor torácica, hipotensão, etc.). Manter por 60 minutos. Diminuir 10µg/min de 30 em 30 minutos até menor dosagem efetiva para inibição das contrações. Manter por 12 horas.

Terbutalina*: s*olução de 5mg (ou 10 amp.) em 500ml SG 5% (0,01mg/ml). Iniciar a 10µg/min (60ml/hr em bomba de infusão ou 20 gotas/min). Aumentar 10µg/min de 20 em 20 minutos até inibição das contrações ou efeitos colaterais maternos

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 418

indesejáveis (pulso >120 bpm, dor torácica, hipotensão, etc.). Manter por 60 minutos. Diminuir 10µg/min de 30 em 30 minutos até menor dosagem efetiva para inibição das contrações. Manter por 12 horas.

Ritodrina: solução de 50mg (ou 5 ampolas) em 500ml SG 5% (0,1 mg/ml). Iniciar a 50µg/min (30ml/hr em bomba de infusão contínua ou 10 gotas/min) por via intravenosa. Aumentar 50µg/min de 20 em 20 minutos até inibição das contrações ou efeitos colaterais maternos indesejáveis (pulso >120 bpm, dor torácica, hipotensão, etc.). Manter por 60 minutos. Diminuir 50µg/min de 30 em 30 minutos até menor dosagem que mantiver útero inibido. Manter por 12 horas.

Antagonista de ocitocina:

Atosibano: *o* atosibano é um antagonista da ocitocina com potente ação tocolítica, mas estudos comparativos não demonstraram sua superioridade em relação à nifedipina, além de apresentar alto custo.

Apresentações:

– Solução injetável, em frasco com 0,9ml de solução, contendo 7,5mg/ml de atosibano base livre ou total de 6,75mg;

– Solução para infusão, em frasco com 5,0ml de solução contendo 7,5mg/ml de atosibano base livre ou total de 37,5mg.

Preparo da solução de atosibano (7,5mg/ml) para a infusão intravenosa, descrita nas fases 2 e 3.

A Solução Concentrada para infusão deve ser em uma das seguintes soluções:

– Solução de NaCl 0,9% m/v;

– Solução de lactato de Ringer;

– Solução de glicose 5% m/v.

Esta diluição deve ser realizada na forma descrita abaixo:

1. Retire 10ml de solução de uma bolsa de infusão de 100ml e descarte-os.

2. Substitua os 10ml descartados por 10ml de atosibano (7,5mg/ml) – Solução Concentrada para Infusão IV, proveniente de dois frascos de 5ml, obtendo uma concentração final de 75mg de atosibano em 100ml.

Prepare novas bolsas de 100ml do mesmo modo descrito para permitir a continuidade da infusão;

Se uma bolsa de infusão com um volume diferente é utilizada, um cálculo proporcional deve ser feito para a preparação.

O atosibano é administrado intravenosamente em três fases sucessivas:

Fase 1. *Dose de ataque* de 1 ampola (7,5mg/ml) – Solução injetável para bolus intravenoso 6,75mg, em bolus lento, durante um minuto.

Fase 2. Seguida imediatamente por uma infusão contínua de alta dosagem (infusão de carga 300µg/min = 18mg/h, que corresponde a uma taxa de infusão de 24ml/h) da solução para infusão preparada (7,5mg/ml) – Solução concentrada para infusão durante três horas.

Fase 3. Por fim uma infusão, da mesma solução anteriormente preparada, porém de menor dosagem (infusão subsequente de carga 100µg/min = 6mg/h, que corresponde a uma taxa de 8ml/h), por até 45 horas.

A duração do tratamento não deve exceder 48 horas. A dose total dada durante um curso completo da terapia com atosibano não deve, preferivelmente, exceder 330mg da substância ativa.

Corticosteroides

A administração de corticoides para amadurecimento pulmonar fetal se constitui na principal estratégia para a redução da morbidade e mortalidade perinatal associadas à prematuridade, tais como redução da ocorrência de síndrome de membrana hialina, hemorragia intraventricular e enterocolite necrotisante. Os efeitos atingem seu benefício máximo se o parto ocorrer entre 24 horas e 7 dias após a última dose do medicamento. Entretanto, mesmo se o parto ocorrer fora desse prazo ainda existem benefícios e, portanto, toda mulher com risco de parto prematuro deve receber corticoterapia, exceto quando houver contraindicações ao seu uso. As opções disponíveis são:

- Betametasona 12mg IM de 24 em 24 h ou ;
- Dexametasona 6mg IM de 12 em 12 h X 4 doses.

Indicações: IG ≥ 24 e ≤ 34 semanas.

Contraindicações: evidências clínicas de infecção e/ou parto iminente.

Repetição das doses: as evidências atuais ainda são conflitantes em relação ao uso rotineiro de doses repetidas ou de resgate de corticosteroides no manejo do trabalho de parto prematuro. O benefício a curto prazo é evidente para doses repetidas, mas ainda há dúvidas em relação às consequências a longo prazo. Sugere-se repetição da dose se apresentar novo episódio com risco elevado de parto pré-termo antes de 32 semanas e após 7 dias da dose de ataque inicial, com um máximo de 3 doses. Nesse caso a droga de escolha deve ser a betametasona em dose de 12mg.

Efeitos colaterais

- Aumento de cerca de 30% na contagem total de leucócitos e cerca de 45% de redução na contagem de linfócitos dentro de 24h após injeção de betametasona. As contagens retornam aos valores basais dentro de três dias. Gestantes com contagem total de leucócitos >20 x 10^3 células/cc após a administração de esteroides devem ser avaliadas para pesquisa de infecção.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 420

- Hiperglicemia materna (em gestantes diabéticas em uso de insulina pode ser necessário aumento significativo das doses).
- Alterações significativas nos parâmetros de avaliação do bem-estar fetal, tais como diminuição ou aumento da frequência cardíaca fetal basal, diminuição ou aumento da variabilidade, diminuição dos movimentos fetais e alterações nos parâmetros biofísicos fetais. Tais alterações não podem ser confundidas com comprometimento do bem-estar fetal, pois são transitórias e retornam ao normal no quarto dia após a administração da primeira dose de corticoide.
- Possibilidade de contrações uterinas em gestações múltiplas com três ou mais fetos.

Antibióticos

Não existem evidências que justifiquem o uso de antibióticos no trabalho de parto prematuro com o objetivo de prolongar a gestação e aumentar a eficácia da tocólise. Os mesmos só devem ser utilizados para profilaxia da sepsis neonatal pelo estreptococo do grupo B (EGB) em gestantes em trabalho de parto ou com rotura de membranas anterior à 37ª semana, com risco iminente e significativo de parto prematuro, que tenham cultura positiva para EGB, ou se a cultura não foi realizada. Em geral utiliza-se:

– Penicilina G 5 milhões UI IV seguida por 2.5 milhões UI IV de 4 em 4h OU;

– Ampicilina 2,0g IV seguida por 1,0g IV de 4 em 4h.

Se a gestante for alérgica à Penicilina, usar Clindamicina 900mg IV de 8 em 8h

A eficácia é maior quando o intervalo entre a última dose e o parto for > 4 horas, mas a profilaxia deve ser realizada ainda que se vislumbre um intervalo menor que 4 horas até o parto. Dar preferência para a penicilina. O antibiótico deve ser mantido até a inibição efetiva (durante a tocólise) ou até o parto, o que ocorrer antes. Em algumas situações pode ser mantido por mais de 48 horas se o parto não tiver ocorrido e houver risco significativo de ocorrer brevemente.

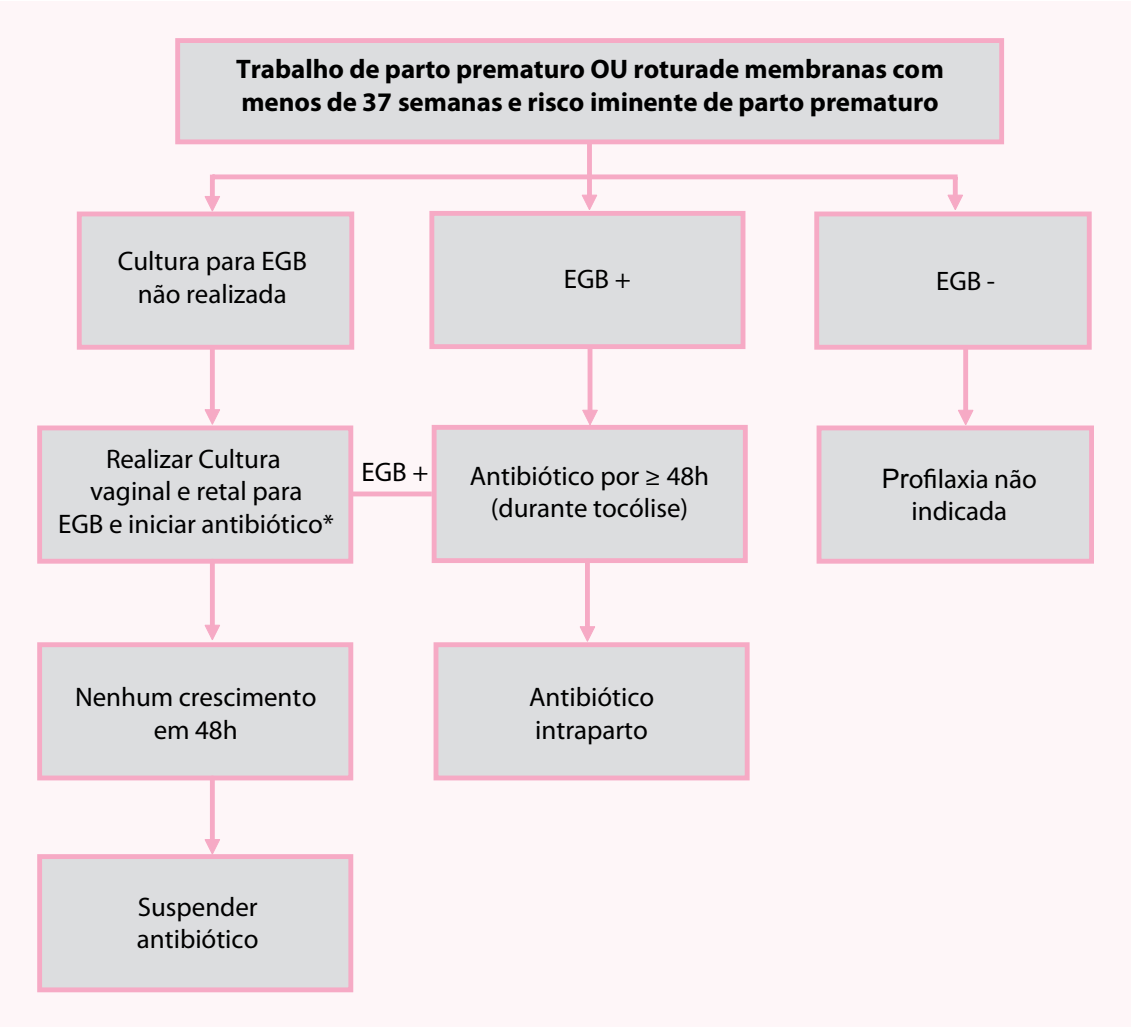
Outras indicações para profilaxia de infecção por EGB independentemente da idade gestacional em gestantes com cultura não realizada:

- Membranas rotas >18h;
- Bacteriúria por EGB;
- História de recém-nascido prévio infectado por EGB;
- Temperatura intraparto ≥ 38^{0}C.

Gestantes com cultura negativa para EGB não precisam de profilaxia em nenhuma situação.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 421

Fluxograma para profilaxia da infecção neonatal pelo estreptococo do grupo B em gestantes com trabalho de parto prematuro ou rotura prematura de membranas com menos de 37 semanas.



* Quando não for possível realizar a cultura, mantenha o antibiótico por pelo menos 72 horas até a inibição do trabalho de parto ou até o parto (tempo suficiente para erradicação do EGB no trato genital).

Outras recomendações e cuidados

Cuidados gerais

- Dieta regular;
- Dados vitais a cada 4h;
- Contagem de movimentos fetais duas vezes ao dia (após o almoço e jantar);
- Cardiotocografia basal duas vezes por semana;
- Comunicar se temperatura axilar ≥ 37,8ºC, contrações uterinas, diminuição de movimentos fetais, dor torácica, pulso materno >100, leucócitos >15.000, BCF >160.

Avaliação diária

- Contrações uterinas;
- Diminuição dos movimentos fetais (<6 movimentos em um período de 1 hora);
- Temperatura;
- Taquicardia materna ou fetal;

- Dor uterina;
- Avaliar resultados de exames solicitados.

Alta

A alta pode ser dada após 24 horas sem contrações.

Não há benefícios comprovados do uso de medicação tocolítica em nível ambulatorial com o objetivo de prevenir trabalho de parto prematuro recorrente.

Referir para consulta no pré-natal de alto risco.

Orientações para a alta:

Atenção para eliminação de fluidos vaginais;

Atenção para sinais e sintomas de TPP;

Contagem de movimentos fetais duas vezes ao dia;

Retorno ao hospital se necessário (presença de contrações, eliminação de sangue ou fluido pelos genitais, diminuição dos movimentos fetais).

Se a tocólise falhar ou o trabalho de parto não puder ser inibido

Não há nenhum benefício comprovado para o recém-nascido prematuro do uso rotineiro do fórceps e da episiotomia. Devem ser utilizados apenas para outras indicações (ex.: estado fetal não tranquilizador).

Não existem evidências de que o uso rotineiro da cesariana possa melhorar o prognóstico de recém-nascidos prematuros. Embora a sua realização possa reduzir a mortalidade neonatal em recém-nascidos de extremo baixo peso, a morbidade neonatal pode ser extremamente alta, não justificando o procedimento. Devem ser considerados também os riscos maternos.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 423

Rotura Prematura de Membranas

A rotura prematura de membranas ovulares (RPM) ou amniorrexe prematura ou rotura da bolsa de águas é o quadro caracterizado pela rotura espontânea das mesmas antes do começo do trabalho de parto. Quando ocorre antes do termo, ou seja, antes de 37 semanas, denomina-se rotura prematura de membranas pré-termo (RPMPT) e no termo denomina-se rotura prematura de membranas no termo (RPMT).

Constitui causa importante de partos pré-termo (cerca de 1/3 dos casos), o que contribui para aumento da mortalidade perinatal. A mortalidade materna também é agravada pelos riscos de infecção.

Diagnóstico

A anamnese informa sobre perda líquida, em grande quantidade ("molha roupas"), súbita e habitualmente indolor.

O líquido fluindo pela vulva pode ser: transparente e de odor característico, seminal ou a hipoclorito de sódio; pode ter cor amarelada ou esverdeada (mecônio); ou ser purulento, se há infecção ovular.

Quando a perda de líquido não é evidente, procede-se a um exame especular estéril com mobilização do pólo fetal e manobra de Valsalva para a detecção de saída de líquido pelo orifício cervical.

Pode-se coletar pequena quantidade de secreção vaginal no fundo de saco e verificar em microscópio após secagem pelo calor. A presença de cristalização em folha de samambaia confirma a rotura de membranas. A mudança de coloração (incolor para marrom) da amostra de líquido amniótico em lâmina, aquecida durante um minuto, também confirma a rotura de membranas.

Outros exames também podem ser utilizados para auxiliar no diagnóstico, como a medição de pH da secreção vaginal com papel de nitrazina (que se torna azul em contato com o fluido vaginal; falso positivo com sangue, trichomonas e vaginose) e a ultrassonografia. A instilação transabdominal guiada por ultrassonografia de 1ml de corante índigo carmim diluído em 9ml de solução salina estéril dentro da cavidade amniótica e observação de tingimento de um forro ou tampão vaginal confirma o diagnóstico, embora deva ser reservada para serviços mais especializados.

Deve ser feito diagnóstico diferencial com emissão involuntária de urina ou outras eliminações vaginais como leucorreias, muco etc.

A ultrassonografia é método auxiliar importante, não definitivo. À redução do volume do líquido amniótico, soma-se avaliação da idade gestacional, parâmetro fundamental na tomada de conduta.

Exame físico

- Temperatura axilar e pulso materno;
- Dinâmica uterina;
- Altura uterina;
- Estado fetal (ausculta com Pinard, Sonar etc.);
- Exame especular: A inspeção visual pode ser utilizada para avaliar o colo.

Evitar a realização de toque vaginal, exceto nas gestações a termo, em gestantes com parto iminente ou quando se planeja a indução imediata.

Se houver sangramento vaginal, avaliar possibilidade de placenta prévia e/ou descolamento de placenta.

Propedêutica auxiliar:

- Hemograma completo;
- Urina rotina, gram de urina, urocultura;
- Pesquisa para estreptococo do grupo B em *swab* anal e vaginal;
- Ultrassonografia.

Conduta

Aconselhamento sobre Morbidade/Mortalidade Relacionadas à Idade Gestacional

Toda mulher com diagnóstico de RPM e sua família devem receber aconselhamento sobre a morbidade e mortalidade associadas à idade gestacional e sobre a eficácia limitada do tratamento.

A conduta em relação à RPM dependerá da idade gestacional em que a mesma ocorrer.

Entre 22 e 24 semanas: individualização da conduta

Nesta faixa de idade gestacional o prognóstico perinatal é bastante ruim, além dos riscos maternos associados, tais como corioamnionite, sepsis e até óbito. Diante disso, pode-se oferecer à mulher e sua família a opção de interrupção da gestação. Caso a mulher opte por uma conduta expectante, tal fato deverá ser registrado no prontuário. Deve-se fazer a internação no momento do diagnóstico, com hiper-hidratação por 48–72 horas e reavaliação do ILA. A partir de então, reavaliar periodicamente. O acompanhamento poderá ser realizado em nível ambulatorial, se não houver evidências de infecção ou sangramento vaginal, conforme a seguir:

- Avaliação de sinais de infecção e de começo do trabalho de parto:
  - – Febre.
  - – Hemograma duas vezes por semana.
  - – Presença de contrações uterinas.
- Avaliação do estado fetal:
  - – Biometria fetal a cada 15 dias.
  - – Percepção de movimentos fetais pela mãe.
  - – Ausculta de batimentos cardiofetais duas vezes por semana.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 426

- Repouso estrito no leito;
- Evitar coito vaginal;
- Antibioticoterapia (ver adiante);
- Sem tocólise;
- Sem corticoterapia.

A variável mais importante para a orientação sobre prognóstico fetal é o volume de líquido amniótico. O oligohidrâmnio acentuado persistente por 14 dias ou mais está fortemente associado a hipoplasia pulmonar letal e a complicações como descolamento prematuro de placenta interrupção imediata da gestação se entrar em TP ou apresentar sinais de corioamnionite (critérios de Gibbs).

Se a gravidez se prolongar além de 24 semanas, a gestante deverá ser manejada como segue.

Entre 24 e 33 semanas

Além de 24 semanas de gestação, a conduta expectante parece trazer benefícios e deve ser discutida com a mulher e sua família. Deve-se orientar sobre os benefícios esperados para o feto com o prolongamento da gestação, tais como diminuição da morbidade neonatal relacionada à prematuridade. A mulher deve ser internada e manejada conforme a seguir:

- Cuidados gerais:
  - Repouso no leito com permissão para uso do banheiro.
  - Curva térmica de 4 em 4 horas (exceto durante o sono noturno da gestante).
  - Observar presença de contrações uterinas.

Evitar toques vaginais, exceto diante da presença de contrações uterinas fortes ou quando se planeja a indução imediata do parto.

- Realizar exame especular quando necessário para avaliar as condições cervicais e eliminação de líquido amniótico.
- Hemograma duas vezes por semana ou se surgirem sinais de corioamnionite. Hemossedimentação e Proteína C reativa quando possível;
- Avaliação do estado fetal:
  - Ausculta de batimentos cardiofetais duas a três vezes ao dia.
  - Contagem de movimentos fetais pela mãe duas vezes ao dia (após almoço e jantar).
  - Cardiotocografia basal diária ou no mínimo duas vezes por semana.
  - Perfil biofísico fetal diário para gestantes com ILA <5cm e duas vezes por semana para gestantes com ILA >5cm.
  - Avaliação de volume de líquido amniótico por ecografia de 2 em 2 dias.
- Hidratação oral (3 a 4l/dia).
- Antibióticos.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 427

Além de reduzir o risco infeccioso, melhoram os resultados perinatais. Existem vários esquemas propostos baseados no uso associado de um antibiótico derivado da penicilina associado ao macrolídeo por 7 dias. Um esquema possível seria o uso de AMPICILINA 2g IV a cada 6 horas por 48 horas seguida por 5 dias de AMOXICILINA 500 mg a cada 8h ou 875mg oral a cada 12 horas. Adicionalmente usa-se AZITROMICINA 1g em dose única oral

- Corticoides
  - Betametasona 12mg IM a cada 24h por dois dias (duas doses). OU
  - Dexametasona 6mg IM de 12 em 12h por 2 dias (4 doses).
  - Indicações: IG ≥ 24 e ≤ 34 semanas.
  - Contraindicações: evidências de infecção e/ou parto iminente, hipersensibilidade à droga.

Além de 34 semanas

Para as mulheres que apresentam RPM com gravidez de idade gestacional ≥34 semanas, independentemente da paridade e amadurecimento cervical:

- Interrupção imediata da gestação mediante a indução do trabalho de parto;
- A escolha do método de indução dependerá do estado de amadurecimento cervical. Se houver condições cervicais favoráveis, utilizar ocitocina. No caso de colo desfavorável utilizar método de amadurecimento cervical. A cesariana está recomendada apenas nas indicações obstétricas.

Critérios para interrupção da gestação:

- Gestação até 20 semanas, respeitadas as limitações legais, e além de 34 semanas;
- Trabalho de parto espontâneo;
- Sinais de comprometimento fetal;
- Sinais de infecção.

  – hipertermia ≥ 37,8^{0}C e pelo menos dois dos seguintes sinais:

  – útero doloroso;
  – odor vaginal desagradável;
  – taquicardia materna >100bpm;
  – taquicardia fetal (>160bpm);
  – leucocitose >15.000 células/ml.

Pode-se, ainda, considerar a elevação sustentada progressiva dos leucócitos, hemossedimentação, PCR e o fluxo anormal pela cervix ao exame especular.

Via e condições de assistência ao parto

Para gestantes em trabalho de parto espontâneo, apresentação de vértice, com dilatação cervical progressiva, a via vaginal é a mais apropriada, independentemente da idade gestacional, respeitadas as indicações obstétricas.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 428

Todavia, quando houver necessidade de interrupção da gestação em gestantes que não estão em trabalho de parto, a conduta dependerá da idade gestacional:

- Nas gestações ≥34 semanas em apresentação de vértice, a via vaginal é a mais apropriada, e a indução do parto pode ser realizada, independentemente do estado cervical.
- Nas gestações <34 semanas, a via de parto dependerá do estado cervical. Naquelas com escore de Bishop ≥ 6, a indução do parto pode ser feita com ocitocina. Naquelas com escore de Bishop <6, pode-se avaliar a utilização de misoprostol para amadurecimento cervical, desde que o processo de indução não seja muito prolongado (<24 horas). Em situações onde a indução poderá ser prolongada, considerar a realização de cesariana.

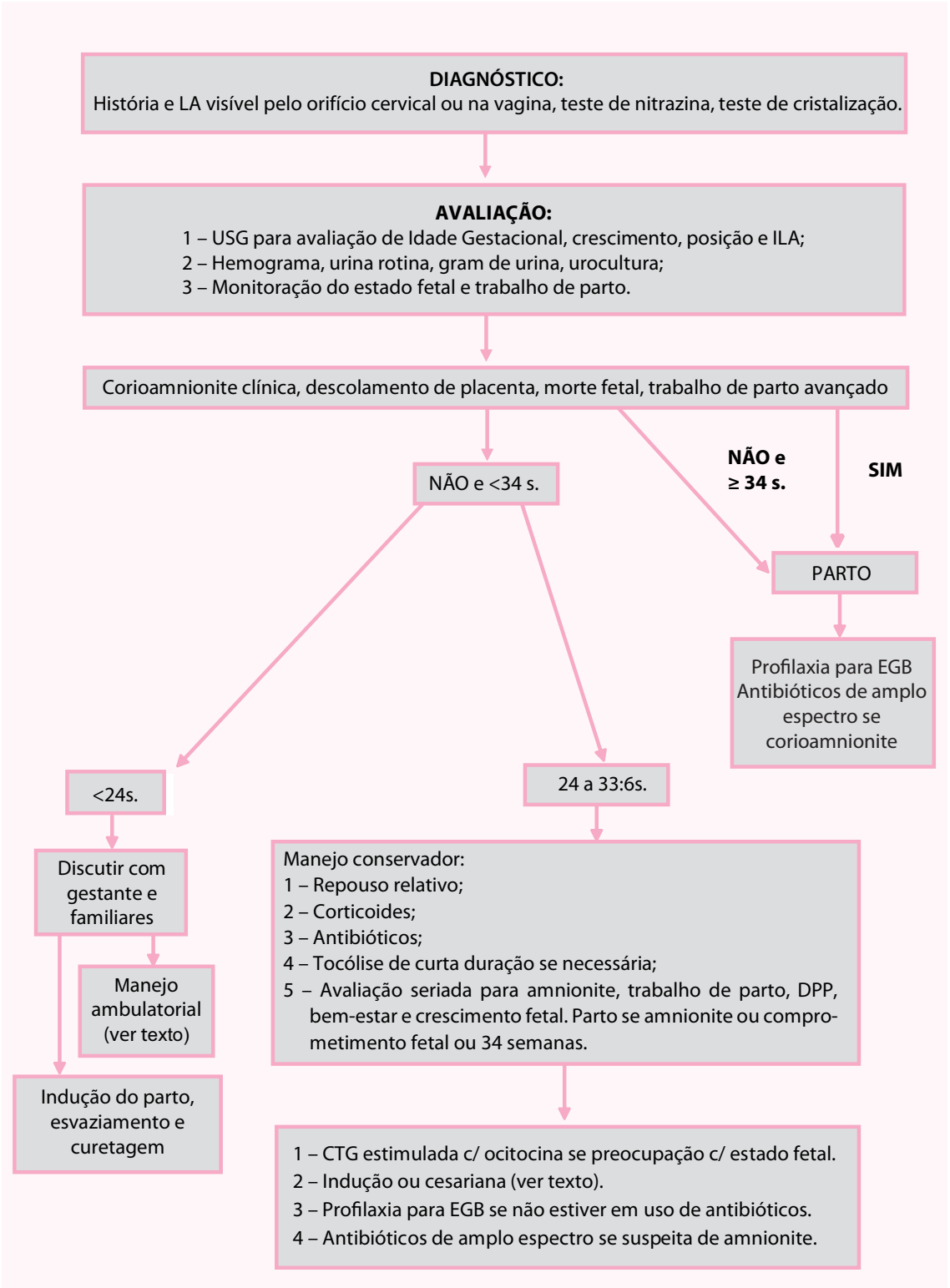
Evitar toques vaginais frequentes em gestantes com RPM em trabalho de parto. Embora a cesariana possa reduzir a mortalidade neonatal em recém-nascidos de extremo baixo peso (<1.000g), a morbidade neonatal pode ser extremamente alta, não justificando o procedimento. Devem ser considerados também os riscos maternos, principalmente o alto risco de infecção puerperal.

Não há nenhum benefício comprovado para o recém-nascido prematuro do uso rotineiro da cesariana, do fórceps e da episiotomia. Devem ser utilizados apenas para outras indicações (ex.: evidências de comprometimento do bem-estar fetal).

Nas gestantes que não estiverem em uso de antibióticos no momento da interrupção, realizar profilaxia para sepsis neonatal pelo estreptococo do grupo B conforme detalhado na seção de trabalho de parto prematuro.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 429

Fluxograma de decisões para o Manejo da Rotura Prematura de Membranas



Oligohidrâmnio

A redução patológica do volume de líquido amniótico (LA) incide de 0.5 a 5% das gestações.

O oligohidrâmnio é caracterizado pela deficiência na quantidade de líquido amniótico. O volume normal do L.A. varia de acordo com o tempo de gestação, reduzindo-se fisiologicamente nas últimas semanas.

A causa mais frequente de oligohidramnia é a rotura prematura de membranas, entretanto outras causas podem ser responsáveis, conforme o quadro:

Quadro 8. Causas de oligohidrâmnio

Causas maternas	Causas fetais	Causas anexiais
Síndrome hipertensiva Diabetes com vasculopatia Doenças do colágeno Síndrome antifosfolipide Ingestão de fármacos*	Sofrimento fetal crônico RCIU Malformações do sistema urinário fetal Infecções congênitas Cromossomopatias	Amniorrexe prematura Insuficiência placentária Prenhez prolongada Descolamento prematuro da placenta (crônico)

*em especial os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e da síntese de prostaglandinas, e os anti-inflamatórios.

Diagnóstico Clínico

O diagnóstico clínico é difícil. Deverá ser suspeitado sempre que houver:

- Medida do fundo do útero menor do que a esperada para a idade gestacional;
- Diminuição da circunferência abdominal;
- Partes fetais facilmente palpáveis;
- À ausculta, desacelerações variáveis da frequência cardíaca fetal, decorrentes da compressão funicular.

Diagnóstico Ultrassonográfico

- Avaliação do volume do líquido amniótico pela ultrassonografia (avaliação subjetiva pelo ultrassonografista da quantidade de LA);
- Avaliação do índice do líquido amniótico (ILA).

Utilizar a técnica dos quatro quadrantes, que consiste em dividir a área uterina em quatro quadrantes, que se cruzam na altura da cicatriz umbilical materna, e avaliar o maior bolsão de cada quadrante no seu diâmetro antero-posterior em cm. O somatório dos quatro valores obtidos constitui o ILA e a quantidade deste pode ser classificada como:

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 431

- Normal: ILA de 8–18cm;
- Oligohidrâmnio: ILA inferior a 5cm;
- Intermediário: ILA entre 5 e 8cm;
- Polihidrâmnio: ILA>18cm.

Conduta

O tratamento do oligohidrâmnio visa restaurar o volume do líquido amniótico, sendo necessário buscar o diagnóstico etiológico e, quando possível, o tratamento da doença de base.

A hidratação materna tem mostrado sua eficácia em aumentar o volume do líquido amniótico residual, desde que não haja contraindicação para uma sobrecarga circulatória. Recomenda-se um aporte total de 3 a 4 litros de líquidos por dia, preferentemente via oral.

A amnioinfusão consiste na infusão de líquidos, principalmente solução salina, na cavidade amniótica. Sua utilização ainda não é recomendada rotineiramente, estando restrita aos Centros de Referência, onde há possibilidade de monitorização por ultrassonografia e esclarecimento das condições fetais.

Recomenda-se a prescrição de corticosteroides para acelerar a maturidade pulmonar fetal, caso a idade gestacional esteja entre 24 e 34 semanas.

Deve ser realizada avaliação periódica da vitalidade fetal pela dopplerfluxometria e pelo perfil biofísico fetal.

Parto

- Se o feto estiver hígido, aguardar a proximidade do termo para interrupção da gestação.
- Utilizar monitoração eletrônica do feto no acompanhamento do trabalho de parto.
- A oligohidramnia aumenta o risco de compressão funicular e se associa com frequência ao sofrimento fetal.
- A interrupção da gestação por operação cesariana está condicionada à indicação materna ou ao comprometimento da vitalidade fetal.

Polihidrâmnio

É o aumento excessivo do volume do líquido amniótico, superior a 2.000ml, em gestações acima de 30 semanas. Sua incidência varia segundo o procedimento utilizado para o diagnóstico, seja clínico ou ultrassonográfico, variando ao redor de 0,5 a 1,5%.

Em condições normais, o aumento semanal médio de L.A é de 20ml entre a 10ª e a 14ª semanas e de 50ml da 15ª a 28ª semana, atingindo o seu volume máximo entre a 34 ª e a 36ª semana, cerca de 1.000ml, e decrescendo até o parto.

Há inúmeras condições maternas, fetais e placentárias que estão associadas ao polihidrâmnio. Ele pode ser agudo, que é raro e acontece no meio da gestação repen-

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 432

tinamente com muita sintomatologia materna e mau prognóstico, ou crônico, que é o mais frequente, no terceiro trimestre.

Quadro 9. Causas de polihidrâmnio

Causas maternas	Causas fetais	Causas anexiais
Diabetes *mellitus.*	Gemelaridade. Anomalias congênitas: 1 - Sistema nervoso central [1;] 2 - Trato gastrintestinal [2;] 3 - Aparelho cardiovascular [3;] 4 - Aparelho respiratório [4;] 5 - Aparelho urinário [5;] Infecções congênitas [6;] Doença hemolítica perinatal; Hidropsia fetal não imune.	Placenta circunvalada. Síndrome de transfusão gêmelo-gemelar; Transfusão feto-materna.

[1] Anencefalia, hidrocefalia, microcefalia e defeitos abertos do tubo neural.
[2] Atresia do esôfago, atresia de duodeno, onfalocele, pâncreas anular e hérnia diafragmática.
[3] Doença cardíaca congênita grave e arritmias cardíacas.
[4] Malformações pulmonares, hipoplasia pulmonar.
[5] Obstrução renal parcial ou completa, tumores renais.
[6] Sífilis, rubéola, toxoplasmose, citomegalovirus, parvoviroses.

Diagnóstico Clínico:

- Medida do fundo do útero maior do que a esperada para a idade gestacional;
- Aumento exagerado da circunferência abdominal;
- Dificuldade de palpação das partes fetais. Sensação palpatória de muito líquido;
- Dificuldade na ausculta dos batimentos cardíacos do feto;
- Possibilidade de cervicodilatação precoce.

Diagnóstico Ultrassonográfico

O diagnóstico de certeza é dado pelo achado do índice de líquido amniótico (ILA) superior a 18cm.

Conduta

É necessário buscar o diagnóstico etiológico do polihidrâmnio para a conduta adequada do tratamento e prognóstico.

O tratamento expectante pode ser adotado para gestantes sem sintomas intensos e em que, após investigação completa, não se evidenciou malformação fetal. A atitude conservadora se fará até a maturidade fetal ou enquanto as condições maternas permitirem.

Em gestantes com sintomatologia acentuada, recomenda-se a internação com repouso no leito e tentativas de reduzir a distensão uterina. Para esses casos pode-se adotar:

- Amniocentese descompressiva – indicada em casos de dispneia materna progressiva ou de dor abdominal. Recomenda-se a retirada lenta e gradual do

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 433

líquido amniótico (200 a 500ml/hora) sob controle ultrassonográfico, para evitar a descompressão brusca.
- Corticosteroides para acelerar a maturidade pulmonar fetal, caso a idade gestacional se situe entre 24 e 34 semanas.
- Avaliação periódica da vitalidade fetal pela dopplerfluxometria e pelo perfil biofísico fetal.

Parto

- No trabalho de parto é recomendável o prévio esvaziamento (amniocentese descompressiva), com o objetivo de normalizar a cinética uterina e melhorar a oxigenação fetal.
- A amniotomia, quando indicada, deverá ser praticada com cuidado, pelo risco do prolapso de cordão e do descolamento prematuro da placenta.
- A interrupção da gestação por operação cesariana está condicionada à indicação materna ou ao comprometimento da vitalidade fetal.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 434

NÁUSEAS E VÔMITOS DA GRAVIDEZ

As náuseas e vômitos representam as condições médicas mais comuns da gravidez, contribuindo para um alto grau de ansiedade e preocupação nas mulheres. Nas suas formas mais graves, são chamadas de hiperemese gravídica, definida como vômitos persistentes que levam a uma perda de peso maior que 5% do peso pré-gravídico, associada a desequilíbrio hidroeletrolítico e cetonúria, o que ocorre em cerca de 1% das gestações.

Mais frequente em primigestas, a sua patogênese não é bem conhecida e sua etiologia é provavelmente multifatorial. As adaptações hormonais próprias do início da gestação são apontados como principais fatores etiológicos, pois a emese gravídica costuma ser mais intensa em gravidez múltipla e na doença trofoblástica, em que os níveis de gonadotrofina coriônica são mais altos. Os aspectos emocionais também podem influir.

Algumas doenças poderão estar associadas à hiperemese, como pré-eclâmpsia, gemelaridade, mola hidatiforme, diabetes e isoimunização.

Diagnóstico

Outras causas de náuseas e vômitos intensos devem ser afastadas, como úlcera gástrica, cisto de ovário torcido, prenhez ectópica, insuficiência renal, infecções intestinais, problemas metabólicos e do sistema nervoso central.

Os vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperemese gravídica.

Os vômitos incoercíveis e náuseas acarretam quadro que vai desde a desidratação e oligúria à perda de peso, alcalose (pela perda maior de cloro, através do suco gástrico – hipocloremia), perda de potássio nos casos mais prolongados e alterações no metabolismo de gorduras e glicose, podendo, nos casos mais graves, chegar à insuficiência hepática, renal e neurológica.

Conduta

O apoio psicológico e educativo desde o início da gestação, assim como o tratamento precoce das náuseas e vômitos, com reorientação alimentar e antieméticos, são as melhores maneiras de evitar os casos de hiperemese. Os casos mais graves requerem internação hospitalar e utilização de medicação endovenosa pelo período que for necessário para a sua resolução.

Dieta e mudança de hábitos de vida

As recomendações incluem separar sólidos de líquidos, alimentar-se mais frequentemente com refeições mais leves evitar alimentos gordurosos e bebidas geladas ou muito doces. Aconselha-se também evitar alimentos com cheiros fortes, como as comidas muito temperadas.

Terapias não farmacológicas

Gengibre – 250mg de 6 em 6 horas (pode ser manipulado).

Acupressão – a estimulação do ponto P6 (Neiguan), localizado três dedos proximal ao punho tem demonstrado benefícios no tratamento das náuseas e vômitos da gravidez.

Terapias farmacológicas

São várias as opções terapêuticas farmacológicas para o adequado manejo das náuseas e vômitos da gravidez. A escolha da droga dependerá da experiência particular de cada profissional e da disponibilidade local das mesmas.

- Dimenidrinato – 50 a 100mg VO ou IV a cada 4–6 horas até o máximo de 200 mg/dia.
- Piridoxina (vitamina B6) – 30 a 70mg/dia. Pode ser associada com dimenidrinato.
- Prometazina – 12,5 a 25mg VO, IM ou IV a cada 4–6 horas.
- Clorpromazina – 50mg VO ou IM a cada 4-6 horas; 25mg IV a cada 4–6 horas.
- Metoclopramida – 10mg VO, VR (via retal), IM ou IV a cada 6–8 horas.
- Odansetron – 8mg VO a cada 12 horas ou administração IV lenta por 15 minutos a cada 12 horas ou infusão contínua de 1mg/hora por no máximo 24 horas. O seu uso deve ser restrito para casos refratários às terapias anteriores, devendo ser evitado no primeiro trimestre.
- Metilprednisolona – 15 a 20 mg IV a cada 8 horas. Também deve ser restrita para casos refratários e deve ser evitada nas primeiras 10 semanas.

Terapias adjuvantes

Terapias antirrefluxo esofágico

Devido à presença comum de refluxo gastroesofágico nos casos de hiperemese gravídica, além da medicação antiemética pode ser necessária também a utilização de medicação antirrefluxo como terapia adjuvante:

- Antiácidos – os antiácidos comuns à base de sais de magnésio, alumínio e cálcio podem ser utilizados nas doses usuais;
- Antagonistas dos receptores H2 – cimetidina, ranitidina e famotidina em doses usuais;
- Inibidores da bomba de prótons – omeprazol também em doses usuais.

Transtornos do humor

É comum, nos casos de hiperemese gravídica, a presença de distúrbios do humor e pode ser necessária a utilização de medicação específica para tal, ou seja, inibidores seletivos da recaptação de serotonina: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e citalopram em doses usuais.

Outras causas de hiperemese

Em casos refratários ao tratamento convencional, pode ser necessária a investigação de outras causas potenciais ou fatores exacerbantes. Devem ser consideradas as dosagens de eletrólitos, provas de função renal e hepática, pesquisa de doença tireoidiana, ultrassonografia e pesquisa de *Helicobacter pylori*.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 436

Outras considerações

Havendo persistência dos sintomas, pode ser necessária sedação e diminuição dos níveis de ansiedade da gestante, com apoio psicológico, além de hidratação endovenosa, quando houver desidratação.

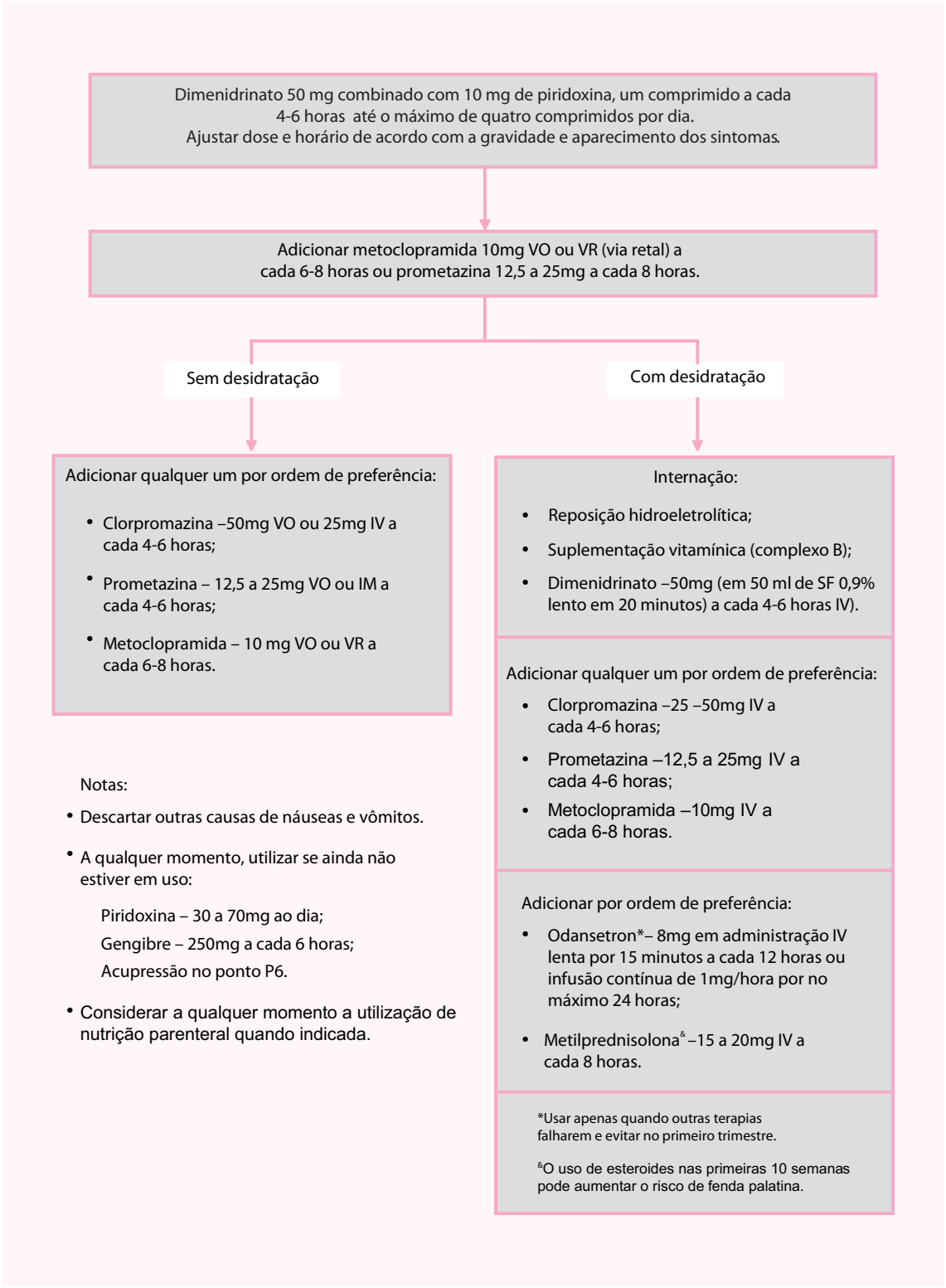
Instalado o quadro de hiperemese, é necessária a internação, com jejum, reposição das perdas com soro glicofisiológico, manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico, além do uso de antieméticos injetáveis.

A reintrodução de dieta leve e sua progressiva normalização devem ser feitos na medida da aceitação da gestante, seu apetite e ausência de náuseas. Nos casos de acentuada perda de peso e dificuldade de reintrodução da dieta, a alimentação parenteral pode ser necessária, enquanto persistirem os sintomas.

O algoritmo a seguir deve servir de guia para o tratamento adequado das náuseas e vômitos da gravidez em suas formas leves e graves.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 437

Fluxograma de tratamento para Náuseas e vômitos da gravidez (se não houver melhora, ir para o próximo passo)



GESTAÇÕES MÚLTIPLAS

A presença de dois ou mais fetos na cavidade uterina define a gestação gemelar, cuja incidência tem aumentado graças a alguns fatores predisponentes, entre os quais a maior frequência e o melhor resultado dos procedimentos em reprodução humana assistida e a gestação em idade mais avançada.

Gestações múltiplas estão associadas ao aumento da morbiletalidade perinatal, notadamente resultado de maior número de recém-natos prematuros e de baixo peso. Tambem determinam maior frequência de malformações fetais, assim como alterações de vascularização e de quantidade de líquido amniótico.

Ademais, encontra-se aumentada também a morbidade materna face à maior probabilidade de ocorrência dos fenômenos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hemorragias puerperais.

Diagnóstico

O diagnóstico clínico de gemelaridade baseia-se na altura do fundo de útero maior que a esperada e a ausculta de dois focos distintos de atividade cardíaca, o que só pode ser percebido a partir do segundo trimestre. A ultrassonografia, idealmente realizada já no primeiro trimestre, irá fornecer subsídios importantes para o adequado acompanhamento da gestação gemelar. O primeiro aspecto a ser observado refere-se a corionicidade e à amnionicidade. A presença de gestação gemelar monocoriônica e diamniótica deve ser cuidadosamente investigada, posto que em 10% dos casos pode evoluir para síndrome de transfusão feto-fetal, resultando muitas vezes em resultado perinatal desfavorável. A diferença de peso entre os fetos acima de 20–25% deve ser considerada fator de risco para maior morbidade e a gestante deve ser encaminhada para centros terciários.

Atentar para outras causas de distúrbios de volume de líquido, entre as quais salientamos bolsa rota em um dos fetos, insuficiência placentária confinada a um gêmeo, cromossomopatias, infecção congênita e malformações do trato urinário.

Na gestação gemelar, o achado ultrassonográfico de polihidramnia (maior bolsão vertical >8cm) em uma das cavidades amnióticas e oligohidramnia (maior bolsão vertical <2cm) na outra, independentemente do tamanho dos fetos, atesta o fenômeno de transfusão feto-fetal, devendo a gestante ser encaminhada a serviço terciário de atenção perinatal.

Conduta

O controle ultrassonográfico da gestação gemelar deverá ser periódico, idealmente mensal no terceiro trimestre. A diferença de peso superior a 25% entre os fetos, independentemente da cório/amnionicidade, está associada a maior risco de morte perinatal. A avaliação do colo por via transvaginal pode identificar gestantes com maior risco para parto pré-termo.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 439

As consultas pré-natais devem ser mais frequentes, no intuito da vigilância máxima ao bem-estar da mãe e dos conceptos, notadamente no que tange à ameaça de parto prematuro. Neste particular, entre 24 e 34 semanas preconiza-se a corticoterapia para acelerar a maturação pulmonar fetal apenas nos casos de trabalho de parto efetivo; o uso profilático nesse período deve estar reservado apenas às gestações trigemelares.

Na internação da gestante deve ser realizada a avaliação ultrassonográfica dos fetos a fim de nortear a conduta sobre a via de parto. Também pode ser de utilidade no trabalho de parto e parto quando há incertezas a respeito da apresentação e vitalidade do segundo gemelar.

A via de parto da gestação gemelar deve ser cuidadosamente avaliada face ao risco aumentado de complicações maternofetais. Quando o primeiro feto se encontra em apresentação pélvica ou córmica, preconiza-se cesariana. Fetos pré-viáveis devem nascer por parto vaginal. Trigemelares beneficiam-se de cesariana, bem como fetos portadores de síndrome de transfusão feto-fetal, monoamnióticos e gemelaridade imperfeita (fetos acolados).

Para as outras situações, veja o quadro que se segue:

Cefálico/Cefálico • parto vaginal (ou indicação obstétrica).
Cefálico/Pélvico • Se o 2º feto tiver peso estimado: Abaixo de 1.500g = cesariana; Acima de 1.500g = parto vaginal (ou indicação obstétrica).
Cefálico/Transverso • Se o 2º feto tiver peso estimado: Abaixo de 1.500g = cesariana; Acima de 1.500g = versão e extração.

É importante ter em mente que nos partos de gemelares por via vaginal o intervalo entre o nascimento dos fetos não deve exceder 30 minutos; a partir daí, salvo em condições de vitalidade asseguradas, considerar cesariana para o segundo gemelar.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 440

Apesar das recomendações existentes em relação à profilaxia com imunoglobulina anti-D serem divulgadas e conhecidas, a aloimunização materno-fetal ainda afeta cerca de cinco a cada 1.000 gestações. Embora a principal causa seja falha na administração da imunoglobulina, alguns casos ocorrem por dosagem inadequada, uso de drogas endovenosas e transfusões de sangue. Ao redor de 98% dos casos são devidos a antígeno D do fator Rh e 2% a antígenos atípicos como Kell, E ou C.

A aloimunização Rh pode levar à hidropsia e ao óbito fetal ou neonatal, e costuma ser mais grave com os antígenos D e Kell.

Toda gestante com história de hidropsia fetal ou neonatal deve ter solicitado o teste de Coombs Indireto, independentemente da tipagem Rh (positivo ou negativo).

Na avaliação da gestante com aloimunização é importante a caracterização da história obstétrica (antecedente de óbito fetal ou neonatal por hidropsia, exsanguíneo transfusão neonatal, idade gestacional dos eventos), pois a conduta depende do antecedente de acometimento fetal ou neonatal.

Diagnóstico

- Teste de Coombs indireto (pesquisa de anticorpos irregulares) positivo com título >1/16 para anti-D e qualquer título para outros antígenos, especialmente Kell.
- Dopplervelocimetria da artéria cerebral média com medida do pico de velocidade sistólica em cm/seg, com correção do ângulo de insonação. Este valor correlaciona-se com anemia fetal moderada e grave, com sensibilidade próxima de 100% e taxa de falso-positivo de 12% e tem sido recomendado nos centros de Medicina Fetal como padrão para seguimento de fetos de risco de anemia. Os algoritmos 1 e 2 resumem a proposta de seguimento pré-natal. Nos centros onde não há disponibilidade de acesso a dopplervelocimetria com ultrassonografista experiente, pode-se utilizar a amniocentese seriada com espectrofotometria de líquido amniótico. A variação da densidade óptica da concentração de bilirrubina fetal no comprimento de onda de 450nm (ΔDO450) é plotada no gráfico de Liley e a conduta é tomada.

Conduta

A profilaxia é dever de todos os médicos para que esta doença seja erradicada. Na eventualidade do diagnóstico de aloimunização, a gestante deve ser encaminhada para centros de referência para o acompanhamento da gravidez.

Todo feto anêmico deve ser transfundido para prevenir a hidropsia, que aumenta o risco de óbito e sequelas neurológicas. Para tanto é necessária cordocentese e bolsa de sangue específica para esse procedimento, que deve se realizado em centro de Medicina Fetal.

A prevenção da sensibilização pelo fator Rh deve ser realizada pela administração de imunoglobulina anti-D nas seguintes situações em mães Rh negativo:

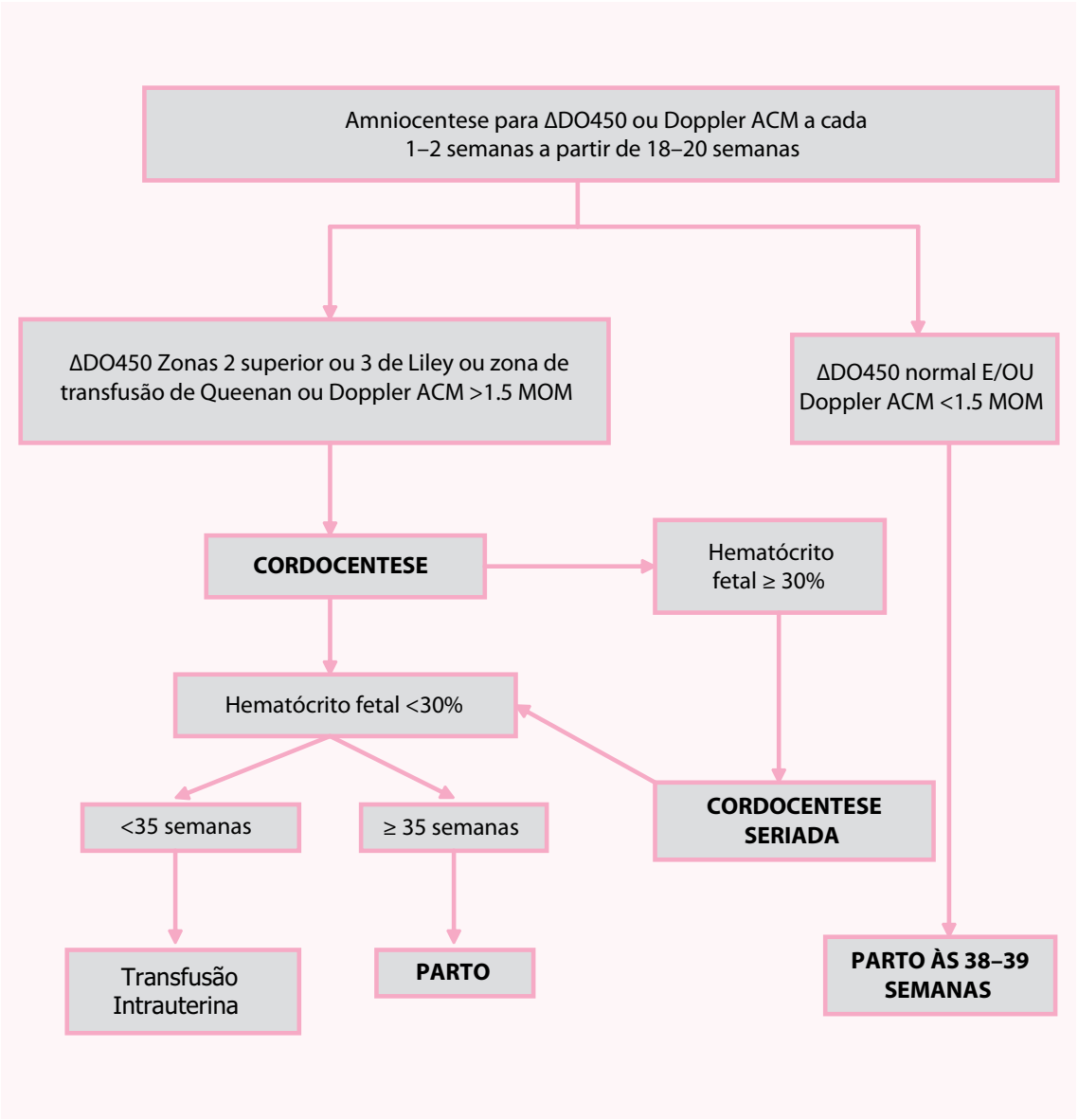
- Após procedimentos invasivos: amniocentese, cordocentese, biópsia de vilo corial;
- Após aborto, gravidez ectópica ou mola hidatiforme;
- Após o parto de mães com Coombs indireto negativo e recém-nascidos Rh positivo;
- Entre a 28ª e a 34ª semana de gestação de todas as mulheres com Coombs indireto negativo e com parceiros Rh positivos;
- Após sangramento obstétrico (placenta prévia, por exemplo) com risco de hemorragia feto-materna significativa.

Idealmente, a imunoglobulina deverá ser administrada até 72 horas após o parto ou evento obstétrico, mas há evidências de proteção contra sensibilização se administrada até 13 dias e há recomendações para que seja administrada em até 28 dias;

Gestantes Rh negativo submetidas à laqueadura tubária também deverão receber imunoglobulina anti-D. A dose poderá ser maior que a habitual (300µg) se o risco de hemorragia feto-materna volumosa for significativo.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 442

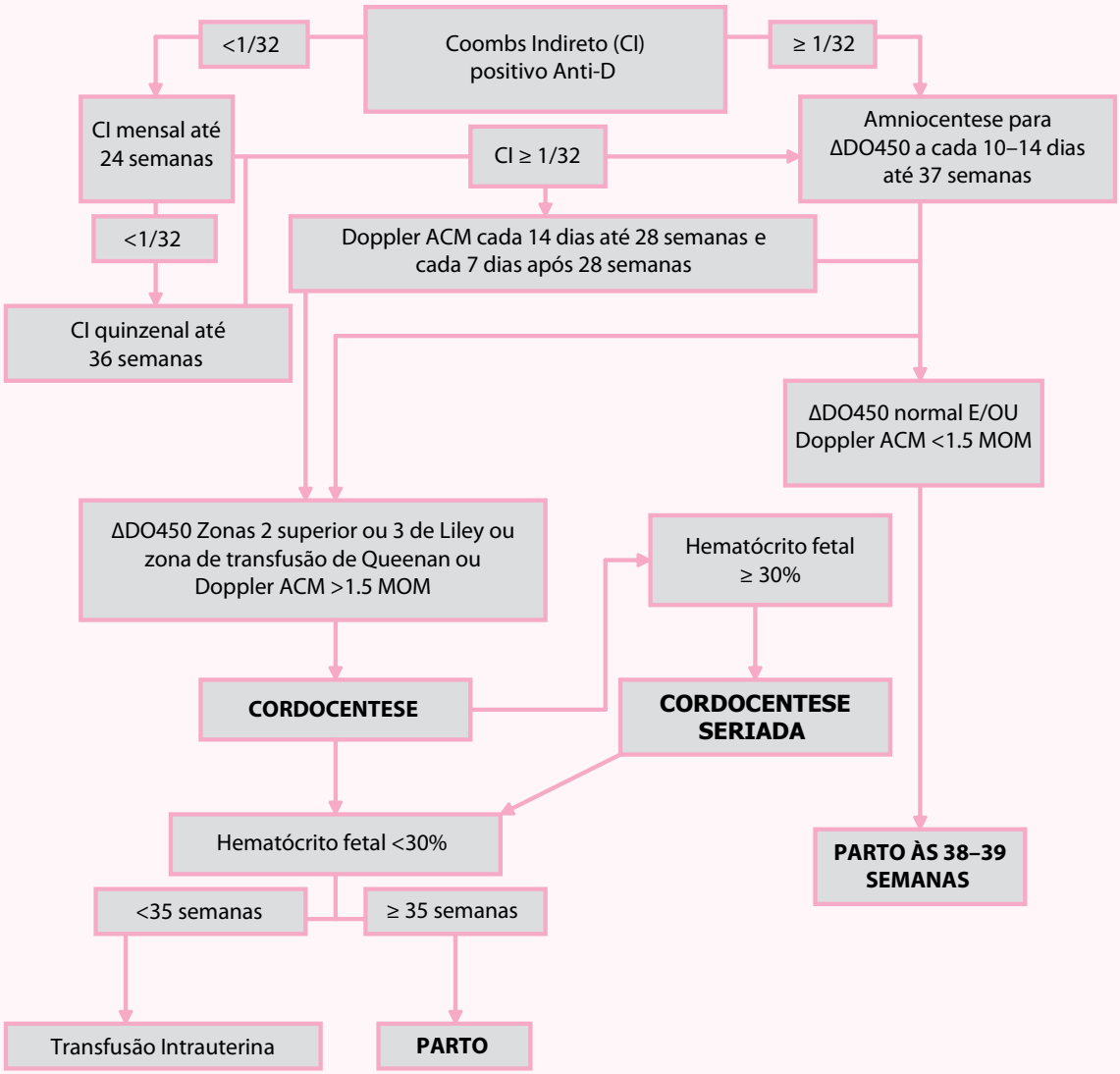
Fluxograma de seguimento de isoimunização
RH com antecedente de acometimento



MOM = Múltiplos da mediana
ACM = Artéria cerebral média fetal

ACOMETIMENTO = história de perda perinatal associada à doença hemolítica do recém-nascido, antecedente de transfusão intrauterina ou de exsanguíneo transfusão neonatal. O título de CI não é preditivo do grau de anemia fetal. Observação: se o método de vigilância fetal escolhido for o Doppler da ACM, pelo menos uma amniocentese deve ser realizada ao redor de 35 semanas para a ΔDO450, e, a partir de 37 semanas, para avaliar a maturidade fetal.

Fluxograma de seguimento de isoimunização
RH com primeira gestação afetada



ACM = Artéria cerebral média fetal

MOM = Múltiplos da mediana

Observação: se o método de vigilância fetal escolhido for o Doppler da ACM, pelo menos uma amniocentese deve ser realizada ao redor de 35 semanas para a ΔDO450, e, a partir de 37 semanas, para avaliar a maturidade fetal.

Fonte: Modificado de Moise, 2002.

CESÁREA ANTERIOR

Atualmente, uma das principais indicações de cesariana é a cesariana de repetição. No passado, quando a maioria das cesarianas eram realizadas através de uma incisão vertical no corpo uterino, chamada de cesariana clássica, o medo de rotura uterina durante um trabalho de parto subsequente fez surgir o adágio de "uma vez cesárea sempre cesárea". Entretanto, com a cesariana realizada por meio de uma incisão no segmento uterino inferior, ficou claro que a ocorrência de rotura uterina não era tão comum quanto se suspeitava antes. Desde então, a prova de trabalho de parto em gestantes com cesariana prévia se tornou prática corrente.

Embora até o momento não existam estudos aleatorizados controlados avaliando a prova de trabalho de parto comparada à cesariana eletiva de repetição em gestantes com cesárea prévia, existe uma enorme gama de estudos observacionais que demonstram a segurança do parto vaginal após uma cesariana. Tais estudos apontam uma taxa de sucesso de até 80%, com uma incidência de rotura uterina (incluindo pequenas deiscências sem significado clínico) menor que 1%. A relutância em permitir a prova de trabalho de parto após cesariana em gestantes selecionadas parece estar relacionada mais a fatores culturais, econômicos e de ordem médico-legal do que a fatores clínicos.

Como nem todas as mulheres com cesariana prévia são candidatas a uma prova de trabalho de parto, são necessárias algumas considerações clínicas para se poder selecionar adequadamente aquelas que poderão tentar um parto por via vaginal. Com base nas evidências atualmente disponíveis, os seguintes critérios devem ser seguidos para a identificação de candidatas a um parto vaginal após cesárea:

As candidatas ao parto vaginal após cesárea não devem apresentar as seguintes contraindicações:

- Cesariana clássica prévia ou cicatriz uterina em T invertido.
- Histerotomia ou miomectomia prévia entrando na cavidade uterina.
- Rotura uterina prévia.
- Presença de contraindicação ao trabalho de parto como placenta prévia ou apresentação fetal anômala.

Ao selecionar apropriadamente as candidatas, as seguintes recomendações são úteis para guiar a prática clínica:

- Assegurado que não existam contraindicações, uma mulher com uma cesariana segmentar prévia deve ser encorajada a uma prova de trabalho de parto após uma discussão dos riscos e benefícios. Esta orientação deve fazer parte da rotina de pré-natal.
- Para um trabalho de parto seguro após uma cesariana prévia, a mulher deve estar em local com recursos disponíveis para a realização de uma cesariana imediata.
- Na vigência de um trabalho de parto após cesariana, deve-se estabelecer um período de tempo não superior a 30 minutos para a realização de uma laparotomia de urgência.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 445

- Se disponível, uma monitoração eletrônica fetal contínua deve ser realizada nas mulheres em trabalho de parto com cesariana prévia. Alternativamente, pode-se utilizar a ausculta intermitente a cada 15 minutos na fase ativa e a cada 5 minutos no segundo estágio do parto.

Deve-se tentar obter o registro do tipo de incisão uterina na cesariana anterior. Nas situações onde se desconhece o tipo de cicatriz, as circunstâncias do parto anterior podem ajudar na determinação do tipo de incisão. Se a probabilidade de uma incisão segmentar transversa for alta, uma prova de trabalho de parto pode ser tentada.

A suspeita de rotura uterina requer uma laparotomia de urgência, na tentativa de diminuir a morbidade e mortalidade perinatal.

- A estimulação com ocitocina não está contraindicada nas mulheres em trabalho de parto após cesárea prévia.
- A indução com ocitocina pode estar associada a um risco aumentado de rotura uterina e deve ser usada com cautela após aconselhamento apropriado.
- A indução com prostaglandinas (misoprostol, dinoprostone, etc.) **está contraindicada** em mulheres com cesariana prévia devido ao grande risco de rotura uterina. O risco de rotura uterina com duas ou mais cesarianas anteriores em alguns estudos foi semelhante e, em outros, foi duas vezes maior quando comparadas às gestantes com uma cesariana prévia. O risco absoluto de rotura ainda é baixo (em torno de 2%). É importante ressaltar que os riscos cirúrgicos de uma cesárea após duas ou mais cesáreas, como sangramentos excessivos, aderências, lesões de bexiga ou intestinos e até histerectomias são significativos e devem ser considerados quando se avalia riscos e benefícios de se tentar uma prova de trabalho de parto ou quando se indica um procedimento de repetição. As chances de sucesso de se conseguir um parto normal são semelhantes após uma ou mais cesáreas.
- Um cateter de Foley pode ser utilizado para amadurecimento cervical em uma mulher que planeja uma prova de trabalho de parto após cesariana prévia.
- Os dados disponíveis sugerem que uma prova de trabalho de parto em mulheres com mais de uma cesariana prévia é provavelmente bem sucedida, mas está associada a um maior risco de rotura uterina.

IMPORTANTE:

- Gestação múltipla não é contraindicação a uma prova de trabalho de parto após cesariana prévia.
- O Diabetes *mellitus* não é contraindicação a uma prova de trabalho de parto após cesárea prévia.
- Macrossomia fetal suspeita (peso fetal estimado entre 4.000 e 4.500g) não é contraindicação a uma prova de trabalho de parto após cesárea.
- Pós-datismo não é contraindicação à prova de trabalho de parto após cesariana.
- As mulheres que tiveram sua última cesariana há menos de 18 a 24 meses devem ser aconselhadas sobre um risco aumentado de rotura uterina durante o trabalho de parto.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 446

ÓBITO FETAL

O intervalo entre o diagnóstico da morte fetal intrauterina e o parto é um momento de grande estresse. Quando houver diagnóstico da morte fetal, confirmado pela ultrassonografia, as mulheres necessitam de tempo para as decisões a serem tomadas, à exceção das complicações, tais como o descolamento prematuro de placenta ou a hipertensão arterial grave. As mulheres devem estar cientes quanto às opções disponíveis, para considerá-las e poder decidir o que querem.

Deve ser avaliado o momento de angústia e oferecer a possibilidade de um ambiente em que elas se sintam seguras para a tomada de decisão. Muitas mulheres desejarão retornar para casa, mesmo que seja somente por um breve período. É importante perguntar à gestante como veio ao hospital ou à clínica. Pode ser preferível para ela não conduzir o caso naquele dado momento, retornar para casa com o acompanhante e dar sequência ao quadro após o apoio da equipe e de seus familiares.

Definição

A Organização Mundial da Saúde considera como óbito fetal aquele ocorrido em qualquer momento da gravidez, independentemente de sua localização, incluindo abortos e gestações extrauterinas, ovo morto ou retido, aborto retido de primeiro ou segundo trimestre e também o feto morto no terceiro trimestre, até o final da gestação. Entretanto, na prática médica, o problema mais difícil a ser resolvido é o da morte fetal, que ocorre após 13 semanas e, mais ainda, a partir das 20–22 semanas de gravidez, para diferenciá-la claramente da definição do aborto. A morte fetal ocorre aproximadamente em seis casos de cada 1.000 nascidos vivos. Morte fetal com feto retido é menos frequente e muito variável, entretanto, pode chegar até 1% das gestações. Neste capítulo vamos abordar a morte fetal de segundo e terceiro trimestre.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 447

Quadro 10. Fatores etiológicos mais frequentes, além das causas desconhecidas		
Causas maternas	**Causas fetais**	**Causas anexiais**
Hipertensão: crônica, gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia *Diabetes mellitus* Gestação prolongada TORCHS[1] Anemias Desnutrição materna Trauma materno Tabagismo Medicamentos[2] Colagenoses (ex.LES) Síndrome anticorpos antifosfolípides Fatores uterinos[3]	Malformações congênitas fetais Anomalias cromossômicas Comprometimento da vitalidade fetal Infecções congênitas Doença hemolítica perinatal.	Corioamnionite Acidentes de funículo Insuficiência placentária

[1] Toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e HIV, sífilis
[2] Anticoagulantes orais, antineoplásicos
[3] Hipoplasia uterina, útero bicorno, miomatose extensa

Em qualquer uma das causas de morte fetal intraútero, quando a expulsão do feto não ocorre espontaneamente, está indicada a indução do parto ou aborto, de acordo com a idade gestacional.

Diagnóstico Clínico

- Parada de movimentação fetal;
- Diminuição do peso corporal materno;
- Interrupção do crescimento uterino;
- Redução da quantidade de líquido amniótico à palpação;
- Ausência de batimentos cardíacos fetais;
- Redução dos sinais e sintomas gravídicos, acompanhada ou não da apojadura.

Diagnóstico Ultrassonográfico

- Ausência de movimentação fetal associada à ausência de batimento cardíaco fetal;
- Na dependência do tempo do óbito, podem ainda estar presentes alterações indicativas de redução do líquido amniótico e alterações estruturais fetais.

Para diagnóstico etiológico, recomenda-se:

Apoio Laboratorial

- Sorologias;
- Glicemia;
- Hemograma;
- Dosagem de anticorpos antifosfolípides;
- Bacterioscopia e cultura de colo uterino.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 448

Após a expulsão

- Exame radiológico de todo o esqueleto do natimorto;
- Necrópsia;
- Histopatológico de placenta;
- Estudo citogenético do natimorto (por meio de fragmento de placenta e/ou de pele);
- Bacterioscopia e cultura de membranas placentárias e orofaringe do natimorto.

A escolha entre a conduta ativa e a expectante

Do ponto de vista físico, não foi demonstrado benefício ou risco ao induzir o trabalho de parto imediatamente após o diagnóstico da morte fetal, quando comparado com a conduta expectante. As vantagens e as desvantagens de ambas estão relacionadas quase exclusivamente a seus efeitos emocionais e psicológicos. A gestante é o melhor juiz e é a pessoa que deve fazer a escolha. A equipe médica deve orientá-la dando as informações necessárias para que a melhor decisão seja tomada.

É um equívoco assumir que todas as mulheres desejam iniciar a indução o mais rápido possível. Para algumas mulheres, a incerteza e a notícia da morte do concepto são os momentos mais difíceis. Ter o feto dentro do útero ainda lhe permite um sentimento de contato com o bebê, mas que será perdido logo após o parto.

Por outro lado, muitas mulheres ficam impacientes e querem o parto o mais rapidamente possível. Algumas gestantes chegam até mesmo a sugerir a realização de uma cesariana. Discutir os fatos e as alternativas com a gestante e seu companheiro ou familiares simboliza o carinho e a compreensão tão necessários neste momento. Frequentemente, ajuda a diminuir os sentimentos iniciais de raiva, de suspeita, de insuficiência, de impotência e de culpa, que são sentidos tipicamente por todos os envolvidos depois que se faz o diagnóstico. A vantagem principal da conduta expectante é a ausência de uma intervenção imediata. A mulher pode permanecer em casa, evitando os procedimentos nem sempre tão eficazes e que podem ser arriscados, se forem indevidamente antecipados.

As desvantagens da conduta expectante são principalmente psicológicas e relacionam-se ao tempo imprevisível e geralmente longo pelo qual a mulher pode ter que carregar o bebê morto. Às vezes seus parentes ou acompanhantes podem ter a impressão de que o feto morto dentro do útero exsudaria toxinas, causando algum dano à gestante. É importante excluir tais receios, embora a conduta expectante nem sempre possa ser bem sucedida. O único risco desta conduta relaciona-se a um aumento da incidência de distúrbios de coagulação. Esses são mais frequentes quando a morte fetal foi causada por descolamento prematuro de placenta. Os distúrbios de coagulação e outras causas de morte materna são raros. A hipofibrinogenemia, que é o principal responsável por estes distúrbios, ocorre muito lentamente e é raramente significativa nas primeiras 4–5 semanas após a morte fetal. Antes que os sinais e sintomas clínicos significativos referentes às alterações nos mecanismos da coagulação possam aparecer, provavelmente o nascimento já terá ocorrido.

As principais vantagens de uma conduta ativa para efetuar o parto, nos casos de óbito fetal intrauterino, são oferecer a opção de interromper a gestação que perdeu sua finalidade e estabelecer um diagnóstico após a morte mais facilmente na ausência de maceração. As desvantagens desta conduta relacionam-se à maneira como é

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 449

efetuada. Se o trabalho de parto é induzido, a eficácia e a segurança do método usado serão os fatores mais influentes para considerar os méritos desta conduta.

Como lidar com a perda?

Os casais que desejam ter um filho esperam por um bebê saudável. A descoberta da morte fetal intrauterina é uma notícia muito difícil de ser dada pelos profissionais e recebida pelos pais. Apesar de os profissionais de saúde não poderem impedir a dor da perda, eles podem confortar e ajudar os pais, esclarecendo e amparando toda família neste momento delicado.

Uma perda na gravidez pode ser tão estressante que os pais podem não conseguir superar o pesar, adaptar-se à perda ou manter sua autoestima, o que interfere em gestações subsequentes, assim como no relacionamento do casal.

Os médicos e provedores de saúde têm controle apenas sobre uma pequena parte desses fatores. Um dos mais importantes é a maneira como a informação é passada aos pais durante uma crise no nascimento. É um momento de extrema vulnerabilidade para os pais e a reação do provedor irá influenciar a maneira como os pais reagirão. O médico deverá escolher muito bem as palavras nesse momento.

É importante que a notícia seja dada em um local tranquilo, privativo e confortável, para evitar que haja interrupções. É essencial ser honesto, direto, empático e breve. Os profissionais de saúde não devem utilizar termos técnicos complicados, mas não devem deixar de dar informações técnicas. A maioria dos pais vai lembrar para sempre de cada palavra que foi utilizada. Os pais estão frequentemente muito chocados e a perda abala seu processamento das explicações.

Deve-se tomar cuidado em fornecer informações verdadeiras de uma maneira delicada, fortalecendo a ligação dos pais com o bebê e a crença no provedor. Não há necessidade de esconder a preocupação e o sentimento de pesar sobre a perda. A inclinação para a frente, o contato visual e a oferta de apoio são apropriadas. Os pais geralmente gostam de uma mão no ombro ou um abraço, se esta forma de relacionamento existir, de acordo com o estilo do profissional.

Após esse compartilhamento de informações, é importante que se dê tempo ao silêncio, à exceção de estender um caloroso e preocupado toque físico ou uma expressão de empatia por sua angústia.

Sugestões de algumas frases:

"Eu estou muito preocupado com o bem-estar do seu bebê e não estou conseguindo detectar os batimentos cardíacos. Precisamos realizar uma ultrassonografia."

"Eu trago notícias um tanto desagradáveis para vocês... nós não conseguimos detectar os batimentos cardíacos. Eu sinto muito em dizer-lhes que o seu bebê está morto."

Após fornecer o diagnóstico, é necessário explicar os próximos passos, como a indução do trabalho de parto, realização de exames complementares adicionais, pesquisa de possíveis causas e delinear alternativas. Mas antes de quaisquer condutas, é muito importante e útil perguntar se a gestante está pronta. Muitas vezes, os pais serão pegos de surpresa e podem querer tempo para elaborar e fazer perguntas.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 450

Assim que for delineada a conduta, é preciso ser breve e falar devagar o suficiente para que os pais entendam e possam optar ou não pela conduta ativa ou expectante.

Logo após o parto, sempre que possível, convém permitir que os pais vejam e toquem o bebê, se o desejarem. Se possível deve-se conseguir privacidade nesse momento. A ausência do bebê pode ocasionar incertezas e mais ansiedade quanto ao diagnóstico. Tanto os pais quanto os membros da família devem ter a oportunidade de segurar o bebê pelo tempo que desejarem. Algumas pessoas podem não querer fazer isso num primeiro momento, mas devem ter a permissão de fazê-lo mais tarde. Mesmo que haja anomalia grave ou maceração, é preferível que os familiares vejam o bebê, uma vez que a deformidade imaginada pode causar um impacto negativo maior do que a visualização da anomalia real. Se a deficiência for muito grave como anencefalia ou maceração acentuada, é melhor preparar os pais previamente com algumas fotos de outros casos. Alguns pais podem ficar tão chateados com o pensamento de verem seu filho com deformidades que podem não querer ver mais do que alguma parte de aparência normal do corpo do bebê, como o pé, o braço, etc. É importante guardar registros como a marquinha do pé, um pouco de cabelo, uma foto. Os pais podem não querer estas recordações nesse momento, mas a maioria retorna à maternidade, procurando por aqueles registros.

Um exame *pós-morte* é recomendado devido às implicações genéticas. A opção de se fazer neclópsia deve sempre ser apresentada de maneira respeitável, enfatizando os cuidados que o corpo receberá e os benefícios deste procedimento para mãe, filho e os futuros membros da família.

Pesar e culpa

Outro aspecto importante é o medo comum que os pais têm de terem causado, eles mesmos, a tragédia ocorrida. É útil que esse assunto seja abordado diretamente. Em situações onde a gestante expressa preocupação por seus atos na gravidez que possam ter contribuído para o óbito fetal, como fumar (cigarro ou maconha), ingerir bebidas alcoólicas e usar drogas, seja empático e consolador. Nessa hora não se deve recriminar ou culpar, mas sim, apoiar a relação dos pais, que é tão importante para o bem-estar de todos.

"Este tipo de perda é mesmo difícil no começo. O sentimento de culpa só aumentará seu sofrimento".

Esse comentário reflete os sentimentos da mãe sem minimizá-los ou dar uma falsa tranquilidade. No futuro, o médico poderá orientar quanto aos fatores de risco associados para a próxima gestação.

Quanto melhor o provedor conhecer a família, mais específico ele pode ser ao demonstrar preocupação. Deve orientar que os pais se permitam receber apoio de seus familiares ou de sua comunidade (amigos, vizinhos, padre, rabino, pastor ou grupo de apoio). Deve estimulá-los a contatar estas pessoas ou organizações. Apoio espiritual, emocional e ajuda prática são essenciais para auxiliar os pais neste período de agudo e contínuo pesar.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 451

Indução do parto

A escolha do método para indução é fundamental para dar o suporte adequado para a gestante. A variedade de agentes e métodos inclui: ocitocina, prostaglandinas (misoprostol), solução salina e antagonistas de progesterona.

A indução é um aspecto comum na prática obstétrica e apresenta uma frequência de quase 15%. Nos casos de óbito fetal intrauterino, a indução do trabalho de parto com colo uterino favorável não é difícil, mas as dificuldades aumentam quando o colo não é favorável (apresenta um escore de Bishop <6). Maior possibilidade de falha de indução e maior índice de cesáreas estão associados à indução do trabalho de parto de gestantes com colo desfavorável. Com o surgimento das prostaglandinas, este problema diminuiu. As prostaglandinas, principalmente quando são aplicadas localmente, são mais efetivas que a ocitocina ou a amniotomia para superar os obstáculos de um colo desfavorável e propiciar o parto vaginal. Portanto, o uso de misoprostol se torna cada vez mais frequente, pois ao facilitar o início do trabalho de parto, vem reduzindo as taxas de cesariana.

Misoprostol

O misoprostol é uma prostaglandina indicada em todos os casos de óbito fetal, com feto morto e retido em qualquer idade gestacional, sempre que não haja contraindicação de parto vaginal ou do uso de misoprostol.

Apesar de ser indicado em qualquer idade gestacional, é particularmente útil no segundo trimestre de gestação, quando a estimulação do útero oferece mais problemas, pela baixa sensibilidade do miométrio à ocitocina, pela dificuldade técnica e pelo alto risco com o uso de métodos cirúrgicos.

Considerando que o parto ou aborto ocorrem espontaneamente dentro das três semanas seguintes ao óbito fetal, a opção de esperar esse prazo deve ser oferecida às mulheres e utiliza-se o misoprostol somente para aquelas que solicitam uma conduta ativa.

Procedimentos para a indução:

1. Confirmar a morte fetal;
2. Explicar o problema à gestante e à família, valorizando sua decisão;
3. Verificar a contagem de plaquetas e os fatores de coagulação;
4. Avaliar as características do colo uterino.

A forma de aplicação mais recomendada é por via vaginal. Por outro lado, é fundamental recordar que a sensibilidade uterina ao misoprostol aumenta com a idade gestacional e, portanto, a dose deve ser menor quanto mais avançada a gestação.

Doses para o <u>segundo trimestre:</u>

- 200µg a cada 6 horas (até 4 doses): óbito fetal entre 13 e 17 semanas;
- 100µg a cada 6 horas (até 4 doses): óbito fetal entre 18 e 26 semanas;
- Aplicação: fundo de saco vaginal;
- Não utilizar uma nova dose se houve início da atividade uterina;
- Não usar ocitocina dentro de 6 horas após o uso de misoprostol.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 452

Doses para o terceiro trimestre:

- 50µg: aplicar em fundo de saco vaginal; se não houver resposta, repetir após 6 horas;
- Não usar mais de 50µg por vez e não exceder quatro doses diárias (200µg);
- Não usar ocitocina dentro das seis horas seguintes ao uso do misoprostol;
- Não administrar uma nova dose se já houver atividade uterina efetiva.

Na maior parte dos casos, a expulsão do feto ocorre nas primeiras 24 horas, mas em alguns casos pode demorar de 48 a 72 horas.

Se não ocorrer o parto ou o aborto, a conduta dependerá da urgência e da decisão da gestante. Se não houver urgência e a gestante estiver disposta, pode se repetir o mesmo procedimento 24 a 48 horas após o fracasso a primeira tentativa. Recomenda-se uma nova contagem plaquetária e coagulograma antes da segunda tentativa.

Se houver urgência em realizar o esvaziamento uterino ou a gestante recusar uma nova tentativa de tratamento com o misoprostol, pode-se utilizar a técnica alternativa na qual o serviço tenha maior experiência.

Contraindicações

É necessário distinguir entre as contraindicações da indução do parto ou aborto e aquelas próprias do misoprostol.

Entre as contraindicações para induzir o parto, em caso de morte fetal com feto retido, estão as seguintes:

- Obstrução do canal de parto;
- Placenta prévia (central, total ou parcial);
- Carcinoma cérvico-uterino.

Contraindicações ao misoprostol

- Cicatriz uterina prévia;
- Cesárea anterior;
- Hepatopatias graves;
- Coagulopatias.

Apesar de alguns autores discordarem, a contraindicação mais importante para o uso dessa medicação é a cesárea anterior, devido ao risco iminente de rotura uterina que ocorre aproximadamente em 5% das mulheres com gestação a termo e cicatriz uterina prévia.

Efeitos secundários e complicações

A complicação mais grave é a hipercontratilidade e a rotura uterina. Se ocorrer a hiperestimulação uterina, pode se iniciar a tocólise de acordo com o protocolo de cada serviço.

Por outro lado, sabe-se também que o uso do misoprostol pode apresentar efeitos colaterais como náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, febre e calafrios.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 453

Podem ocorrer complicações mais graves como embolia amniótica, descolamento prematuro de placenta e hemorragia pós-parto.

É necessário manter uma vigilância cuidadosa em caso de indução com misoprostol e estabelecer precauções como internar a gestante, monitorá-la e dispor de agentes tocolíticos.

Seguimento

Iniciada a aplicação de misoprostol, o caso deve ser observado e seguido pelo médico. Deve-se monitorar as contrações uterinas a cada 30 minutos, assim como as funções vitais da gestante.

A monitoração clínica da mulher não deve terminar com a ocorrência do parto ou aborto, já que pode haver atonia uterina pós-parto e/ou retenção placentária, que podem provocar hemorragia pós-parto ou pós-aborto. Esses casos devem ser tratados com os procedimentos de rotina de cada hospital, dando preferência à aspiração intrauterina.

Em caso de febre, deve-se descartar que haja infecção, recordando que uma febre transitória, com ou sem calafrios, pode ser efeito secundário do misoprostol. Mas se há suspeita de endomiometrite, deve-se iniciar a terapia com antibióticos. Em casos de coagulopatias, proceder à reposição imediata dos fatores de coagulação.

Prostaglandina versus ocitocina

Seria a prostaglandina superior à ocitocina para indução do trabalho de parto, particularmente quando a cervix é desfavorável?

Efeitos no momento do parto:

- A quantidade total exigida do trabalho uterino para conseguir o parto é mais baixa com a prostaglandina (PG) do que com a ocitocina, presumivelmente porque a PG influencia primeiramente na composição do tecido conjuntivo (amadurecimento cervical), o que a ocitocina não faz. A proporção de mulheres que chegam ao nascimento dentro de 12 horas após o início da indução é similar. Após a indução com PG, entretanto, são poucas as mulheres que não atingem o nascimento em 24 horas.
- As gestantes que não chegam ao nascimento após 48 horas demonstram resposta melhor à PG do que à ocitocina. Quando são consideradas somente as gestantes submetidas ao parto vaginal, esta vantagem da PG torna-se ainda mais clara.
- Não há nenhuma evidência de efeito diferencial da PG e da ocitocina na taxa de cesariana. A taxa de parto vaginal assistido é mais baixa nas mulheres induzidas com prostaglandina. Isso pode ser devido à influência dos prostaglandinas no tecido conjuntivo do colo uterino e em parte por melhorar a liberdade de movimento das gestantes, já que não tem administração intravenosa.
- Há algumas diferenças importantes entre os efeitos da ocitocina e PG em órgãos e sistemas não relacionados ao útero. Algumas mulheres apresentaram sintomas gastrintestinais com o uso da PG, tais como náusea, vômitos e diarreia. É mais provável ocorrer febre durante a indução com o uso de PG do que

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 454

com o de ocitocina. A hiperestimulação uterina ocorre mais frequentemente com as prostaglandinas do que com a administração da ocitocina. O diagnóstico de hiperestimulação pode ser conduzido com a amostragem do sangue fetal pelo escalpe e, se confirmado, deverá ser manejado com a administração de agentes tocolíticos ou até terá que ser resolvido por meio de cesariana.

- Não há diferença na incidência de retenção placentária, de hemorragia pós-parto e de febre durante o puerpério. Quanto ao ponto de vista materno, poucos dados têm sido relatados, mas os existentes são mais favoráveis à prostaglandina, por ser considerada mais agradável, mais natural e menos invasiva do que a administração intravenosa da ocitocina.
- Não há evidência científica comprovando que o protocolo de indução do trabalho de parto com prostaglandina aumente ou diminua as taxas de cesariana, embora ela esteja associada a menor necessidade de analgesia (peridural).

Aspectos emocionais do óbito fetal

Muitos fatores afetam a reação dos pais ao receber a notícia do óbito fetal. A perda de uma criança pode ser tão significativa quanto a perda de um adulto. A ausência de uma criança pode gerar muita ansiedade visto que a presença dela poderia facilitar uma ligação emocional muito importante entre os familiares. A perda pode ser tão estressante que afeta as gestações subsequentes e o relacionamento dos pais. A equipe médica e os profissionais de saúde devem estar cientes de que os pais recordam frequentemente as palavras exatas usadas para transmitir a informação, consequentemente a escolha das palavras e a maneira de enunciá-las são muito importantes. Seja direto, honesto, compreensivo e breve. É apropriado mostrar interesse e tristeza pelo fato ocorrido. Pergunte aos pais: quem poderá ajudá-los a cuidar e tratar desta perda? Identifique os setores de referência da região a fim de fazer o encaminhamento apropriado para a equipe que auxiliará no suporte emocional. Também é importante dar aos pais a esperança para o futuro.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 455

Este é o problema urinário mais comum durante a gestação. Ocorre em 17 a 20% das gestações e se associa a complicações como rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepse materna e infecção neonatal. O quadro clínico varia de bacteriúria assintomática, que acomete de 2 a 10% das gestantes, até o quadro de pielonefrite. Em 80% dos casos de bacteriúria assintomática, a *Escherichia coli* é o agente etiológico identificado.

Bacteriúria assintomática

A bacteriúria assintomática caracteriza-se pela presença de bactérias na urina sem sintomatologia específica. Recomenda-se a realização de cultura de urina no primeiro e terceiro trimestres da gravidez para se detectar a bacteriúria, tendo em vista a sua associação com o desenvolvimento posterior de pielonefrite e ocorrência de baixo peso ao nascer. A presença de mais de 100 mil unidades formadoras de colônias bacterianas por ml de urina confirma o diagnóstico. O tratamento é o mesmo para a cistite ou de acordo com a cultura e teste de sensibilidade.

Cistite

Caracteriza-se por disúria, polaciúria, urgência miccional, dor retropúbica, suprapúbica e abdominal, com menor frequência hematúria. O diagnóstico laboratorial é dado pelo exame do sedimento urinário e pela cultura. A presença de leucocitúria (acima de 10 leucócitos por campo) e hematúria são comuns, mas não estão necessariamente presentes.

As opções terapêuticas podem ser em regime de dose única, de curta duração ou longa duração. A escolha de um ou outro método dependerá da avaliação clínica do grau de comprometimento da gestante. Ver quadro abaixo.

Quadro 11. Tratamento da Infecção Urinária

Curta duração – 3 a 5 dias	Longa duração – 7 a 10 dias
Nitrofurantoína 100mg VO de 6/ 6 horas	Nitrofurantoína 100mg VO de 6/ 6 horas
Ampicilina 500mg VO de 6/ 6 horas	Ampicilina 500mg VO de 6/ 6 horas
Amoxacilina 500mg VO de 8/ 8 horas	Amoxacilina 500mg VO de 8/ 8 horas
Cefalexina 500mg VO de 6/ 6 horas	Cefalexina 500mg VO de 6/ 6 horas

Pielonefrite

Caracteriza-se pela queda do estado geral com presença de sintomas como: febre, calafrios, cefaleia, náuseas, vômitos e hipersensibilidade do ângulo costo-vertebral (sinal de Giordano +). Pode estar associada à desidratação, comprometimento da função renal, hemólise, anemia, choque séptico, prematuridade e infecção feto-anexial e puerperal.

Todas as gestantes com diagnóstico de pielonefrite devem ser hospitalizadas. Deve-se solicitar hemograma completo, níveis séricos de eletrólitos, creatinina e cultura de urina. É recomendada a hidratação com soluções salinas.

A cultura de urina positiva é um dos principais achados laboratoriais. As bactérias mais frequentes são *Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter* e *Proteus mirabilis*.

É importante estabelecer diagnóstico diferencial com apendicite, corioamnionite, pneumonia, nefrolitíase, abscesso renal, insuficiência cardíaca e embolia pulmonar.

O tratamento medicamentoso deve ser realizado com Cefalotina ou Cefazolina 1,0g IV a cada 6 horas ou Ampicilina 1,0g IV a cada 6 horas. Mudar para terapia oral assim que a gestante permanecer afebril por 24–48 horas. Em caso de resistência a essas drogas, o uso da Gentamicina na dose de 5–7mg/Kg em dose única diária também pode ser adotado com realização de controle adequado da função renal por intermédio da dosagem de creatinina plasmática. Manter tratamento por via oral por 10 dias.

Em todos os casos de infecção urinária deve-se realizar cultura de urina para controle de cura 7 dias após o final do tratamento e esta deve ser repetida mensalmente até o parto.

Se o tratamento falhar ou a infecção recorrer, tratar com antibiótico apropriado para o microorganismo de acordo com a cultura e testes de sensibilidade.

Recomenda-se após infecções recorrentes, realizar profilaxia com antibioticoterapia oral, uma vez ao dia durante a gravidez e até duas semanas após o parto, com Nitrofurantoína 100 mg OU Amoxacilina 250mg OU Cefalexina 250mg, na posologia preconizada no quadro 11.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 458

A pneumonia é uma das principais causas de internação hospitalar no Brasil, com cerca de dois milhões de casos e um milhão de internações ao ano segundo o DATASUS. Habitualmente a pneumonia não é tão frequente nem tem evolução tão grave na gestação, apesar de aumentar o risco de parto prematuro e baixo peso ao nascimento. Fatores de risco em grávidas são asma, uso de corticoides e anemia.

Os agentes mais frequentes costumam ser os mesmos da pneumonia comunitária na não gestante: Pneumococo, Mycoplasma pneumoniae, *Chlamydia pneumoniae* e *Haemophillus influenza* e, menos frequentemente, a *Legionella pneumophilla* e os vírus (*influenza* e varicela), além da pneumonia por aspiração.

Diagnóstico Clínico

Os sintomas característicos são dispneia, febre, dor torácica e tosse, embora comumente possa haver retardo no diagnóstico pela interpretação inadequada de sintomas respiratórios comuns na gestação normal. Ao exame físico pode haver estertoração, taquipneia e taquicardia.

O diagnóstico diferencial deve incluir a pielonefrite, embolia pulmonar, edema agudo de pulmão, apendicite e cardiopatias, em particular a estenose mitral.

Propedêutica auxiliar

O raio-X de tórax (em exposição postero-anterior) deve ser realizado com proteção abdominal e apesar de ser conclusivo em apenas 40% dos casos, estabelece o diagnóstico com mais firmeza. Não há justificativa para não realizá-lo, uma vez que a dose de radiação é mínima e inócua para o feto.

Tratamento

Para o tratamento ambulatorial da pneumonia comunitária podem ser empregados os seguintes antibióticos:

1- Amoxicilina 500–1000mg via oral de 8 em 8 horas por 10 a 14 dias OU

2- Eritromicina (estearato) 500mg via oral de 6 em 6 horas por 10 a 14 dias OU

3- Azitromicina 500mg ao dia por 7 a 10 dias

Para gestantes que necessitem de internação hospitalar podem ser empregados os seguintes antibióticos

1- Amoxicilina-clavulanato 500mg EV de 8 em 8 horas OU

2- Ceftriaxone 2 gramas uma vez ao dia associado ou não a Azitromicina.

Pelo risco aumentado de edema agudo de pulmão e alterações de vitalidade fetal por hipóxia, a internação não deve ser postergada para gestantes com evidências, ainda que duvidosas, de comprometimento respiratório mais grave. Em gestantes internadas deve ser colhido escarro para bacterioscopia e cultura, hemocultura e

hemograma, além de checar *status* sorológico para HIV e gasometria arterial. O tratamento pode ser específico para o agente etiológico eventualmente identificado. Não há indicação de antecipação do parto, que pode agravar a condição clínica materna.

Devem ser evitadas quinolonas, claritromicina, tetraciclinas e o estolato de eritromicina, por evidências insuficientes sobre segurança na gestação.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 460

TOXOPLASMOSE

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo Toxoplasma gondii e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes da toxoplasmose congênita, podem ser descritos restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental.

Diagnóstico

A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos. Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção aguda pelo Toxoplasma gondii na gravidez se reveste de importância, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas. Embora não exista consenso sobre o real benefício do rastreamento universal para toxoplasmose na gravidez, o Ministério da Saúde recomenda a realização da triagem sorológica, principalmente em lugares onde a prevalência é elevada.

O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes suscetíveis para seguimento posterior. O seguimento visa à prevenção da infecção aguda por meio de medidas de prevenção primária (quadro 1) e a detecção precoce visando prevenir a transmissão fetal e também proporcionar o tratamento caso haja contaminação intraútero.

Recomenda-se a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM na primeira consulta de pré-natal, uma vez que o diagnóstico é eminentemente laboratorial (sendo que para a IgM deve ser usado um método enzimático de captura com boa sensibilidade e especificidade).

Na presença de anticorpos IgG positivos e IgM negativos, considera-se a gestante imune. Embora exista a possibilidade da gestante se contaminar com genótipos diferentes da primo-infecção, o risco para o feto ocorre na quase totalidade das vezes quando a mãe adquire a infecção durante a gestação, pelo menos nas gestantes com imunidade normal. Existem relatos de que é possível haver transmissão materno-fetal em gestantes imunocomprometidas com toxoplasmose prévia à gestação, portanto, embora considerando que as gestantes suscetíveis sejam o principal foco das medidas preventivas, todas as gestantes devem ser instruídas sobre os cuidados de prevenção primária.

Formas de prevenção

- Lavar as mãos ao manipular alimentos;
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar;
- Não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa, etc.);
- Evitar contato com o solo e terra de jardim; se indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após;

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 461

- Evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo;
- Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra;
- Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso não seja possível, limpá-la e trocá-la diariamente, utilizando luvas e pazinha;
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que estes ingiram caça;
- Lavar bem as mãos após contato com os animais.

Interpretação dos exames e conduta

Para interpretação dos exames, veja o quadro 12, ao final do capítulo.

Se a gestante suscetível for proveniente de região de alta endemicidade, ela deverá ter rastreamento adicional, com pesquisa de anticorpos IgM e IgG a cada dois ou três meses, com método enzimático, para detectar uma possível infecção aguda durante a gravidez. Na vigência de viragem sorológica, ou seja, aparecimento de anticorpos IgG ou IgM (notadamente IgM), deve-se iniciar imediatamente o uso de espiramicina na dose de 1g (3.000.000 UI) de 8 em 8 horas, via oral. Repetir o exame na mesma amostra de sangue em laboratório ou *kit* de referência padronizado. Caso o exame tenha de ser repetido em outro laboratório, o sangue deve ser congelado para transporte. (Os laboratórios que realizam sorologia para toxoplasmose devem estar orientados sobre os procedimentos a serem adotados diante da detecção de anticorpos IgM.) Confirmada a infecção aguda antes da 30ª semana, deve-se manter a espiramicina na dose de 1g (3.000.000 UI) de 8 em 8 horas, via oral, continuamente até o final da gravidez. Se a infecção se der após a 30ª semana, recomenda-se instituir o tratamento tríplice materno: pirimetamina, 25mg de 12 / 12 horas por via oral; sulfadiazina, 1.500mg de 12 / 12 horas por via oral; e ácido folínico, 10mg/dia, este imprescindível para prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina.

A espiramicina não atravessa a barreira placentária, tendo efeito de impedir ou retardar a passagem do Toxoplasma gondii para o feto, diminuindo ou evitando o acometimento do mesmo. Portanto, não está indicada quando há certeza ou mesmo probabilidade muito grande de infecção fetal (como quando a gestante adquire a infecção após a 30ª semana). Nesses casos, está indicado o tratamento tríplice, que atua sobre o feto.

Se no primeiro exame solicitado na primeira consulta detecta-se anticorpos IgM, caso a gestação tenha menos de 16 semanas, deve ser feito imediatamente o teste de avidez de IgG, na mesma amostra de soro (os laboratórios devem ser instruídos para esse procedimento). Na presença de baixa avidez, pode-se estar diante de uma infecção aguda; a paciente deve ser chamada e o tratamento com espiramicina deve ser iniciado imediatamente. Na presença de alta avidez, deve-se considerar como diagnóstico de infecção antiga, não havendo necessidade de tratamento nem de testes adicionais. É importante sempre prestar atenção para a especificação de validade dos *kits*, para o bom desempenho dos testes. Nos exames realizados após 16 semanas de gestação, não há necessidade do teste de avidez, pois mesmo uma avidez alta não descartaria infecção adquirida durante a gestação, embora possa ser útil para ajudar a

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 462

determinar a época em que ocorreu. É importante lembrar que em algumas pessoas a avidez dos anticorpos IgG permanece baixa por mais tempo, não sendo a avidez baixa uma certeza de infecção recente.

Observação: notificar à Vigilância Epidemiológica os casos de toxoplasmose aguda na gestação, conforme diretrizes do Ministério da Saúde para os serviços sentinela.

Diagnóstico de infecção fetal

Na presença de infecção aguda materna, deverá ser investigada a possibilidade de infecção fetal através da pesquisa do Toxoplasma gondii no líquido amniótico. O melhor exame isolado para esse diagnóstico é a reação em cadeia da polimerase (PCR) no líquido amniótico, que pode ser feita a partir da 18ª semana de gestação. A PCR comum pode ter muitos falsos positivos e falsos negativos, sendo indicada atualmente apenas a PCR em tempo real.

Embora o exame ecográfico só diagnostique as complicações da toxoplasmose fetal, lideradas por hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite fetal e alterações de ecotextura hepática e esplênica, está indicada a ecografia mensal nos casos de infecção aguda da gestante, pois a presença de sinais anormais pode determinar a mudança do tratamento, da espiramicina para o tratamento tríplice.

Conduta com o recém-nascido

Todo recém-nascido cuja mãe teve diagnóstico de certeza ou suspeita de toxoplasmose adquirida na gestação deve ser submetido à investigação completa para o diagnóstico da toxoplasmose congênita, incluindo exame clínico e neurológico, exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e de função hepá-tica. O lactente deve ser acompanhado e o tratamento iniciado a critério do pediatra assistente.

ROTEIRO PARA RASTREAMENTO PRÉ-NATAL DA TOXOPLASMOSE, quando indicado (regiões de alta endemicidade)

Para o rastreamento, deve-se utilizar método de captura para pesquisa da IgM (evita os falsos positivos). Este roteiro não prevê realização de rotina da amniocentese com PCR do líquido amniótico para fins de diagnóstico da infecção fetal. Atualmente somente é indicada a PCR em tempo real, pois outros métodos não possuem sensibilidade e especificidade adequadas. Se na região houver possibilidade desse exame, a indicação é realizar a amniocentese quatro semanas após a infecção materna e não antes de 18 semanas de gestação.

Na toxoplasmose adquirida após a 30ª semana da gestação, o risco de infecção fetal é alto o suficiente para dispensar procedimentos de diagnóstico fetal e indicar o início imediato do tratamento em esquema tríplice (pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico).

A conduta dependerá da idade gestacional em que o exame for realizado, assim como de seu resultado, como mostrado no quadro 12.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 463

Situação	Resultados		Interpretação	Conduta	Ecografia	Seguimento
	IgG	IgM				
Primeira sorologia no 1° trimestre da gestação	positiva	negativa	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.	Não há necessidade de novas sorologias	-	-
	negativa	negativa	Suscetibilidade	Programa de prevenção primária. (Ver abaixo conduta em caso de soroconversão.)	-	Repetição da sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto
	positiva	positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Fazer automaticamente o teste de avidez de IgG na mesma amostra[1]. Avisar a paciente e/ou o médico assistente imediatamente. Avidez forte: infecção adquirida antes da gestação. Não há necessidade de mais testes. Avidez fraca: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Iniciar espiramicina imediatamente.	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice[2] (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	negativa	positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente. Repetir sorologia em três semanas. IgG positivou: confirma infecção.	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice[2] (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido IgG continua negativa: suspender espiramicina. Prevenção primária. Repetição da sorologia de 3 em 3 meses e no momento do parto.
Primeira sorologia após o 1° trimestre	positiva	negativa	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.	Não há necessidade de novas sorologias	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice[2] (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	negativa	negativa	Suscetibilidade	Programa de prevenção primária. Repetição da sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto. (Ver abaixo conduta em caso de soroconversão).	-	-
	positiva	positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Se a gestação tiver menos de 30 semanas: iniciar espiramicina. Gestante com 30 semanas ou mais de gestação: iniciar diretamente com esquema tríplice[2]. Fazer teste de avidez de IgG[3]	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice[2] (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	negativa	positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente. Repetir sorologia em três semanas. IgG positivou: confirma a infecção.	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice[2] (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido. IgG continua negativa: suspender espiramicina. Prevenção primária. Repetição da sorologia de 3 em 3 meses e no momento do parto.
Amostras subse-quentes, na gestante inicialmente com IgG - / IgM -	positiva	negativa	Possibilidade de falso negativo da IgG na amostra anterior, por método inadequado. Provável imunidade remota.	**Exceção** – primeira sorologia (negativa) bem no início da gestação e exame subsequente no final da gestação ou no momento do parto com IgG muito alta: possibilidade de infecção durante a gestação com IgM muito fugaz. Analisar também a possibilidade de IgM falso negativo. Se possibilidade de infecção adquirida na gestação, iniciar com esquema tríplice[2]. Investigação completa do recém-nascido.	-	-
	negativa	negativa	Suscetibilidade	Manter o programa de prevenção primária	-	Repetição da sorologia no momento do parto.
	positiva	positiva	**Certeza de infecção durante a gestação**	A paciente e/ou o médico devem ser avisados pelo laboratório, para não retardar a conduta[1]. Se a gestação tiver menos de 30 semanas: iniciar imediatamente com espiramicina. Se a gestação tiver 30 semanas ou mais: iniciar diretamente com esquema tríplice[2].	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice[2] (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	negativa	positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente. Repetir sorologia em três semanas. IgG positivou: confirma a infecção. Se a gestação tiver 30 semanas ou mais: iniciar diretamente com esquema tríplice[2]. IgG continua negativa: suspender espiramicina. Prevenção primária. Manter sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice[2] (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (00025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 464

Descrição

A malária é uma doença infecciosa febril aguda não contagiosa, cujos agentes etiológicos são protozoários do gênero *Plasmodium*, e é transmitida ao homem pela picada da fêmea infectada de mosquitos do gênero *Anopheles*. Atualmente, reveste-se de importância epidemiológica pela sua elevada incidência na Região Amazônica e pela potencial gravidade clínica. Essa doença causa consideráveis perdas sociais e econômicas nas populações sob risco, principalmente aquelas que vivem em condições precárias de habitação e saneamento.

Quatro espécies parasitam o homem, sendo que três delas são transmitidas no Brasil: *Plasmodium falciparum*, o mais associado à mortalidade, causa cerca de 20% dos casos; o *Plasmodium vivax*, que produz cerca de 80% dos casos; e o *Plasmudium malariae,* com menos de 1% dos casos notificados. A quarta espécie, o *Plasmodium. ovale*, ocorre apenas em regiões restritas do continente Africano.

Transmissão

A infecção é transmitida ao individuo suscetível por meio da picada de uma fêmea do mosquito *Anopheles*, infectada pelo *Plasmodium*, sendo o *Anopheles darlingi* o principal vetor no território nacional. A infecção também é possível por intermédio de sangue contaminado mediante transfusão, pelo uso de seringas compartilhadas e pela transmissão transplacentária e perinatal.

Manifestações clínicas

O quadro clínico característico é de febre precedida de calafrios e acompanhada de cefaleia seguida de sudorese (paroxismo malárico), evento que dura de duas a seis horas, seguido de um período assintomático, e que se repete a cada 48–72 horas segundo a espécie causadora (36 a 48 horas para o *P. falciparum*, 48 horas para o *P. vivax* e 72 horas para o *P. malariae*).

Malária e gravidez

A gestante tem um risco maior de desenvolver as formas complicadas da malária (ver quadro 13) especialmente a anemia grave da malária (Hb <7g/dL). Embora seja comum afirmar que os piores efeitos ocorrem durante a primeira gestação, em áreas de transmissão instável como ocorre no Brasil, a malária grave pode ocorrer em qualquer paridade.

Ainda que a malária grave esteja mais associada à infecção por *P. falciparum*, os efeitos nocivos sobre a gestação são comuns também à infecção por *P. vivax*. Entre estes efeitos, existe a ameaça à evolução da gestação que pode levar ao aborto ou ao parto prematuro, conforme a idade gestacional e o momento da infecção.

No feto ocorre com maior frequência o sofrimento fetal, um problema pouco diagnosticado, além de crescimento intrauterino restrito; não raramente ocorre a natimortalidade.

No recém-nascido, o baixo peso ao nascer é consequência da diminuição do período gestacional em mulheres com pouca ou nenhuma imunidade, habitantes ou procedentes de áreas de transmissão mais instável, enquanto que o crescimento intrauterino restrito é predominante em mulheres procedentes de áreas de maior estabilidade de transmissão. A infecção congênita é pouco suspeitada e, portanto, pouco diagnosticada, mas deveria ser investigada em bebês de gestantes que tiveram malária durante a gravidez ou quando, no dia do parto, é evidenciada parasitemia no sangue periférico materno, no sangue do cordão ou no sangue placentário.

Quadro 13. Acometimento da Malária segundo os critérios da OMS

	MALÁRIA GRAVE
1. MALÁRIA CEREBRAL	Parasitemia + Coma
2. ANEMIA	Grave
- Hb g/dL	<7
- Htc%	<20
3. INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA	Diurese <400ml/dia ou <5ml/kg/dia
- Creatinina mg/dL	>3,0
4. EDEMA PULMONAR	
5. HIPOGLICEMIA	Grave
- Glicose mg/dL	<40
6. CHOQUE	PAS <70mmHg
7. CIVD	Sangramento espontâneo não vaginal
Outras Manifestações	
A. HIPERPARASITEMIA eritrócitos infectados	>10000
B. COMPROMISSO HEPÁTICO	
- Bilirrubina Total mg/dL	>3,0
- AST/TGO UI/l	>144
- ALT/TGP UI/l	>150
C. DISFUNÇÃO METABÓLICA	
- Acidose mmol/L	<15
- Acidose láctica mg/dL	>45

Diagnóstico

A quase totalidade das áreas de transmissão de malária no Brasil está na Amazônia Legal, que compreende os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. As populações desses estados estão em risco permanente de adquirir a infecção em qualquer fase de sua vida. Assim, toda mulher em idade fértil ao engravidar está suscetível à doença e a seus efeitos nocivos sobre o binômio mãe-concepto. Portanto, é necessário que seja facilitado o acesso ao diagnóstico e ao

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 466

tratamento precoce quando existe a suspeita clínica ou epidemiológica da infecção. A **lâmina de malária** (exame da gota espessa) **deve fazer parte dos exames de rotina do controle pré-natal em áreas endêmicas** (busca ativa de casos) e deve também ser solicitada em **gestantes com quadro febril agudo**, inclusive naquelas gestantes com **quadro clínico sugestivo de infecção urinária**, uma vez que as duas doenças podem apresentar quadros clínicos similares (detecção passiva de casos).

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico de certeza da infecção malárica só é possível pela visualização do parasito, ou de antígenos relacionados, no sangue periférico da gestante, pelos métodos diagnósticos especificados a seguir:

Gota espessa – É o método adotado oficialmente no Brasil para o diagnóstico da malária. Mesmo após o avanço de técnicas diagnósticas, este exame continua sendo um método simples, eficaz, de baixo custo e de fácil realização. Sua técnica baseia-se na visualização do parasito por meio de microscopia óptica, após coloração com corante vital (azul de metileno e Giemsa), permitindo a diferenciação específica dos parasitos, a partir da análise da sua morfologia e dos estágios de desenvolvimento encontrados no sangue periférico. A determinação da densidade parasitária, útil para a avaliação prognóstica, deve ser realizada em toda gestante com malária, especialmente nas portadoras de *P. falciparum*.

Esfregaço delgado – Estima-se que a gota espessa seja 30 vezes mais eficiente que o esfregaço delgado na detecção da infecção malárica. Porém, apesar da baixa sensibilidade diagnóstica, o esfregaço delgado é o único método que permite, com facilidade e segurança, a diferenciação específica dos parasitos, a partir da análise da sua morfologia e das alterações provocadas no eritrócito infectado.

Importância da gota espessa nas consultas de pré-natal

A Secretaria de Vigilância em Saúde, visando à proteção da gestante e do concepto aos efeitos deletérios da malária, recomenda a **realização do exame da gota espessa em todas as consultas de pré-natal** nos estados da Amazônia Legal, como segue:

a) Orientar a gestante quanto aos efeitos da malária durante a gravidez, enfatizando a importância de procurar atendimento rápido, quando necessário;

b) Realizar exame da gota espessa nas gestantes, em todas as suas consultas de pré-natal, nos municípios prioritários da Amazônia Legal, onde a malária é endêmica;

c) Registrar na ficha do Sivep-Malária todos os exames realizados, ressaltando a importância de preencher o campo "gravidez";

d) Entregar o resultado do exame no mesmo dia e iniciar o tratamento prontamente em caso de lâmina positiva; e

e) Assegurar a adesão ao tratamento indicado no Manual de Terapêutica da Malária do Ministério da Saúde.

Critérios para a realização da Lâmina de Verificação de Cura (LVC) em gestantes com malária

Classifica-se como LVC o exame de microscopia (gota espessa e/ou esfregaço), realizado durante e após tratamento recente, em gestantes previamente diagnosticadas com malária.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 467

Na gestante, a realização dos controles periódicos pela LVC é feita durante os primeiros 40 dias (*P. falciparum*) e 60 dias (*P. vivax*) após o início do tratamento e deve constituir-se em conduta regular na atenção a todas as gestantes com malária.

Assim, a LVC na gestante deverá ser realizada da seguinte forma:
a) Nos dias 2, 4, 7, 14, 21, 28, e 40 após o início do tratamento da gestante com malária por *Plasmodium falciparum*;
b) Nos dias 2, 4, 7, 14, 21, 28, 40 e 60 após o início do tratamento da gestante com malária por *Plasmodium vivax*.

Em caso de lâmina positiva após os limites máximos acima especificados, a gestante deverá ser classificada como caso novo de malária. A classificação de caso novo também cabe quando o indivíduo é infectado por um parasito e após análise da LVC ocorre a identificação de outra espécie parasitária. Será necessário elaborar nova ficha de notificação. Em todos os casos, **o tratamento deverá ser iniciado o mais precocemente possível.**

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial da malária é feito com a febre tifoide, febre amarela, leptospirose, hepatite infecciosa, calazar, doença de Chagas aguda e outros processos febris. Na fase inicial, principalmente na criança, a malária confunde-se com outras doenças infecciosas dos tratos respiratório, urinário e digestivo, quer de etiologia viral ou bacteriana. No período de febre intermitente, as principais doenças que se confundem com a malária são as infecções urinárias, tuberculose miliar, salmoneloses septicêmicas, calazar, endocardite bacteriana e as leucoses. Todas apresentam febre e, em geral, esplenomegalia. Algumas delas apresentam anemia e hepatomegalia.

Seguimento

Uma vez diagnosticada, a malária deve ser imediatamente tratada, considerando-se a idade gestacional, a espécie causadora e a gravidade do quadro clínico (ver tabela de tratamento). Quando a densidade parasitária for alta ($\geq$ +++, o que corresponde a mais de 20 parasitos/ campo microscópico ou mais de 10 mil parasitos/mm^3 de sangue), e for evidenciada a presença de esquizontes no sangue periférico materno ou na presença de sinais ou sintomas sugestivos de gravidade da doença, como icterícia ou sangramentos, deve considerar-se a necessidade de tratamento intra-hospitalar. Assim mesmo, contrações uterinas, sangramento vaginal, amniorrexe, diminuição dos movimentos fetais, entre outros, indicam avaliação obstétrica imediata.

Gestantes que apresentaram infecção por *P. vivax* podem sofrer recaídas ao longo da gestação, e é importante esclarecer que, em cada episódio malárico, aumenta o risco de perda fetal, além de intensificar a anemia fisiológica da gestação. Nesses casos, é necessário que a gestante seja submetida à detecção ativa pelo menos a cada mês e que seja orientada a procurar atendimento imediato quando surgir quadro de mal-estar, cefaleia, febre ou outros sintomas relacionados à malária, a fim de realizar exame da gota espessa para detecção oportuna de caso. Infecções por *P. falciparum* também podem sofrer recrudescências, embora as recorrências parasitárias sejam menos frequentes que para o *P. vivax*.

No momento do parto, é recomendável que a gestante que teve malária durante o período gestacional faça uma nova lâmina no pré-parto e, se este resultado for positivo para malária, deve-se também coletar uma lâmina do sangue do cordão umbilical e do sangue periférico do recém-nascido. A mãe deve ser informada sobre a possibilidade

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 468

de transmissão vertical e estar alerta para a presença de febre, anemia, icterícia, letargia, entre outros sintomas de malária, que o recém-nascido possa vir a apresentar.

Quadro 14. Tratamento para os diferentes tipos de malária

Tipo de malária	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
P. vivax	**Cloroquina** (VO) 25mg/dose total D0 - 10mg/kg D1 - 7,5mg/kg D2 - 7,5mg/kg NÃO USAR PRIMAQUINA EM NENHUM MOMENTO DURANTE A GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO POR ATÉ 6 MESES.		
P. vivax resistente a cloroquina Esquema alternativo	**Quinina** (VO) 30mg do sal/kg/dia durante 7 dias (a dose diária de quinina deve ser fracionada em 3 tomadas de 8/8 horas).	COARTEM às doses recomendadas para adulto: >35kg. OU >14 anos (= 4 comps. de 12 em 12 horas durante 3 dias).	
Quimioprofilaxia para *P. vivax*	**Cloroquina** (VO) 5mg/kg/semana (300mg dose máxima) durante 3 meses. (a continuação da quimioprofilaxia após este período pode ser necessária em alguns casos).		
P. falciparum +	**Quinina** (VO) 30mg/kg/dia em três tomadas com intervalo de 8 horas durante 3 dias, associado a: **Clindamicina** (EV ou VO) 20mg/kg/dia em duas tomadas com intervalo de 12 horas durante 5 dias.	COARTEM às doses recomendadas para adulto (4 comps. de 12 em 12 horas durante 3 dias).	
P. falciparum ++	**Quinina** (VO) 30mg/kg/dia em três tomadas com intervalo de 8 horas durante 3 dias, associado a: **Clindamicina** (EV ou VO) 20mg/kg/dia em duas tomadas com intervalo de 12 horas durante 5 dias.		
P. falciparum ≥+++ *P. falciparum* c/esquizontes *P. falciparum* grave **	**Quinina** endovenosa (adultos): 20mg de dicloridrato de quinina (sal) por kg de peso (dose de ataque), diluídos em 10ml de SG5%/kg, por infusão EV em 4 horas (máximo de 500ml de SG5%); 12 horas depois, administrar quinina 10mg/kg, em 2 horas, diluídos da mesma forma. Repetir essa dose a cada 12 horas até que a gestante possa deglutir e iniciar quinina oral 10mg/kg de 8 em 8 horas até completar 7 dias. Associar clindamicina na dose de 20mg/kg de peso, divididas em duas doses (12 em 12h.) diluído em solução glicosada a 5% ou 10% (1,5ml/Kg de peso) infundida gota a gota em 1 hora, durante 7 dias.	**Artesunato**: 2,4mg/kg hora 0 e hora 6; continuar com 1,2mg/kg 12/12 horas por mais 4 doses. **Mefloquina** (VO) 20mg/kg dose única em duas tomadas com intervalo de 6 horas.	

**Quando o óbito materno for iminente e ante a ausência de Quinina, o balanço risco-benefício pode sugerir o uso de derivados de Artemisinina durante o primeiro trimestre de gestação associado a Clindamicina.
Convenções: D0 (Dia Zero); D1 (Dia Hum); D2 (Dia Dois); VO (Via Oral); EV (EndoVenoso); SG5% (Solução Glicosada a 5%);
Observação: Maiores esclarecimentos, consultar o "MANUAL DE TERAPÊUTICA DA MALÁRIA" – Ministério da Saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21179), e TRATAMENTO DA MALÁRIA GRAVE E COMPLICADA – Guia de Condutas Práticas/Segunda Edição – Organização Mundial da Saúde.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 469

Descrição/definição

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, que acomete principalmente a pele e nervos periféricos. O alto potencial incapacitante da hanseníase está relacionado à penetração do *Mycobacterium leprae* na célula nervosa e seu alto poder imunogênico.

Aspectos etiopatogênico, transmissão e influência da gestação

O *M. leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente e gram-positivo, em forma de bastonete, que não cresce em meios de cultura artificiais. O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. A transmissão se dá por meio de uma pessoa doente (forma multibacilar infectante da doença – MB), sem tratamento. A principal via de eliminação do bacilo pelo doente e a mais provável via de entrada são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe). A hanseníase não é de transmissão hereditária (congênita) e também não há evidências de transmissão nas relações sexuais. O período de incubação da doença é longo, em média de dois a cinco anos. Estima-se que 90% da população tenha defesa natural contra o *M. leprae* e sabe-se que a susceptibilidade ao *M. leprae* tem influência genética.

Hanseníase e gravidez

A gravidez é considerada fator de risco para o (1) aparecimento da hanseníase em gestantes infectadas; (2) o agravamento de processos reacionais em gestantes em tratamento; ou ainda (3) o recrudescimento de sinais e sintomas em mulheres já submetidas a tratamento. As alterações hormonais durante a gestação inibem a imunidade celular e, com isso, as reações hansênicas mediadas por esse tipo de imunidade (reação tipo I), ao passo que podem piorar casos de reação tipo II. A reversão da imunodepressão fisiológica no pós-parto torna o último trimestre da gravidez e o puerpério críticos para a observação dos fenômenos acima.

Manifestações clínicas

Os principais sinais e sintomas da hanseníase são:

- Manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com perda de sensibilidade (a pessoa sente formigamentos, choques e câimbras que evoluem para dormência – se queima ou machuca sem perceber);
- Pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas;
- Diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente sobrancelhas.

Outros sintomas e sinais que têm sido também observados, porém menos frequentes (em cerca de 30% dos casos novos diagnosticados):

- Dor e/ou espessamento de nervos periféricos;

- Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés;
- Diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e, por vezes, pálpebras;
- Edema de mãos e pés;
- Febre e artralgia;
- Entupimento, feridas e ressecamento do nariz;
- Nódulos eritematosos dolorosos;
- Mal-estar geral;
- Ressecamento dos olhos.

Diagnóstico

O diagnóstico de hanseníase é essencialmente clínico, por meio do exame dermatoneurológico, a fim de identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos – sensitivo, motor e/ou autonômico.

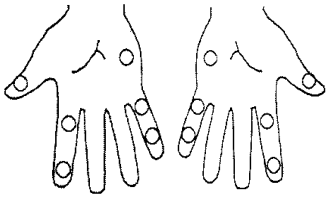
O exame dermatológico consiste na identificação de lesões de pele por meio de inspeção de toda a superfície corporal da gestante e realização de pesquisa de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas lesões e/ou áreas suspeitas para verificar qualquer alteração.

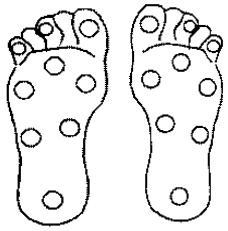
No exame neurológico a anamnese dirigida deve investigar queixas parestésicas, inspeção e palpação de nervos, teste da sensibilidade e teste de força muscular. Vários materiais podem ser utilizados para o teste da sensibilidade. Para avaliar a sensibilidade ao calor, usar tubo com água quente e outro com água fria ou algodão seco e molhado em éter ou álcool; para avaliar a sensibilidade à dor, utilizar a cabeça e a ponta de um alfinete; e para a sensibilidade ao tato, utilizar um chumaço de algodão. O uso de monofilamentos de *nylon* ou estesiômetro, se disponíveis, está indicado para mapear as áreas anestésicas nas extremidades e olhos. É fundamental registrar em prontuário todo o exame dermatológico, ou seja, todas as lesões e alterações de sensibilidade encontradas. Os principais troncos nervosos periféricos acometidos na hanseníase são:

- Face – Trigêmeo e Facial: podem apresentar alterações na face, olhos e nariz.

- Braços – Radial, Ulnar e Mediano: podem apresentar alterações nas mãos.

- Pernas – Fibular e Tibial: podem apresentar alterações nos pés.





A avaliação do grau de incapacidade da pessoa acometida por hanseníase deve ser realizada obrigatoriamente no momento do diagnóstico e na alta, e também a cada seis meses no tratamento da forma MB.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 472

Esse procedimento permite conhecer se o diagnóstico é precoce ou tardio (percentual de casos novos com deformidades), além de subsidiar o planejamento de ações de prevenção de incapacidades.

O diagnóstico diferencial com outras doenças dermatológicas ou neurológicas que apresentam sinais e sintomas semelhantes deve sempre ser considerado, especialmente quando houver dúvidas em relação aos ditos sinais "cardinais da hanseníase", como a alteração da sensibilidade superficial cutânea e /ou espessamento de nervo.

Classificação operacional do caso de hanseníase

Para fins de tratamento a doença é classificada em:

Hanseníase Paucibacilar (PB) – baixa carga de bacilos e não contagiosa, com manifestação clínica de até cinco lesões cutâneas e;

Hanseníase Multibacilar (MB) – alta carga de bacilos e, portanto contagiosa, com manifestação clínica de mais de cinco lesões e até comprometimento sistêmico.

A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

Tratamento

A poliquimioterapia (PQT/OMS) é bastante eficaz para o tratamento da hanseníase. A Unidade Básica de Saúde deve realizar o tratamento para hanseníase como parte de sua rotina, seguindo esquema terapêutico padronizado de acordo com a classificação operacional.

Cuidados do tratamento da hanseníase na gestação

Embora os medicamentos específicos para o tratamento da hanseníase estejam referidos na categoria C de risco para a gestação, as normas do Programa Nacional de Controle da Hanseníase preconizam o tratamento e a amamentação, por entender que os benefícios superam os riscos. Entretanto, recomenda-se muita atenção na observação dos efeitos adversos para a mãe e o concepto, bem como possíveis exceções para casos de gravidez de risco, em uso de outras medicações em casos paucibacilares. Os casos multibacilares devem ser tratados sempre.

O tratamento da hanseníase é ambulatorial e utiliza os seguintes esquemas terapêuticos padronizados:

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 473

Quadro 15. Tratamento da forma Paucibacilar: seis cartelas	
Adulto	Rifampicina (RFM): uma dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg) com administração supervisionada. *Dose bem tolerada, efeitos adversos mais tardios, sendo excretada no leite.*
	Dapsona (DDS): uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária de 100mg autoadministrada. *Bem tolerada, efeitos adversos ocorrem no início do tratamento, sendo os principais e mais comuns alterações hematológicas (anemia hemolítica, meta-hemoglobinemia, anemia normocítica) e, mais grave, a síndrome de hipersensibilidade. É excretada no leite.*
	Alta por cura: ao final de 6 doses em 6 ou até 9 meses.

Quadro 16. Tratamento da forma Multibacilar: 12 cartelas	
Adulto	Rifampicina (RFM): uma dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária de 100mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): uma dose mensal de 300mg (três cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg autoadministrada. *Atravessa a barreira placentária e pode pigmentar a pele do bebê e o leite, com reversão após suspensão da droga.*
	Alta por cura: ao final de 12 doses em 12 ou até 18 meses.

Seguimento de casos

As gestantes devem ser agendadas de rotina a cada 28 dias para receberem, além das orientações e avaliações, a administração da dose supervisionada e nova cartela com os medicamentos para doses autoadministradas em domicílio. A orientação sobre a vinda dos contatos para exame é fundamental.

As técnicas de autocuidado deverão fazer parte da rotina de atendimento às gestantes e suas famílias. Revisar mensalmente a realização destas técnicas para evitar a piora das consequências da lesão neurológica. Pessoas com hanseníase que apresentem outras doenças associadas (aids, tuberculose, nefropatias, hepatopatias e endocrinopatias ou outras que as classificam como gestação de alto risco) deverão ser encaminhadas às unidades de saúde de maior complexidade para avaliação.

Os casos suspeitos de efeitos adversos às drogas da PQT devem ter seu esquema terapêutico suspenso temporariamente, com imediato encaminhamento para a avaliação em unidades de saúde de média e alta complexidade.

As gestantes deverão ser orientadas para retorno imediato à unidade de saúde no caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos, ou piora de déficit sensitivo ou motor.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 474

Estados reacionais

Os estados reacionais ou reações hansênicas são manifestações agudas ocasionadas por alterações do sistema imunológico da pessoa atingida pela hanseníase, os quais se exteriorizam por meio de manifestações inflamatórias agudas e subagudas, que podem ocorrer antes, durante ou depois do tratamento com PQT/OMS, tanto nos casos PB como nos MB. Podem ser:

I - Reação Tipo um ou Reação Reversa (RR) que se caracteriza por:

- Infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas;
- Surgimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas);
- Comprometimento de nervos periféricos (neurite), com ou sem lesões cutâneas agudas.

II - Reação Tipo dois ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH) caracteriza-se por:

- Apresentar nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre;
- Dores articulares e mal-estar generalizado;
- Irite ou iridociclite;
- Orquiepididimite;
- Edema de mãos e pés (reacionais);
- Glomerulonefrite.

Além da gravidez, outros eventos como transtornos hormonais, infecções concomitantes e até situações de estresse são considerados fatores desencadeadores das reações na hanseníase.

O comprometimento de nervos periféricos (neurite) é uma ocorrência considerada situação de urgência e requer atendimento nas primeiras 24 horas. Nas situações em que há dificuldade de encaminhamento imediato, os seguintes procedimentos deverão ser aplicados até a avaliação:

1. Orientar repouso do membro afetado em caso de suspeita de neurite; e
2. Iniciar prednisona na dose de 1mg/kg/dia, devendo ser tomadas as seguintes precauções para a sua utilização: registrar o peso, a pressão arterial, a taxa de glicose e fazer tratamento para estrongiloidíase. A corticoterapia prolongada para esse casos implica acompanhamento especial da gestante.

A outra indicação terapêutica para os casos reacionais (reação tipo II) é a talidomida, **droga teratogênica contraindicada nas mulheres em idade fértil e em gestantes**. A sua utilização deve ser de acordo com a legislação vigente, seguindo os procedimentos da Anvisa. Após o parto, caso seja indicado seu uso, as mulheres deverão ser submetidas a dois métodos anticonceptivos e monitoradas de forma rigorosa (Lei nº 10.651 de 16 de abril de 2003).

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 475

Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica da hanseníase no Brasil utiliza o sistema passivo de notificação dos casos confirmados. A investigação epidemiológica tem por finalidade a descoberta de casos entre os contatos intradomiciliares, com especial atenção na investigação dos contatos de menores de 15 anos, já que esta situação de adoecimento mostra que há transmissão recente e ativa que deve ser controlada.

Para fins operacionais considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos.

Após a avaliação, se o contato for considerado indene (não doente), avaliar a cicatriz vacinal de BCG e seguir a recomendação (PNCH/PNI/MS) para administração de uma dose de reforço.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 476

O tratamento adequado da tuberculose ativa em gestantes confirma o mesmo bom prognóstico que o realizado em mulheres não grávidas. Em mulheres com tuberculose inativa, a profilaxia com isoniazida, em geral, garante uma evolução estável na gestação e no pós-parto.

Entretanto, estudos indicam maior ocorrência de aborto, complicações gestacionais (pré-eclâmpsia) e trabalho de parto difícil.

Diagnóstico

No diagnóstico, recomenda-se a prova cutânea de tuberculina. Se positiva, a radiografia torácica pode ser indicada com a devida proteção abdominal. Como diagnóstico definitivo, recorre-se à prova do escarro (baciloscopia).

Conduta

A conduta terapêutica mais utilizada é a associação de:

- Isoniazida (INH) 300mg/dia – 9 meses;
- Rifampicina 600mg/dia – 9 meses;
- A piridoxina deve ser acrescentada, em razão das necessidades crescentes na gestação. Em caso de suspeita de resistência medicamentosa, o etambutol (15 a 25mg/kg/dia) deve ser adicionado.

O vírus da rubéola apresenta elevada toxicidade para tecidos embrionários, notadamente no início da embriogênese, causando a viremia materna que pode acarretar aborto, natimortalidade e infecção da placenta e ocasionando infecção embrionária persistente que pode causar a síndrome da rubéola congênita (glaucoma, catarata congênita, cardiopatia congênita, surdez central ou coclear, cegueira, microftalmia e retardo mental). Entretanto, existe a possibilidade tanto de acometimento isolado de órgãos (não configurando a síndrome completa) como de síndrome de rubéola congênita ampliada (entre outras alterações, miocardite, hepatite, púrpura, alterações ósseas, retardo de crescimento intrauterino e óbito). No quadro a seguir estão representados os percentuais médios das complicações estruturais graves da rubéola congênita de acordo com o período gestacional em que ocorreu a infecção primária materna.

Quadro 17. Acometimento fetal de acordo com mês de infecção materna

Infecção Materna (mês):	Percentuais Médios de Acometimento Fetal Grave
1°	10–90%
2°	12–33%
3°	16-24%
4°	7–8%
5°	<1%

Diagnóstico Clínico

Nas gestantes que exibem manifestações clínicas, essas são lideradas por exantema maculopapular, que surge entre duas e três semanas após o contágio, durando até 5 dias. Nesse período, pode haver febrícula e adenomegalia, principalmente na região cervical. Artralgias estão presentes em 30% – 40% dos casos. O período prodrômico é marcado pela presença de mal-estar, febrícula, cefaleia e ardor conjuntival (ocorrência maior em adultos). Deve-se lembrar que uma semana antes da fase exantemática o vírus já está sendo eliminado na orofaringe.

Laboratorial

A dosagem da IgM antivírus da rubéola, aferida pelo método Elisa, confirma o diagnóstico da fase aguda da rubéola. Caso a coleta do sangue tenha ocorrido até 4 dias após o início do exantema com resultado laboratorial não reagente para o anticorpo IgM, uma segunda coleta deve ser realizada entre 20 a 30 dias após a data da primeira coleta. A IgM passa a ser detectável por tempo variável no soro materno, mas seu pico é em torno da 2ª semana após o exantema.

Na segunda coleta de sangue os títulos de IgG servirão para encerrar adequadamente o caso. Para a confirmação do caso de rubéola, os títulos de IgG deverão ser

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 479

avaliados e apenas quando ocorrer a soroconversão do mesmo, em amostras pareadas, é que a rubéola será confirmada.

Conduta

Caso existam dúvidas em relação à imunidade da rubéola na gestante e a mesma não apresente caderneta de vacinação confirmando o recebimento da vacina (tríplice viral ou dupla viral) ou exames sorológicos anteriores com a informação da presença de IgG para rubéola, solicitar nova dosagem de IgG, avaliando o resultado como segue:

Gestante IgG (+)

A gestante com IgG antivírus da rubéola positivo significa contato prévio com esse vírus. Nessa situação, o risco de transmissão vertical é mínimo.

Gestante IgG (-)

A gestante com IgG antivírus da rubéola não reagente ou negativo indica que ela é suscetível, ou seja, não entrou em contato com o vírus da rubéola. Portanto a mesma deverá ser vacinada contra a rubéola (tríplice ou dupla viral) logo após o parto, preferencialmente ainda na maternidade.

CITOMEGALOVIROSE

Introdução

O citomegalovírus (CMV) pertence à família dos herpes vírus e acomete humanos em todas as populações. As fontes humanas de disseminação do vírus são inúmeras, incluindo secreções respiratórias, sangue, urina, secreção do colo uterino, esperma e leite materno. Portanto, a infecção pode ser adquirida por meio de contatos próximos com pessoas que estejam excretando vírus (principalmente crianças), por meio de contatos sexuais, transfusões de sangue e transplante de órgãos. Assim como na infecção por outros vírus herpes, inicialmente ocorre a infecção primária do indivíduo exposto. Após a infecção primária, há excreção viral que pode perdurar por semanas a anos. Esta infecção torna-se latente e, em determinados períodos da vida, ela pode recorrer, seja por reativação da infecção latente ou por reinfecção por cepas virais diferentes. Na recorrência da infecção pelo CMV, há excreção viral intermitente pela urina, pelo trato genital, pela saliva e pelo leite materno. Raramente há manifestação de sintomas quando da infecção primária ou recorrente. A maioria das crianças e adultos infectados é assintomática ou apresenta poucos sintomas (semelhantes àqueles identificados em qualquer doença febril aguda).

Praticamente todas as pessoas serão infectadas em algum momento de sua vida, porém, a idade em que ocorre a primeira infecção pelo CMV varia em diferentes regiões. No Brasil, entre 90 e 95% das mulheres em idade fértil já sofreram a infecção primária por esse vírus.

Transmissão vertical

O citomegalovírus pode ser transmitido da mãe para o filho em diferentes momentos:

1- durante a vida fetal (por meio da disseminação sanguínea do vírus);

2- no momento do parto (por meio do contato do recém-nascido com sangue e secreções genitais maternas);

3- durante o aleitamento materno (o vírus é encontrado no leite materno de praticamente todas as mulheres que foram infectadas por esse vírus em algum momento de sua vida).

Tanto mulheres que adquiriram a infecção primária durante a gestação quanto aquelas que tiveram a infecção primária anteriormente à gestação podem transmitir, uma vez que a infecção pode recorrer durante a gestação devido à reinfecção gestacional com novas cepas virais ou à reativação de vírus latente.

Denomina-se infecção congênita por CMV quando a transmissão da mãe para o filho ocorre durante a gestação. O risco de transmissão da infecção fetal quando resulta da infecção materna primária é de 40 a 50%, sendo de 0.5 a 2% quando resulta da infecção secundária (recorrente).

Classifica-se como infecção perinatal por CMV aquela que ocorre durante o parto ou o aleitamento. A infecção perinatal por CMV *não possui relevância clínica*, não trazendo nenhuma consequência para o recém-nascido a termo e em boas condições, apesar de acometer até 50% dos mesmos. Não há indicação de suspensão de aleitamento materno devido à soropositividade materna para o CMV.

Infecção congênita por CMV

A infecção congênita por CMV é a infecção congênita mais comum que se conhece. Estima-se que ocorra em aproximadamente 1% de todos os recém-nascidos brasileiros. Diferentemente da infecção perinatal, a infecção congênita pelo CMV pode trazer prejuízos para parte dos recém-nascidos acometidos.

A grande maioria (80 a 90%) dos recém-nascidos infectados não apresenta nenhum sinal de infecção por esse vírus perceptível ao nascimento. Entre 5 e 10% dos RNs manifesta sinais típicos, com envolvimento de múltiplos órgãos: hepatoesplenomegalia, microcefalia, calcificações intracranianas, hidropsia, icterícia colestática, convulsões, petéquias e púrpura, que podem ser identificados ainda intraútero por meio da ultrassonografia. Nessas crianças, é comum o aparecimento de sequelas tardias que incluem retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, crises convulsivas e deficiência auditiva. Apesar da grande maioria das infecções congênitas serem assintomáticas ao nascimento, entre 10 e 15% das crianças pode desenvolver sequelas que incluem deficiência auditiva e alterações neurológicas. Em grande parte das crianças as sequelas são progressivas e tornam-se perceptíveis ao longo da infância (geralmente nos primeiros 2 anos).

Diagnóstico

Considerando-se que ocorre passagem transplacentária de anticorpos maternos contra o CMV de classe IgG e que o desempenho dos testes de detecção de IgM anti-CMV no recém-nascido é aquém do desejável, o diagnóstico da infecção congênita pelo CMV só é possível quando o vírus é detectado na urina ou em outra amostra clínica (saliva, líquido céfalorraquidiano, líquido ascítico) durante as *3 primeiras semanas de vida*. O isolamento do vírus é feito por meio da cultura *in vitro* em fibroblastos humanos. Também pode ser documentada a presença do DNA viral por meio da reação da polimerase em cadeia (PCR). Essa possui concordância com a cultura viral e pode ser usada como indicativa da presença do vírus. A detecção viral além de 3 semanas de idade não permite diferenciar se a infecção foi congênita ou perinatal.

Conduta

O tratamento da criança infectada e portadora de doença acometendo o sistema nervoso central ou colocando em risco a sobrevivência tem sido feito por meio do uso do antiviral ganciclovir pela via endovenosa durante seis semanas. Apesar das evidências serem escassas, essa terapêutica pode beneficiar a criança ao reduzir a chance de progressão da perda auditiva. Novas opções terapêuticas estão sendo pesquisadas. Não há, até o momento, indicação para tratamento de crianças assintomáticas.

É muito importante que seja realizado o acompanhamento auditivo de crianças portadoras de infecção congênita por CMV para que se diagnostique precocemente a perda auditiva e se proponha intervenção.

Diagnóstico materno e triagem pré-natal

A grande maioria das gestantes são assintomáticas durante a primo-infecção pelo CMV e praticamente todas são assintomáticas durante a recorrência da infecção. A demonstração de soroconversão em amostras séricas colhidas em momentos distintos (intervalo >4 semanas) nas quais a primeira seja negativa para a detecção de anticorpos IgG anti-CMV e a segunda seja positiva é a maneira mais segura de documentação da infecção primária gestacional pelo CMV. Apesar da detecção de IgM anti-CMV sugerir a ocorrência de infecção recente, esses anticorpos podem persistir até seis meses, podendo significar infecção recente ou que ocorreu semanas ou meses antes da concepção. Além disso, anticorpos contra outros vírus herpes podem ter reação cruzada com o CMV e resultar em reações falso-positivas. A detecção de elevação de títulos de IgG e/ou a detecção de IgM também pode ocorrer na presença de infecção recorrente.

De maneira geral, a realização rotineira de testes sorológicos para detecção de anticorpos anti-CMV, sejam eles de classe IgG ou de classe IgM, durante o pré-natal *não está indicada* na população brasileira por não trazer benefícios potenciais, como se justifica a seguir:

Em aproximadamente 90–95% das gestantes serão detectados anticorpos IgG anti-CMV. A detecção desses anticorpos não permite afastar o risco de infecção fetal, pois, apesar de ser menos frequente, pode haver transmissão devido à infecção secundária gestacional.

A detecção de anticorpos IgG e IgM anti-CMV não define a ocorrência de infecção primária gestacional ou maior risco de transmissão fetal.

Não há, até o momento, nenhuma modalidade de tratamento materno que previna ou reduza a chance de ocorrência de doença fetal que tenha sido aprovada para uso.

Prevenção da infecção congênita pelo CMV

Levando-se em consideração que todas as mulheres, independentemente do seu estado sorológico e mesmo que já tenham tido a infecção primária, estão sujeitas à adquirir infecção pelo CMV e transmitirem a infecção fetal e tendo-se em vista a alta incidência dessa infecção congênita no nosso meio, é dever do profissional de saúde esclarecer e orientar todas as gestantes sobre as medidas para prevenção.

A gestante deve estar alerta para medidas que reduzem o risco de aquisição de infecção gestacional por CMV e que também são úteis para a prevenção de infecção gestacional por outros agentes. Isso é conseguido evitando-se exposição às fontes de infecção.

a) Reforçar hábitos de higiene: lavagem das mãos após contato com pessoas, independentemente de apresentarem ou não a doença. Atenção especial deve ser dada às crianças, pois frequentemente elas são infectadas pelo CMV e podem excretar prolongadamente grandes quantidades virais na urina, na saliva e nas fezes. Mesmo que a criança seja filha da gestante, existe a possibilidade de ela ter se infectado no

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 483

contato com outra criança. Devem-se tomar cuidados durante a troca de fraldas, beijos que levem ao contato com saliva etc.

b) Evitar aglomerações: O contato pessoa a pessoa facilita a contaminação por meio de secreções.

c) Hábitos sexuais: reduzir o número de parceiros sexuais, usar preservativo de barreira ("camisinha" feminina ou masculina) durante todas as relações sexuais.

d) Mesmo que seja com familiares ou filhos menores, não compartilhar objetos de uso pessoal: seringas, agulhas, talheres, escovas de dente, materiais cortantes ou potencialmente cortantes (ex.: alicates de unha, instrumentos para colocação de *piercings* ou tatuagens etc.).

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 484

Considerando a existência de normas específicas do Ministério da Saúde, serão abordadas apenas as mais relevantes na gravidez. Para mais informações sobre outras, como a infecção gonocócica, infecção por clamídia, trichomoníase, candidíase e hepatite C, poderá ser consultado o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, PN-DST/AIDS – 4ª edição, 2006.

Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica e causada pelo *Treponema pallidum*, que pode produzir, as formas adquirida e congênita da doença.

A sífilis é o exemplo de uma DST que pode ser controlada com sucesso por meio de ações e medidas de programas de saúde pública em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. No entanto, continua sendo sério problema de saúde pública no Brasil.

Quadro 18. Classificação da sífilis

Sífilis adquirida	Recente (menos de um ano de evolução)	formas primária, secundária e latente recente
	Tardia (com mais de um ano de evolução)	formas latente tardia e terciária
Sífilis congênita	Recente	casos diagnosticados até o 2° ano de vida
	Tardia	casos diagnosticados após o 2° ano de vida

Manifestações clínicas

Sífilis primária

Cancro duro – caracteriza-se por ser uma lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante, com aparecimento entre 10 e 90 dias (média de 21) após o contato sexual infectante. Na mulher, geralmente aparece nos pequenos lábios vaginais, paredes vaginais, colo uterino e anus, porém pode passar despercebida.

Sífilis secundária

Em geral manifesta-se entre seis e oito semanas após o desaparecimento espontâneo do cancro duro. As manifestações mais comuns do secundarismo são: roséolas (exantema), sifílides papulosas (pápulas cutâneas com localização nas superfícies palmo-plantares sugerem fortemente o diagnóstico do secundarismo da sífilis), alopécia e condiloma plano (lesões pápulo-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito).

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 485

Sífilis latente (recente e tardia)

Fase de duração variável em que não se observam sinais e/ou sintomas. O diagnóstico é realizado exclusivamente por meio de testes sorológicos.

Sífilis tardia

Os sinais e sintomas surgem em um período variável após 3 a 12 anos, ou mais, do contágio. As manifestações mais comuns são: tubérculos ou gomas (lesões cutâneo-mucosas), comprometimento articular, aneurisma aórtico, *tabes dorsalis* e demência.

Diagnóstico

Os testes sorológicos podem ser não treponêmicos, como o VDRL e RPR, que são quantitativos (expressos em títulos 1:2, 1:4 etc.) e utilizados para triagem e monitoramento da infecção. Os testes treponêmicos são aglutinação passiva (TPHA ou MHA-TP), teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e ensaio imunoenzimático (Elisa ou EIE). Estes testes são mais específicos e utilizados para confirmar a infecção treponêmica.

No indivíduo infectado pelo *T. pallidum*, os anticorpos específicos podem permanecer detectáveis indefinidamente pelos métodos treponêmicos, podendo significar uma infecção tratada anteriormente, diferentemente dos métodos não treponêmicos, que tendem à negativação após o tratamento e por isso são utilizados no seguimento.

Sífilis na gestação

O quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento da sífilis na gestação não diferem do período não gestacional.

O risco de acometimento fetal varia de 70 a 100%, dependendo da fase de infecção na gestante e do trimestre da gestação. Essas considerações justificam a necessidade de testagem duas vezes na gestação (primeira consulta e 3º trimestre) e no momento da internação hospitalar (seja para o parto ou para a curetagem uterina por aborto). A realização do teste para sífilis (VDRL, RPR) no início do 3º trimestre (28ª – 30ª semanas) permite o tratamento materno até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero.

Parceiros sexuais devem ser tratados concomitantemente, caso contrário o recém-nato será considerado caso de sífilis congênita.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 486

Quadro 19. Esquemas de tratamento da sífilis

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (Sorologia)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	1 série Dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	1 série Dose total: 7.200.000 UI	1 semana	VDRL mensal

As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina (evento raro no caso da penicilina benzatina) devem ser tratadas com eritromicina na forma de estearato, 500mg. V.O. de 6/6 horas, por 15 dias para a sífilis recente e por 30 dias para a sífilis tardia. O uso dessa droga exige estreita vigilância não apenas pela menor eficácia mas, também, porque o feto não deve ser considerado tratado.

A elevação de títulos do VDRL em quatro ou mais vezes (exemplo: de 1:2 para 1:8) em relação ao último exame realizado justifica um novo tratamento. Deve-se verificar se o tratamento do parceiro foi realizado.

A condição de parceiro não tratado caracteriza tratamento materno inadequado e, por conseguinte, a criança será considerada caso de sífilis congênita.

Coinfecção sífilis/HIV na gestação

As lesões de sífilis primária e secundária podem apresentar-se de maneira atípica. Gestantes coinfectadas com o HIV podem apresentar discordância entre a eficácia esperada do tratamento e os resultados laboratoriais de seguimento, com maior demora, ou a não ocorrência, de queda dos títulos.

Recomendações adicionais

- Para fins operacionais, recomenda-se que casos de sífilis latente com período de evolução desconhecido sejam tratados como sífilis latente tardia.
- As gestantes com manifestações neurológicas e cardiovasculares devem ser hospitalizadas e receber esquemas especiais de penicilinoterapia.
- É importante a **notificação** da sífilis materna pelo Sinan.
- Deve-se considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Os profissionais de saúde devem fazer o aconselhamento pré-teste e oferecer a realização de sorologia anti-HIV.

Ademais, deve-se orientar a abstenção das relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas (quando presentes); não sendo

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 487

possível, orientar o uso do preservativo, que deve ser mantido após o tratamento, em todas as relações sexuais.

Herpes simples vírus (HSV)

É uma virose transmitida predominantemente pelo contato sexual (inclusive orogenital). A transmissão pode-se dar, também, pelo contato direto com lesões ou objetos contaminados. Nas gestantes portadoras de herpes simples, deve ser considerado o risco de complicações obstétricas. A infecção primária materna, no final da gestação, oferece maior risco de infecção neonatal do que o herpes genital recorrente.

A transmissão fetal transplacentária é observada em uma a cada 3.500 gestações e o abortamento espontâneo só ocorre se a infecção materna se der nos primeiros meses da gestação. O maior risco de transmissão do vírus ao feto ocorre no momento da passagem deste pelo canal do parto, resultando em aproximadamente 50% de infecção se a lesão for ativa. Mesmo na forma assintomática, pode haver a transmissão do vírus por meio do canal de parto.

Recomenda-se, portanto, a realização de cesariana toda vez que houver lesões herpéticas ativas. A infecção herpética neonatal consiste em quadro grave, que exige cuidados hospitalares especializados. O tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, deve ser realizado nos casos de primo-infecção.

Diagnóstico

Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões vesiculosas que, em poucos dias, transformam-se em pequenas úlceras, precedidas de sintomas de ardência, prurido e dor. O diagnóstico é basicamente clínico. Nos serviços onde houver disponibilidade, pode ser utilizado o citodiagnóstico de Tzanck.

Tratamento

A conduta clínica na primo-infecção indica o uso do Aciclovir 400mg VO de 8/8 horas por 7 a 10 dias. Pode ser considerada a profilaxia periparto por 10 dias, a partir da 36ª semana com 400mg 3 x/dia se ocorreu a primo-infecção na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional.

Os portadores de HIV podem apresentar episódios da infecção mais prolongados e mais graves. A dosagem das drogas é similar, embora experiências isoladas sugiram benefício com doses maiores. O tratamento deve ser mantido até que haja resolução clínica do quadro.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 488

Hepatites virais

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes tipos de vírus, sendo os mais comuns no Brasil o A, B, C e D. Existe, ainda, o vírus E, mais frequente na África e na Ásia, que pode causar doença grave em 25% das gestantes infectadas. Todos possuem ação hepatotrópica, determinando uma infecção sistêmica com lesão do hepatócito, seguida de reação inflamatória, mas com características imunológicas próprias e atributos epidemiológicos específicos. As hepatites causadas pelo vírus B e C podem evoluir e causar danos mais graves ao fígado, como cirrose ou hepatocarcinoma. Outra complicação grave é a hepatite fulminante, que pode ser causada por qualquer um dos agentes virais, levando à insuficiência hepática aguda e morte.

Entre as hepatites virais, tratar-se-á neste Manual especificamente da hepatite B, por apresentar possibilidade de intervenção positiva em relação à gestante e ao recém-nascido (RN). Todas as gestantes devem ser rastreadas para a hepatite B (Figura 1).

Hepatite B

Doença viral, habitualmente transmitida pelas vias sexual ou parenteral, causada pelo vírus da hepatite B (VHB), que pode cursar de forma assintomática ou sintomática. Quando aparecem, os sintomas costumam ser: mal-estar, cefaleia, febre baixa, anorexia, astenia, fadiga, artralgia. Raramente na fase crônica, o portador do VHB apresenta náuseas, vômitos, desconforto no hipocôndrio direito e aversão por alguns alimentos.

Transmissão vertical

Considerando a prevalência da hepatite B e as coberturas vacinais heterogêneas no Brasil, a prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, reduzindo sobremaneira a transmissão vertical.

O percentual de cronificação no RN infectado pelo VHB por transmissão vertical pode chegar a 90%, com maior risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma numa fase precoce da vida, tornando a triagem da hepatite B obrigatória no pré-natal.

Deve-se levar em consideração que o parto normal e o aleitamento materno não estão contraindicados, desde que as medidas de profilaxia recomendadas pelo Ministério da Saúde para o recém-nascido sejam adotadas.

A vacina para gestantes, independentemente da faixa etária, está disponível nas salas de vacina do SUS.

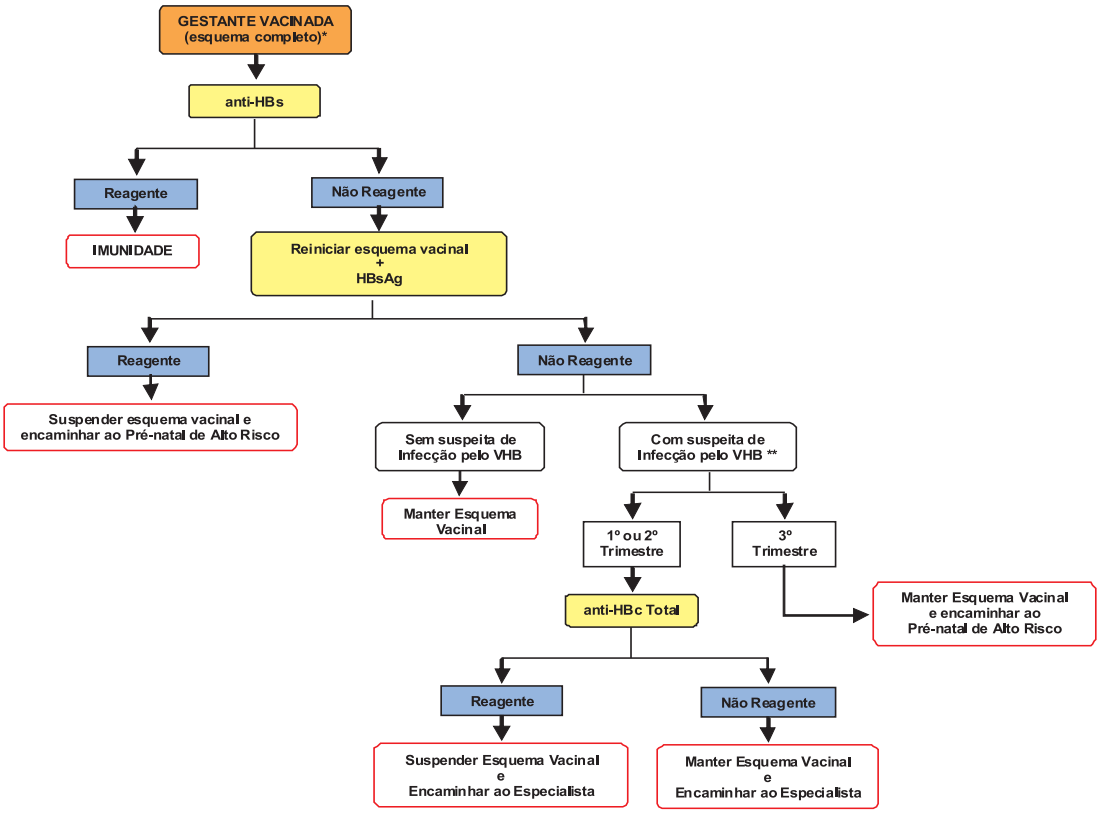
Triagem laboratorial e conduta no pré-natal

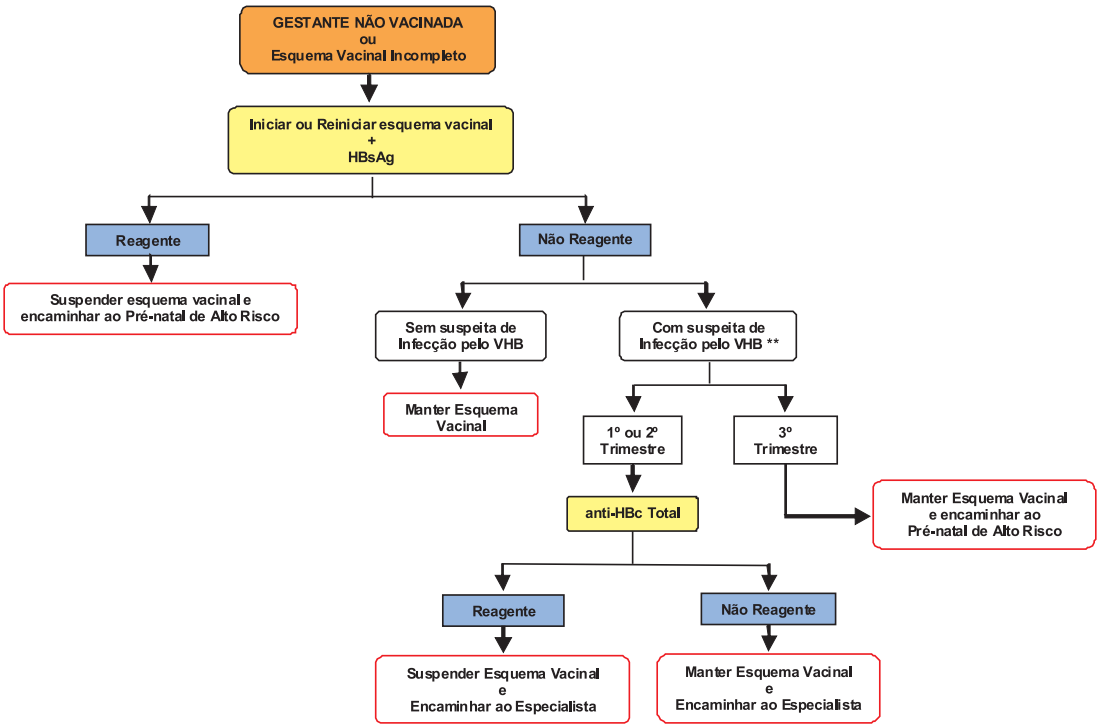
Com o objetivo de conhecer o *status* sorológico da mãe e reduzir o risco de transmissão vertical, o Ministério da Saúde recomenda a triagem sorológica durante

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 489

a gestação. Os exames devem ser realizados na primeira consulta do pré-natal, independentemente da idade gestacional, com a garantia de resultados, em no máximo 15 dias, para os devidos encaminhamentos.

Figura 1: Fluxograma de triagem laboratorial da hepatite B e conduta no pré-natal.





* O esquema vacinal completo deve ser confirmado com o cartão de vacinação.
** A suspeita de infecção inclui os sintomas clínicos mais frequentes e/ou a possibilidade de contato recente com o VHB. Tal consideração se deve ao fato da presença de janela imunológica ou cepa mutante.

A imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e a vacina são recomendadas para gestantes:

1. Presumidamente suscetíveis (não vacinadas) expostas à portadores conhecidos ou potenciais do VHB por agressão sexual, o mais precocemente possível, no máximo até duas semanas após a exposição.

2. Suscetíveis com exposição sexual a pessoa com hepatite B aguda.

3. Expostas a material biológico.

A IGHAHB se encontra nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). É importante a articulação e organização dos serviços para garantia da disponibilidade do insumo em tempo hábil.

Conduta para o recém-nascido

Em recém-nascido de mãe com sorologia HBsAg reagente, deverá ser administrada a IGHAHB e a vacina contra a hepatite B, simultaneamente, de preferência nas primeiras 12 horas de vida, ainda na maternidade. Caso não seja possível, proceder a aplicação até o 7º dia de vida.

A vacina e IGHAHB devem ser feitas, na dose de 0,5mL cada, em recém-nascido de qualquer peso ou idade gestacional, por via intramuscular, no músculo vasto lateral da coxa, em membros opostos.

Após o esquema vacinal completo na criança (três doses da vacina - 0, 1 e 6 meses), é necessário confirmar a imunidade pós-vacinal com a realização da dosagem do anti-HBs, 30 a 60 dias após a 3ª dose da vacina.

Todo recém-nascido, independentemente do estado sorológico da mãe, deve ser vacinado ao nascer.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 492

Infecção pelo HIV

No Brasil, estima-se que 0,4% das gestantes sejam soropositivas para o HIV, o que se traduz em aproximadamente 12.635 gestantes/parturientes portadoras do HIV/crianças expostas ao ano.

A maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco adicional de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno. O aleitamento materno apresenta riscos adicionais de transmissão, que se renovam a cada exposição da criança ao peito, e situa-se entre 7% e 22%.

A patogênese da transmissão vertical do HIV está relacionada a múltiplos fatores. Destacam-se:

a) fatores virais, tais como a carga viral, o genótipo e o fenótipo viral;

b) fatores maternos, incluindo estado clínico e imunológico, presença de DST e outras coinfecções, estado nutricional e tempo de uso de antirretrovirais na gestação;

c) fatores comportamentais, como uso de drogas e prática sexual desprotegida;

d) fatores obstétricos, tais como a duração da rotura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intraparto;

e) fatores inerentes ao recém-nascido, como prematuridade e baixo peso ao nascer; e

f) fatores relacionados ao aleitamento materno.

A carga viral elevada e a rotura prolongada das membranas amnióticas são reconhecidas como os principais fatores associados à transmissão vertical do HIV. A carga viral nas secreções cérvico-vaginais e no leite materno tem-se mostrado um importante determinante de risco de transmissão intraparto e através da amamentação.

A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%. No entanto, diversos estudos publicados na literatura médica demonstram a redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre 1 e 2%, por meio de intervenções preventivas, tais como: o uso de antirretrovirais combinados (promovendo a queda da carga viral materna para menos que 1.000 cópias/ml ao final da gestação); o parto por cirurgia cesariana eletiva; o uso de quimioprofilaxia com o AZT na parturiente e no recém-nascido; e a não amamentação.

Diagnóstico

Triagem sorológica e aconselhamento:

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 493

É recomendada a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste e com consentimento, para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal, e a repetição da sorologia para HIV no início do 3° trimestre, utilizando testes rápidos se necessário.

Para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, os laboratórios públicos, privados e conveniados do Sistema Único de Saúde (SUS) devem seguir a Portaria SVS/MS nº 151, de 14 Outubro de 2009, adotando obrigatoriamente os procedimentos sequenciados do Fluxograma Mínimo para Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com Idade Acima de 18 Meses (ver página 147).

A realização do diagnóstico da infecção pelo HIV no parto, com o uso de testes rápidos, possibilita a adoção de medidas de profilaxia da transmissão vertical do HIV durante o trabalho de parto e parto, uma vez que o resultado é obtido em menos de 30 minutos. (ver fluxograma na página 149)

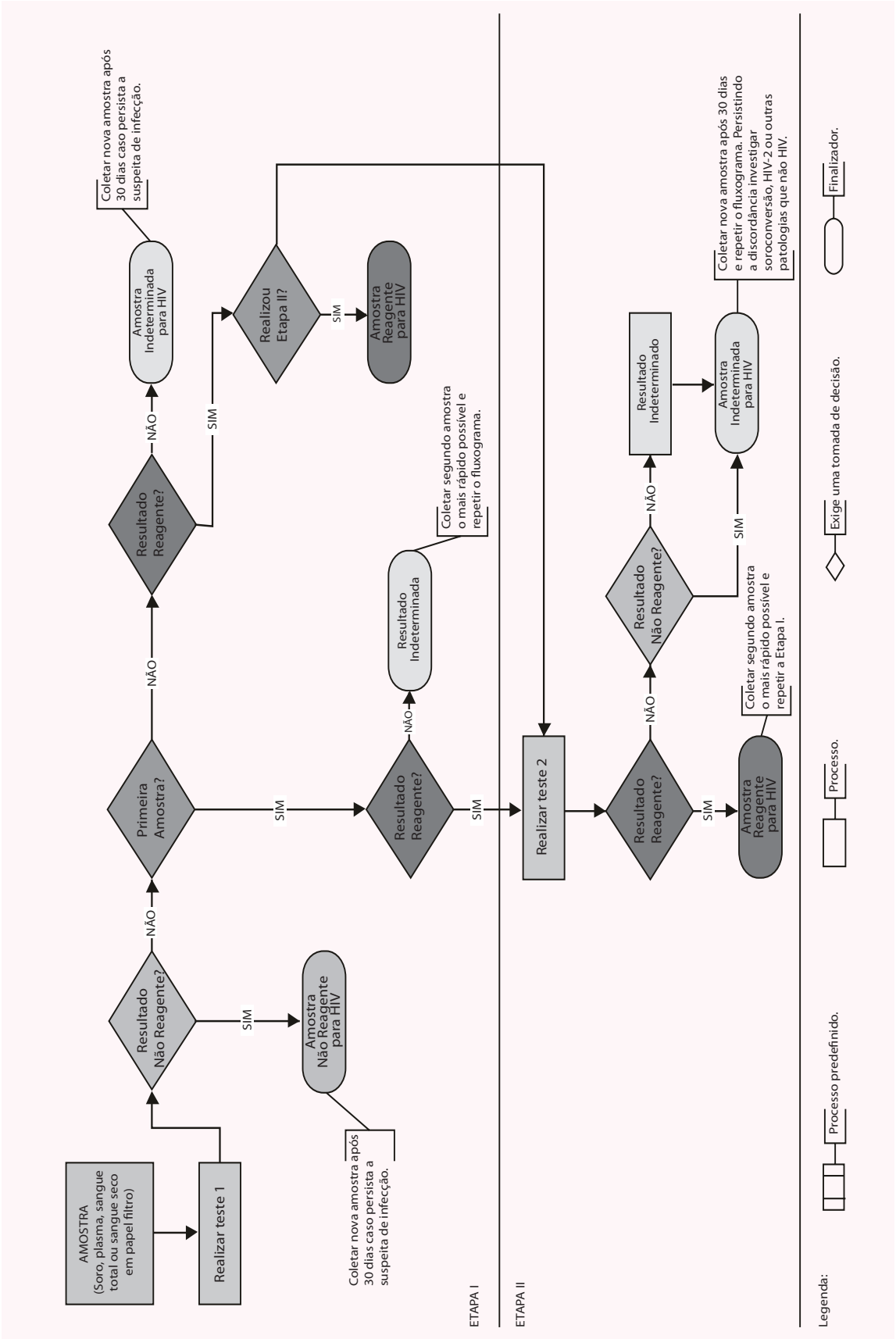
De acordo com a Portaria nº 151/SVS/MS, de 14 de outubro de 2009, para definição do diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando teste rápido, devem ser realizados dois testes rápidos de forma sequencial.(ver página 148)

Caso o teste rápido 1 seja não reagente, a amostra será considerada "Amostra Não Reagente para HIV". Se o teste rápido 1 for reagente, realizar imediatamente o teste rápido 2 para a definição do diagnóstico positivo para HIV. Na ocorrência de resultado reagente do teste rápido 1 e não reagente no teste rápido 2, ou seja, resultados discordantes, uma nova amostra deverá ser colhida por punção venosa e submetida ao diagnóstico laboratorial.

O diagnóstico da infecção pelo HIV deve ser definido e informado à puérpera antes da alta hospitalar.

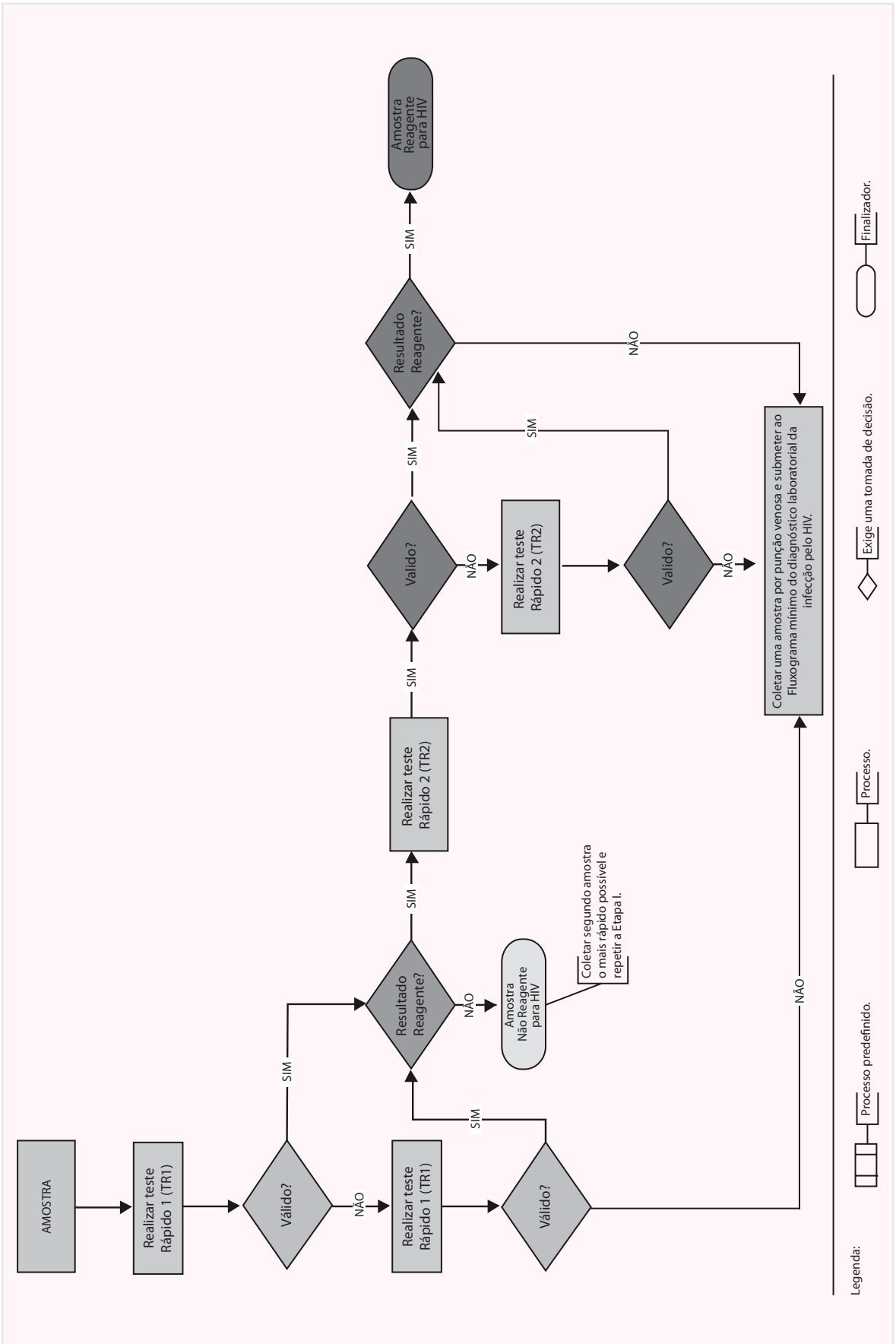
Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 494

Fluxograma para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos

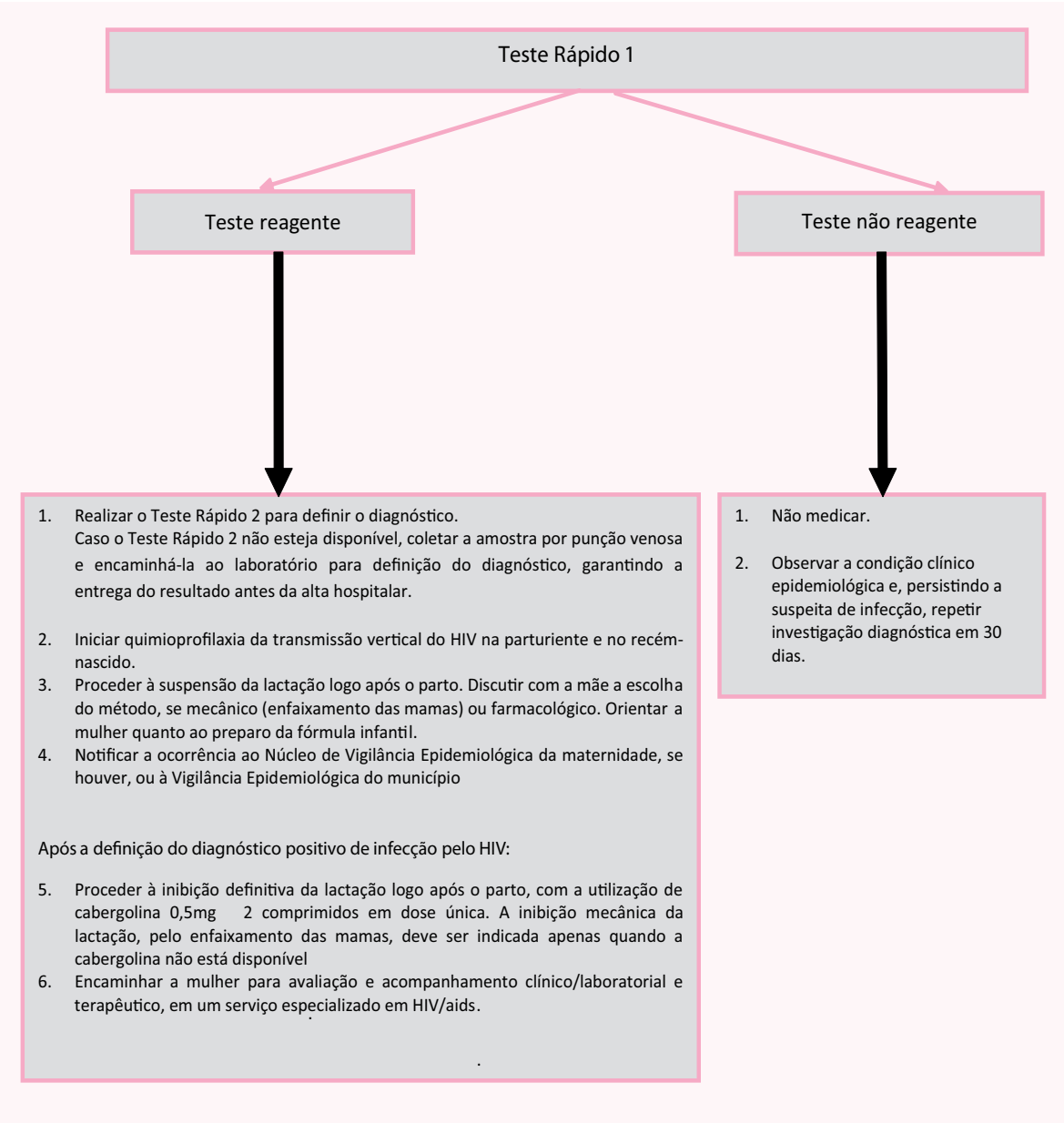


Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 495

Fluxograma para o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando testes rápidos



Fluxograma de condutas para a redução da transmissão vertical do HIV após a realização de teste rápido anti-HIV em parturientes/puérperas.



História e exames físicos iniciais

O Quadro 20 detalha aspectos que devem ser pesquisados na história inicial, tais como comorbidades, condições e hábitos de vida, bem como os itens citados acima. Esses aspectos devem ser abordados pela equipe multidisciplinar de saúde, conforme as particularidades de cada serviço.

Quadro 20. Aspectos a serem abordados no atendimento da gestante que vive com HIV

Necessidades e informações para o manejo	Aspectos a serem abordados nos atendimentos iniciais
Reação emocional ao diagnóstico.	- Avaliar o apoio familiar e social, resguardando confidencialidade e sigilo
Informações específicas sobre a infecção pelo HIV.	- Documentação do teste. - Tempo provável de soropositividade. - Situações de risco para a infecção. - Presença ou história de doenças oportunistas relacionadas ao HIV. - Contagem de LT-CD4+ ou carga viral anterior. - História de uso anterior de ARV: tratamento ou. profilaxia, tempo de uso, adesão, eventos adversos. prévios, etc. - Imunizações. - Compreensão sobre a doença: explicação sobre transmissão vertical e horizontal, história natural, significado da contagem LT-CD4+ , carga viral e TARV.
Abordagem do risco.	- Vida sexual. - Utilização de preservativos. - História de sífilis e outras DST. - Abuso de tabaco, álcool e outras drogas. - Uso injetável e/ou inalatório de drogas recreacionais. - Interesse em reduzir os danos à saúde.
Hábitos de vida.	- Profissão. - Rotinas diárias. - Hábitos nutricionais. - Atividade física.
História médica atual e passada.	- História de doença mental. - História de Tuberculose: PPD, doença e tratamento. - Dislipidemias, diabete, hipertensão arterial sistêmica, doenças autoimunes,distúrbios da tireoide. - Hospitalização. - Uso de práticas complementares e/ou alternativas.
História reprodutiva.	- Fatores de risco para gestação. - História de infecções ginecológicas. - Menarca e ciclos menstruais. - Uso de contraceptivos. - Gestações, partos e interrupções da gravidez.
História social.	- Rede de apoio social (família, amigos, ONG). - Condições de domicílio. - Condições de alimentação. - Emprego. - Aspectos legais.
História familiar.	- Doenças cardiovasculares. - Dislipidemias. - Diabetes.

continua

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 498

continuação

Como a infecção pelo HIV é uma doença de caráter sistêmico, é necessário, além do exame físico geral, prestar particular atenção aos sinais clínicos sugestivos de manifestações da doença. O Quadro 21 lista sistemas que frequentemente expressam alguma manifestação clínica associada à infecção pelo HIV.

Quadro 21. Órgãos e sistemas comumente associados a manifestações da infecção pelo HIV no exame inicial, em pacientes assintomáticos

Órgãos e sistemas:	**Manifestações associadas/orientação**
Pele.	- Pesquisar sinais de dermatite seborreica, foliculite, micose cutânea, molusco contagioso, Sarcoma de Kaposi.
Cabeça e pescoço.	- Na orofaringe, pesquisar candidíase oral e/ou leucoplasia pilosa. - Realizar, sempre que possível, a fundoscopia quando LT-CD4+ < 200.
Linfonodos.	- Pesquisar linfadenopatias.
Abdome.	- Pesquisar hepatomegalia ou esplenomegalia, massas palpáveis.
Sistema neurológico.	- Pesquisar sinais focais e avaliar estado cognitivo.
Sistemas vaginal, anal e perianal.	- Examinar a região, pesquisando corrimento, úlceras e lesões sugestivas de infecção pelo HPV ou de neoplasias.

Avaliação laboratorial inicial

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico-obstétrico de gestantes infectadas pelo HIV tem como objetivo avaliar a condição geral de saúde da mulher, identificar a presença de comorbidades e outros fatores que possam interferir na evolução da gravidez ou da infecção pelo HIV, além de avaliar a situação imunológica e virológica inicial.

O Quadro 22 indica os exames sugeridos para estruturar a abordagem laboratorial inicial e a frequência da sua realização durante o pré-natal.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 499

Quadro 22. Periodicidade de repetição de exames durante a gestação			
Exame	**Inicial**	**Periodicidade**	**Comentários**
Hemograma.	Sim	Repetir ao redor de 30 semanas.	
Tipagem sanguínea.	Sim		
Coombs Indireto.	Sim	Se o resultado for negativo repetir em trono da 30ª semana e após mensalmente[1].	Solicitar em caso de paciente Rh negativo e pai Rh positivo ou desconhecido.
Citopatológico de colo do útero (CP).	Sim	Repetir e encaminhar para colposcopia (e, se necessário, biópsia) em caso de resultado alterado (ASCUS ou NIC)[1].	
Urina tipo 1 ou exame sumário de urina.	Sim	Ao redor de 30 semanas.	
Urocultura.	Sim	30 semanas.	
Glicemia de jejum.	Sim	Após 20 semanas[1].	
Provas de função hepática.	Sim	Na primeira consulta, com repetição mensal ou a cada dois meses.	Em caso de uso de nevirapina, fazer controle quinzenal nas primeiras 18 semanas. Depois, o controle deve ser mensal.
Teste de tolerância à glicose 75g.	Sim	Realizar após 20 semanas se glicemia de jejum ≥ 85mg/dl.	
VDRL.	Sim	30 semanas e na admissão para o parto.	
Sorologia para rubéola.	Não		
HBsAg.	Sim	Na primeira consulta.	Imunizar em caso de resultado negativo.
Anti-HCV.	Sim	Na primeira consulta.	
Anti-HAV.	Sim	Na primeira consulta.	Imunizar em caso de resultado negativo em gestantes coinfectadas com HCV.
Sorologia para citomegalovírus.	Sim	Trimestral.	Repetição indicada caso o exame inicial seja negativo.
Sorologia para toxoplasmose (IgM, IgG).	Sim	Trimestral.	Repetição indicada caso o exame inicial seja negativo.
Sorologia para chagas.	Sim	Na primeira consulta.	Indicado para áreas endêmicas.
Contagem de linfócitos T-CD4+.	Sim	Na primeira consulta, devendo ser repetido pelo menos entre 4-6 semanas após início de TARV e a partir da 34ª semana.	
Carga viral (CV).	Sim	Na primeira consulta, devendo ser repetido após 4-6 semanas de início da TARV e a partir da 34ª semana.	Caso a CV seja detectável, repetir o exame e reforçar a adesão. A repetição da CV a partir da 34ª semana auxilia na definição da via de parto.
PPD (Reação de Mantoux).	Sim		Resultado reator forte (> 5 mm): realizar a investigação de tuberculose ativa. Caso a reação for negativa, indicar a profilaxia com isoniazida associada à piridoxina.
Exame	**Inicial**	**Periodicidade**	**Comentários**

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 500

Swab vaginal e anal para pesquisa de estreptococo do grupo B	Sim	Indicar a partir da 34ª semana	Se a cultura for positiva, tratar com penicilina G cristalina endovenosa durante o trabalho de parto
Exame especular com realização de teste de pH e teste das aminas (teste do cheiro ou de Whiff)	Sim	3º trimestre e sempre que houver sintomas e sinais de vaginite	O rastreamento da vaginose bacteriana pode ser considerado para as gestantes com história prévia de parto pré-termo

Obs.: ver seção "Manejo da gestante em uso de TARV".

Legenda:
ASCUS: sigla em inglês para "Células escamosas atípicas de significância indeterminada".
NIC: sigla em inglês para "Neoplasia intraepitelial cervical".

Imunizações

Em gestantes portadoras do HIV, a imunização deve ser considerada quando:

- o risco de exposição a determinado patógeno for considerado elevado;
- o risco de infecção tanto da mãe quanto do recém nascido for elevado;
- a vacina disponível não causar sabidamente danos à saúde da mãe e do recém nascido.

A administração de vacinas com vírus vivos atenuados em pacientes com imunodeficiência está condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave. Sempre que possível, sua administração deve ser evitada em indivíduos que vivem com o HIV.

As vacinas com vírus vivos não devem ser realizadas durante a gestação. **Estão contraindicadas as vacinas tríplice viral (para sarampo, caxumba e rubéola) e a vacina contra a varicela.**

Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ inferior a 200 céls./mm^3), até que um grau satisfatório de reconstituição imune seja obtido com o uso de terapia antirretroviral, o que proporciona melhora na resposta vacinal e reduz o risco de complicações pós-vacinais.

Alguns estudos demonstram elevação transitória da carga viral após a imunização, fenômeno denominado *transativação heteróloga*, o qual tem duração de aproximadamente 4 semanas. Essa elevação da viremia, mesmo que transitória, pode aumentar o risco de transmissão do HIV intraútero, sendo mais uma razão para postergar o início do esquema vacinal para após o início do tratamento antirretroviral.

Além disso, devido à transativação heteróloga, a vacinação deve ser evitada no final da gestação, já que este é o período de maior risco de transmissão fetal.

Na gestação, a recomendação na rotina do pré-natal geral é realizar a imunização para o tétano. As imunizações que podem ser indicadas na gestação de mulheres soropositivas para o HIV estão especificadas no Quadro 23.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 501

Quadro 23. Imunizações recomendadas em gestantes soropositivas para o HIV	
Imunização	**Recomendação**
Vacina para pneumococo.	Considerada.
Vacina para tétano e difteria (dT).	Indicado o reforço caso a última dose tenha sido administrada há mais de 5 anos. Se a gestante não for vacinada ou o estado vacinal for desconhecido, indicar três doses (esquema padrão).
Vacina para hepatite B.	Recomendada para as gestantes suscetíveis (Anti-HBs negativas), em situação de risco. A dose deve ser o dobro daquela recomendada pelo fabricante: momento 0, 1, 2 e 6 ou 12 meses.
Imunoglobulina humana para vírus da hepatite B (HBIG).	Recomendada para gestantes suscetíveis (anti-HBs negativas), usuárias de drogas que compartilham seringas e agulhas, aquelas que tenham tido contato sexual desprotegido com pessoas HBsAg positivas ou em caso de vítimas de violência sexual. Deve ser iniciada ainda nos primeiros 14 dias de exposição.
Vacina para hepatite A.	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-HAV negativas) coinfectadas com hepatite B ou C. Realizar duas doses com intervalo de 6 meses.
Influenza.	Recomendada anualmente para infectados pelo HIV, antes do periodo da influenza. Vacina inativada trivalente, 1 dose anual, pode ser feita na gestação.
Imunoglobulina para vírus da varicela-zoster (VVZ).	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-VVZ negativas), após exposição em ambiente doméstico, hospitalar ou com vizinhos próximos.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes*. Brasília, 2006.

A vacina da febre amarela deve ser evitada; porém, em regiões de risco elevado, ela poderá ser realizada, devido à alta morbimortalidade da doença, a partir do terceiro trimestre da gestação, sempre considerando a relação risco-benefício (Quadro 24).

Quadro 24. Recomendações para vacinação contra febre amarela em adultos e crianças com 13 anos ou mais de idade infectados pelo HIV, de acordo com o número de linfócitos T- CD4+ e regiões de risco			
Contagem de linfócitos T CD4+ em céls./mm³	**Risco da região***		
	Alto	**Médio**	**Baixo**
≥350	Oferecer vacinação	Oferecer vacinação**	Não vacinar
200 – 350	Oferecer vacinação**	Não vacinar	Não vacinar
< 200	Não vacinar	Não vacinar	Não vacinar

Fonte: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

* Em relação ao risco de infecção pelo vírus amarílico: a) essa definição é dinâmica e depende não só da disseminação de vetores infectados, mas também da cobertura vacinal alcançada; b) são consideradas áreas de alto risco as regiões onde já foram confirmados casos autóctones de febre amarela silvestre.

** O médico responsável deverá explicar ao paciente o risco-benefício da decisão, levando em conta a possibilidade de não-resposta à vacina, a possibilidade de eventos adversos e o risco epidemiológico local da infecção pelo vírus

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 502

da febre amarela.

Manejo antirretroviral na gestação

A indicação de TARV na gestação pode ter dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV.

a) Profilaxia da transmissão vertical do HIV

Tem como objetivo apenas a prevenção da transmissão vertical e está recomendada para gestantes que não possuem indicação de tratar a infecção pelo HIV, já que são assintomáticas e o dano imunológico é pequeno ou ausente (LT-CD4+ ≥ 350 céls./mm^3), havendo baixo risco de progressão para aids. Essas mulheres não seriam candidatas a receber algum esquema antirretroviral, caso não estivessem na gestação. A profilaxia deve ser suspensa após o parto.

O início do esquema deve ser precoce, após o primeiro trimestre, entre a 14ª e a 28ª semana de gravidez.

Quando o diagnóstico é estabelecido tardiamente, no 3º trimestre (mais especificamente a partir da 28ª semana), é recomendado o início da TARV logo após a coleta dos exames, mesmo antes da obtenção de seus resultados.

b) Tratamento da infecção pelo HIV na gestação

Mulheres que apresentam repercussão clínica e/ou imunológica grave da infecção do HIV têm indicação de tratamento, independentemente da gravidez e em qualquer idade gestacional. Portanto, **gestantes sintomáticas ou assintomáticas com contagem de LT-CD4+ ≤ 350 céls./mm^3** apresentam critérios de início de tratamento.

A TARV deve também ser considerada para pacientes com contagem de **CD4 entre 350 e 500 células/mm^3** na presença das seguintes condições:

- Coinfecção pelo vírus da hepatite B em pacientes com indicação de tratamento para hepatite B;
- Coinfecção pelo vírus da hepatite C;
- Idade igual ou superior a 55 anos;
- Doença cardiovascular estabelecida ou com risco elevado (acima de 20% segundo escore de Framingham);
- Nefropatia do HIV;
- Carga viral elevada, superior a 100.000 cópias;
- Neoplasias, incluindo as não definidoras de aids.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 503

O Quadro 25 a seguir demonstra as recomendações para o início da terapia antirretroviral.

Quadro 25. Recomendações para início de terapia antirretroviral

Idade gestacional	*Status* clínico-laboratorial da gestante	Conduta
Após a 28ª semana de gestação.	Assintomática, sem contagem de LT-CD4+ disponível.	Coletar sangue para contagem de LT-CD4+ e CV, iniciar imediatamente a profilaxia com TARV combinada (associação de três ARV) independentemente do resultado de LT-CD4+ e CV*.
Entre a 14ª e a 28ª semana de gestação.	Assintomática, com contagem de LT-CD4+ ≥ 350 céls./mm³.	Profilaxia com TARV combinada (associação de três ARV).
Independentemente da IG.	Assintomática, com LT-CD4+ <350 céls./mm³.	Tratar + quimioprofilaxia para IO (esta só deve ser indicada se LT CD4+ < 200 céls./mm³).
Independentemente da IG.	Sintomática**.	Tratar + quimioprofilaxia primária para IO.

Legenda: CV = carga viral; LT = linfócitos T; IG = idade gestacional

* Ver a seção "Como iniciar a TARV".
** Considerar os sintomas associados à infecção pelo HIV, mesmo não definidores de aids.

As profilaxias primárias devem ser consideradas para pacientes com menos de 1.200 linfócitos totais/mm³ especialmente se hemoglobina < 10g/dl, pela grande probabilidade de a contagem LT-CD4+ ser < 200/ mm³.

Como iniciar a TARV

Deve-se utilizar esquema antirretroviral composto por três antirretrovirais de duas classes diferentes, seja com indicação de profilaxia ou de tratamento.

Os Quadros 26 e 27, a seguir, mostram, respectivamente, os esquemas preferenciais para terapia inicial e as drogas e combinações preferenciais e alternativas.

Quadro 26. Esquemas preferenciais para terapia inicial

Preferencial	**2 ITRN + IP/r**
Alternativo	**2 ITRN + ITRNN**

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 504

Quadro 27. Drogas e combinações preferenciais e alternativas		
Grupo farmacológico	**1ª escolha**	**2ª escolha**
2 ITRN	AZT+3TC	ddI EC +3TC *ou* d4T + 3TC
IP	LPV/r	SQV/r[1]
ITRNN	NVP[2]	

Abreviaturas:
ITRN = inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo ou nucleotídeo;
AZT = zidovudina; ddI EC = didanosina entérica;
3TC = lamivudina; d4T = estavudina;
ITRNN = inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo;
NVP = nevirapina.

IP = inibidor da protease; r = ritonavir como adjuvante farmacológico; LPV = lopinavir; SQV = saquinavir
[1] A adesão pode ser comprometida em razão da maior possibilidade de ocorrerem efeitos colaterais.
[2] A NVP deve ser usada com cautela em mulheres com LT-CD4+ ≥ 250 céls./mm³ devido ao risco elevado de hepatotoxicidade.

Segurança dos antirretrovirais na gestação

Quanto a recomendação para uso na gestação, os ARVs podem ser classificados da seguinte maneira*:

Quadro 28. Classificação dos antiretrovirais (ARV)				
Classe do ARV	**Agentes recomendados**	**Agentes alternativos**	**Dados insuficientes para recomendar o uso**	**Não recomendado**
ITRN/ ITRNt	Zidovudina** Lamivudina**	Didanosina Estavudina Abacavir#	Tenofovir	-
ITRNN	Nevirapina	-	-	Efavirenz
Inibidores de Protease (IP)	Lopinavir/ ritonavir	Indinavir (combinado com reforço de ritonavir) Saquinavir/ ritonavir	Atazanavir Darunavir Fosamprenavir	-
Inibidores de Integrase	-	-	Raltegravir	-
Inibidores de Fusão	-	-	Enfuvirtida	-

*Adaptado de: *Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States,* 2008.

Legenda: ITRN = inibidor de transcriptase reversa análogo de nucleosídeos; ITRNt = inibidor de transcriptase reversa análogo de nucleotídeos; ITRNN = inibidor de transcriptase reversa não análogo de nucleosídeos; IP = inibidor de protease; CGM = cápsula de gelatina mole; CGD = cápsula de gelatina dura.
** A zidovudina e a lamivudina são incluídas como uma combinação de dosagem fixa no biovir.

Esquemas com três ITRN incluindo o abacavir são virologicamente menos potentes quando comparados a esquemas de TARV de alta potência baseada em IP. Esquemas com três ITRN somente devem ser usados quando não é possível administrar um esquema TARV de alta potência ITRNN ou baseado em IP/r (ex.: devido a interações medicamentosas significativas). Está sendo desenvolvido um estudo de avaliação do uso de zidovudina/lamivudina/abacavir entre gestantes com <55.000 cópias/ml de RNA de HIV enquanto esquema de uso limitado de classes

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 505

(*class-sparing regimen*).

Profilaxia antirretroviral intraparto

1- Todas as gestantes, independentemente do tipo de parto, devem receber AZT intravenoso (IV) desde o início do trabalho de parto ou pelo menos 3 horas antes da cesárea eletiva, a ser mantido até o clampeamento do cordão umbilical, segundo as doses preconizadas a seguir no Quadro 29.

2- Durante o trabalho de parto, ou no dia da cesárea programada, manter os medicamentos antirretrovirais (ARV) orais utilizados pela gestante, nos seus horários habituais, independentemente do jejum, ingeridos com pequena quantidade de água, inclusive durante o período de infusão venosa da zidovudina (AZT). A única droga que deve ser suspensa até 12 horas antes do início do AZT intravenoso é a d4T (estavudina).

3- Gestantes com resistência ao AZT, documentada previamente, e que não o tenham utilizado durante a gravidez, devem receber o AZT intravenoso (IV) no parto (a menos que sejam alérgicas ao medicamento) e seus RN devem receber a solução oral, conforme o esquema preconizado.

Dose: iniciar a infusão, em acesso venoso, individualizado, com 2mg/kg na primeira hora, seguindo com a infusão contínua, com 1mg/kg/hora, até o clampeamento do cordão umbilical. Diluir em soro glicosado a 5% e gotejar, conforme o quadro 29 a seguir. A concentração não deve exceder 4mg/ml.

Quadro 29. Esquema posológico da zidovudina injetável (AZT) na parturiente

Peso da paciente	Qtd de zidovudina	Número (gotas/min)
40kg	8ml	36
50kg	10ml	37
60kg	12ml	37
70kg	14ml	38
80kg	16ml	39
90kg	18ml	39
Manutenção (1mg/kg/hora) Em infusão contínua		
40kg	4ml	35
50kg	5ml	35
60kg	6ml	35
70kg	7ml	36
80kg	8ml	36
90kg	9ml	36

Definição de via de parto

A definição da via de parto deverá ser baseada no resultado da carga viral materna, realizada a partir da 34ª semana, em associação com a avaliação obstétrica.

Em mulheres com carga viral menor que 1.000 cópias/ml, essa definição poderá ser discutida entre a gestante e seu obstetra, em razão da observação de que o tipo de

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 506

parto nessas condições, seja normal ou operatório, não altera o risco de transmissão vertical do HIV, resguardadas as recomendações quanto ao manejo do parto, detalhadas a seguir.

Portanto, a cesariana eletiva deve ser indicada para gestantes HIV+ que não realizaram profilaxia antirretroviral combinada durante a gestação, que usaram apenas monoterapia com AZT ou que tenham sua carga viral, com 34 semanas ou mais de gestação, desconhecida ou superior a 1.000 cópias/ml.

Manejo da operação cesariana eletiva

1- Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina, ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1° trimestre, ou antes da 20ª semana).

2- A cesárea eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade e/ou o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.

3- Todas as gestantes devem receber, no dia do parto, o AZT intravenoso, dose de ataque e doses de manutenção, conforme o esquema posológico da zidovudina injetável (ver Quadro 29), o qual deverá ser iniciado 3 (três) horas antes do início da cesárea (período necessário para se atingir a concentração intracelular adequada do medicamento) e mantido até a ligadura do cordão umbilical.

4- Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno.

5- Sempre que possível, proceder ao parto empelicado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras).

6- Não realizar ordenha do cordão, ligando-o imediatamente após a retirada do RN.

7- Utilizar antibiótico profilático, tanto na cesárea eletiva quanto naquela de urgência: dose única endovenosa de 2g de cefalotina ou cefazolina, após o clampeamento do cordão.

8- Caso a gestante com indicação para a cesárea eletiva (CV≥ 1000 cópias/ml) inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 3cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após 3 horas de infusão.

9- No caso de ruptura das membranas corioamnióticas, a cesárea não reduz a transmissão vertical, mas se um longo período de trabalho de parto está previsto, intui-se que a cesárea evita o aumento da transmissão vertical nesses casos. Também aqui a cesárea deve ser precedida do uso endovenoso de AZT pelo menos por 3 horas.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 507

Manejo do parto vaginal

1- Havendo condições favoráveis para o parto vaginal e estando este indicado, iniciar o AZT intravenoso logo que a parturiente chegar ao serviço, conforme o protocolo estabelecido, e manter a infusão até a ligadura do cordão umbilical.

2- Diante da integridade da bolsa amniótica, a progressão normal do trabalho de parto é preferível à sua indução, pelo risco de ruptura artificial das membranas e aumento de risco de transmissão vertical do HIV.

3- Monitorar o trabalho de parto cuidadosamente, evitando toques desnecessários e repetidos (usar o partograma).

4- Evitar que as parturientes permaneçam com bolsa rota por tempo prolongado, visto que a taxa de transmissão vertical aumenta progressivamente após 4 horas de bolsa rota. O uso de fármacos que aumentam a atividade uterina não está contraindicado, mas deve ser utilizado segundo os padrões de segurança já conhecidos.

5- A amniotomia artificial deve ser evitada, a menos que extremamente necessária.

6- Evitar, sempre que possível, a episiotomia. Quando necessária, o campo cirúrgico deve ser protegido por compressas embebidas em substâncias degermantes.

7- Assim como na gestação, estão contraindicados todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto (amniocentese, amnioscopia, amniotomia, escalpo cefálico). O parto instrumentalizado deve ser evitado, mas quando indicado, o fórceps deve ser preferido ao vácuo-extrator. A aplicação do fórceps (ou vácuo-extrator) só será admitida se houver uma indicação obstétrica precisa e que supere os riscos maiores de contaminação da criança pelo procedimento.

8- A ligadura do cordão umbilical deve ser imediata à expulsão do feto, não devendo ser executada, sob nenhuma hipótese, a ordenha do cordão.

9- Utilizar antibiótico profilático materno, dose única de 2g intravenosa de cefalotina ou cefazolina, logo após a expulsão fetal.

Manejo antirretroviral no puerpério

A decisão de continuar ou interromper os ARV no pós-parto depende da contagem de linfócitos T CD4+ (LT-CD4+), sintomas clínicos, coinfecções e estágio da doença materna, de acordo com as "Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008". A conduta deverá ser definida pelos médicos acompanhantes da mulher infectada pelo HIV (ginecologista e infectologista) no puerpério de um Serviço de Atenção Especializada (SAE)

As puérperas com LT-CD4+ < 350 céls./mm^3 e/ou sintomas/sinais de imunossupressão devem ser aconselhadas a manterem a TARV.

Aquelas com LT-CD4+ ≥ 350 céls./mm^3 e assintomáticas, bem como as que usaram apenas AZT injetável no periparto, devem suspender a TARV imediatamente após o parto. Nessa situação, atenção especial deve ser dada aos casos de usuárias em uso de nevirapina, que deve ser suspensa, mantendo-se, porém, os demais ARV por mais sete a catorze dias.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 508

As pacientes coinfectadas com o vírus da hepatite B e/ou vírus da hepatite C devem ser encaminhadas para especialista da área, o qual deverá decidir sobre a continuação e adequação de esquema terapêutico.

O inibição da lactação também pode ser obtida por enfaixamento das mamas, que consiste em realizar compressão das mamas com atadura, imediatamente após o parto, com o cuidado de não restringir os movimentos respiratórios ou causar desconforto materno. O enfaixamento é recomendado por um período de dez dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas.

De forma geral, em locais de clima quente os resultados do enfaixamento são muito ruins, com elevada taxa de não-inibição e elevada frequência de abscessos mamários. Portanto, o procedimento deve ser considerado como medida de exceção, apenas para os casos em que a cabergolina não esteja disponível.

Suspensão da amamentação e inibição da lactação

A amamentação está associada a um risco adicional de transmissão do HIV de 7 a 22%, podendo chegar a 29% nos casos de infecção aguda materna.

Portanto, toda mãe soropositiva para o HIV deverá ser orientada a não amamentar. Ao mesmo tempo, ela deverá estar ciente de que, no Brasil, terá direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos até o seu filho completar 6 meses de idade.

São terminantemente contraindicados o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz), a alimentação mista (leite humano e fórmula infantil) e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar.

A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto, utilizando-se cabergolina 1,0mg via oral, em dose única (dois comprimidos de 0,5mg por via oral). A cabergolina deve ser faturada na AIH do parto.

A utilização de estrogênio como inibidor da lactação é contraindicada devido ao risco de tromboembolismo.

Cuidados com o recém-nascido exposto

A sequência de atividades recomendadas abaixo dependerá das condições de nascimento do recém-nascido:

Limpar, com compressas macias, todo sangue e secreções visíveis na superfície corporal do RN, logo após o nascimento, e encaminhá-lo imediatamente para banho em água corrente. Está contraindicado o primeiro banho em banheiras pediátricas.

Quando for necessária a realização de aspiração de vias aéreas do recém-nascido, deve-se proceder delicadamente, evitando traumatismo em mucosas.

Iniciar a primeira dose do AZT solução oral, preferencialmente, ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras 2 horas após o nascimento.

Dada a possibilidade de ocorrência de anemia no recém-nascido em uso de AZT, recomenda-se a realização de hemograma completo, possibilitando avaliação prévia ao início da profilaxia e o monitoramento após 6 e 16 semanas.

É recomendado o alojamento conjunto em período integral, com intuito de aprimorar o vínculo mãe-filho.

Recomenda-se a não amamentação e substituição do leite materno por fórmula infantil após o aconselhamento. Em situações especiais, pode ser utilizado leite humano pasteurizado, proveniente de Banco de Leite credenciado pelo Ministério da Saúde, como é o caso de recém-nascidos pré-termo ou de baixo peso.

Para informações sobre alternativas ao uso de fórmula infantil e a introdução de outros alimentos, deve-se consultar o "Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas" e o "Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres que não podem amamentar", do Ministério da Saúde, disponíveis na página web www.aids.gov.br

São terminantemente contraindicados o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz), o aleitamento misto e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar.

A criança deve ter alta da maternidade com consulta agendada em serviço especializado para seguimento de crianças expostas ao HIV. A data da primeira consulta **não deve ultrapassar 30 dias após o nascimento**. Devem-se anotar no resumo de alta do recém-nascido as informações do pré-natal, as condições do parto, o tempo de uso do AZT injetável na mãe, tempo de início de AZT xarope para o RN com dose e periodicidade, além das mensurações antropométricas, o tipo de alimento fornecido à criança e outras informações importantes relativas às condições do nascimento. Essas informações deverão ser anotadas em papel timbrado da maternidade e encaminhadas ao serviço de assistência especializado (SAE), juntamente com o resumo de alta.

Deve-se preencher, na ficha de notificação da Gestante HIV+ e Criança Exposta, os dados inerentes ao nascimento da criança, e enviá-la ao núcleo de vigilância epidemiológica da maternidade (quando houver) ou do município.

A partir de 4 a 6 semanas de vida até a definição do diagnóstico da infecção pelo HIV, a criança deve receber quimioprofilaxia para pneumonia pelo *P. jiroveci*, com sulfametoxazol (SMX) + trimetoprima (TMP), na dosagem de 25-40mg/kg/dia de SMX ou 5-10mg/kg/dia de TMP, divididos em duas doses diárias, três vezes por semana, ou em dias alternados.

Indica-se a consulta e o seguimento das "Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV - 2009", do Ministério da Saúde, quanto ao acompanhamento, diagnóstico de infecção pelo HIV e monitoração de efeitos adversos associados à exposição perinatal a drogas antirretrovirais e uso de alimentação por fórmula infantil.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 510

Infecção pelo Papiloma Virus Humano (HPV)

É a DST viral mais frequente no mundo. A Organização Mundial da Saúde estima cerca de 30 milhões de casos novos/ano no mundo, podendo alcançar cerca de 30-40% em pacientes abaixo dos 20 anos. É causada por um vírus do grupo Papova com contaminação habitual por via sexual, mas outras vias de contaminação e propagação devem ser lembradas, visto que crianças e recém-nascidos podem adquirir a doença sem a existência de abuso sexual.

Atualmente são conhecidos mais de 100 serotipos diferentes, alguns deles com potencial oncogênico (capacidade de invadir o genoma celular), principalmente os HPVs 16, 18, 31, 33, 45, os quais são capazes de levar ao surgimento de neoplasias intraepiteliais de diversos graus. Destes, cerca de um terço acometem o trato genital inferior, principalmente o colo uterino.

Não está bem estabelecida a prevalência da infecção pelo HPV durante a gestação. Há estudos demonstrando que é aumentada, o que se deveria à diminuição da imunocompetência da gestante. Os estudos mais recentes mostram que as taxas de incidência em gestantes e não gestantes são similares. As interpretações anteriores são devidas ao diagnóstico mais facilitado durante a gravidez.

A gestação favorece o desenvolvimento e a proliferação das lesões condilomatosas e também torna mais difícil seu tratamento, pelas constantes recidivas. É importante lembrar que o vírus se instala na membrana basal dos tecidos que infecta e, muitas vezes, a simples retirada da área lesada não impede que outras áreas contaminadas ou mesmo a própria área previamente tratada venham a ser sede de nova lesão por multiplicação viral e por recontaminação.

Os processos displásicos na gestação podem sofrer progressão, pois, juntamente com o problema das lesões virais da gravidez, o aumento das concentrações séricas hormonais provocado pelo estado gravídico por si só leva a um ectrópio frequentemente importante, com consequente exteriorização da junção escamocolunar e com um estado inflamatório constante. Isso, em associação a uma baixa de imunidade, favorece a magnificência das alterações celulares provocadas pelo vírus quando de sua incorporação à cadeia de DNA celular e quando da duplicação celular, provocando "cópias" celulares imperfeitas, levando a uma desorganização da estrutura tecidual, o que irá traduzir-se em graus variados de displasia.

Os estudos mostram que há risco da transmissão perinatal do HPV 16 e 18 (oncogênicos) e também dos HPV 6 e 11 (condiloma acuminado). A incidência de condiloma acuminado em gestantes é de 0,5 a 3%. Ele tende a aumentar durante a gestação e pode ser exuberante, chegando a obstruir o canal do parto. Muitas vezes é resistente aos tratamentos e há riscos secundários de infecção, hemorragia, ulceração, distocia, rotura prematura das membranas ovulares, corioamnionite e deiscência de episiotomia.

A detecção de infecção HPV pesquisada em recém-nascidos varia entre 38 a 73% dos nascimentos, sendo considerado maior risco para o neonato o papiloma da laringe. No entanto, não está estabelecido se o HPV detectado ao nascimento causa infecção persistente ou transitória. Por outro lado, existem outras formas comprovadas de infecção do feto: a materno-fetal intraútero e a infecção adquirida no pós-natal.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 511

Por isso, a presença de infecção HPV não constitui indicação para parto cesariano.

As formas de infecção pelo HPV são classificadas em três categorias:

- Clínica: é a forma evidenciável a olho nu (condiloma acuminado ou plano) e representa cerca de 1% dos casos;
- Subclínica: diagnóstico por meio do exame colposcópico ou microscópico (citologia ou histologia). Representa 60% do HPV anogenital externo e 95% do HPV cervical;
- Latente: diagnóstico apenas por meio das técnicas de hibridização do DNA viral em indivíduos com clínica e cito/histologia normais.

O diagnóstico das verrugas genitais é feito por inspeção visual e pode ser confirmado por biópsia, embora uma biópsia somente seja necessária em certas condições (por exemplo: ausência de resposta ou piora ao tratamento, gestante imunossuprimido, presença de verrugas pigmentadas, induradas, fixas, sangrantes ou ulceradas). Não existem evidências para a realização de testes de identificação de DNA para o diagnóstico ou manejo de lesões verrugosas.

O principal risco da infecção pelo HPV no transcorrer da gestação é a possível contaminação do recém-nascido (RN) durante sua passagem pelo canal de parto. Tal contaminação atinge principalmente a árvore respiratória do RN. Outra complicação é o desenvolvimento de lesões papilomatosas nas regiões anogenital e conjuntival após o nascimento. Embora o mecanismo clássico da contaminação dos RNs seja pela passagem pelo canal de parto, outros modos de transmissão intra-útero têm sido citados. Há referências de positividade para HPV-DNA em líquido amniótico, e estudos referem casos de papiloma laringeal juvenil em neonatos de gestantes submetidas à cesariana.

Diagnóstico

É mais comum pela identificação de lesão na vulva, períneo, região perianal e vagina. O diagnóstico da infecção subclínica do HPV em gestantes geralmente constitui achado no exame colpocitológico, realizado com finalidade de rastreamento do câncer do colo uterino. Na presença de colpocitologia compatível com infecção pelo HPV, a realização da colposcopia é útil para detectar, em todo trato genital da gestante, os locais da manifestação da infecção.

Conduta

É reconhecido que a melhora clínica reduz a transmissão, porém nenhum tratamento erradica o HPV. A infectividade das lesões subclínicas e latentes é desconhecida. A maioria das gestantes necessitará de um curso de tratamento, com resposta provável em cerca de 3 meses de tratamento.

O objetivo do tratamento é a remoção das lesões sintomáticas. Atualmente tem sido dada preferência ao tratamento com ressecção da lesão (material para reavaliação pelo patologista) em vez do tratamento destrutivo ou ablativo, que deve ser feito depois da avaliação histológica. Não existe tratamento ideal. A taxa de recidiva é alta: 25% em 3 meses, independentemente do tipo de tratamento.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 512

O tratamento preferencial é com métodos que destroem a lesão. Utiliza-se nitrogênio líquido. A crioterapia pelo CO2, embora não atinja a mesma temperatura que o nitrogênio líquido, mostra-se eficaz, principalmente nas lesões que envolvem a cérvice uterina.

Ainda cabe citar o uso do eletrocautério, a alça de Cartier (diatérmica), LEEP e a laserterapia e também o uso de agentes químicos, como o ácido tricloroacético.

Durante a gestação não se deve utilizar a podofilina, a podoxipodofilina e o interferon.

Na gestante, devem ser tratadas apenas as lesões condilomatosas. As lesões subclínicas devem ser acompanhadas com colpocitologia e colposcopia durante a gestação e reavaliadas para tratamento três meses após o parto.

Frente a uma citologia de alto grau, uma colposcopia deve ser indicada para avaliar a possibilidade de doença cervical invasiva. Atualmente recomenda-se realizar biópsia cervical durante a gestação somente frente a uma suspeita de doença invasiva. Nos casos de lesões de alto grau, a conduta mais adequada é o seguimento com citologia e colposcopia trimestral durante a gestação e o retardo do tratamento para 90 dias após o término da gestação. Biópsias e conizações devem ser realizadas por profissionais experientes, já que o risco de sangramento deve sempre ser considerado.

Nos casos de doença invasiva, a escolha do tratamento deve sempre levar em consideração o período gestacional e a maturidade fetal, decidindo junto com a gestante a conduta a ser tomada nestes casos.

Condilomas pequenos podem ser tratados com ácido tricloroacético (ATA) entre 50 a 80%. A aplicação deve ser realizada semanalmente pelo médico ou profissional de saúde capacitado. As margens da lesão devem ser protegidas, ou melhor, deve ser evitado que a solução atinja a pele sadia, porque promove queimaduras dolorosas.

Condilomas maiores e os que são resistentes ao ATA são tratados pela excisão com bisturi, cauterização, cirurgia de alta frequência (CAF) ou LASER. Os resultados são similares. Nas excisões deve-se sempre usar anestesia local.

A cesariana deve ser indicada apenas nos casos com condilomas extensos em que houver obstrução mecânica do canal de parto e/ou risco de hemorragia grave e todas as gestantes com verrugas genitais devem ser orientadas sobre o baixo risco de contaminação de seus filhos e da papilomatose laríngea. Até o presente momento, nenhum estudo controlado sugeriu que uma cesárea possa prevenir esta condição.

Toda gestante que tenha diagnóstico de infecção HPV clínica ou subclínica deve ser rastreada para infecção pelo HIV.

Vaginose Bacteriana e Gestação

A vaginose bacteriana é uma infecção polimicrobiana caracterizada por diminuição de lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio e proliferação de anaeróbios facultativos. Destes, os mais comuns são Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis e espécies de Bacteroides e Mobiluncus. São organismos que fazem

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 513

parte da flora normal da vagina, por isso sua presença em culturas (principalmente da *Gardnerella vaginalis*) não indica necessariamente a doença. Ocorre em mais de 20% das gestações, mas a maioria é assintomática. Está associada à rotura prematura de membranas, baixo peso ao nascimento e prematuridade.

Diagnóstico

O diagnóstico da vaginose é clínico. A gestante se queixa de corrimento acinzentado com odor de peixe, que é facilmente confirmado no exame especular. O pH vaginal está acima de 4,5 e o teste das aminas é positivo. No exame microscópico, observa-se a presença de clue cells (células "pista") tanto no exame a fresco quanto em coloração de Gram.

No entanto, esses são critérios de execução difícil e demorada. O uso de coloração de Gram com semi-quantificação da flora vaginal tem alta sensibilidade e especificidade para vaginose bacteriana, avaliando pequenas quantidades ou ausência de lactobacilos com grande presença de bacilos Gram negativos/Gram variáveis.

Não há benefício claro para preconizar a pesquisa de vaginose bacteriana em gestantes assintomáticas em gestações de baixo risco. Porém, em gestações de alto risco, principalmente nas mulheres que apresentaram prematuridade em gestações anteriores, parece haver benefício em fazer a pesquisa de vaginose e tratar as positivas com metronidazol oral. Observou-se redução da incidência da prematuridade e de rotura prematura de membranas em alguns estudos, mas não em todos. Assim, recomenda-se considerar a pesquisa de vaginose bacteriana em gestantes de alto risco para prematuridade.

Tratamento

Há esquemas terapêuticos eficazes na gestação, sem risco de teratogenicidade.

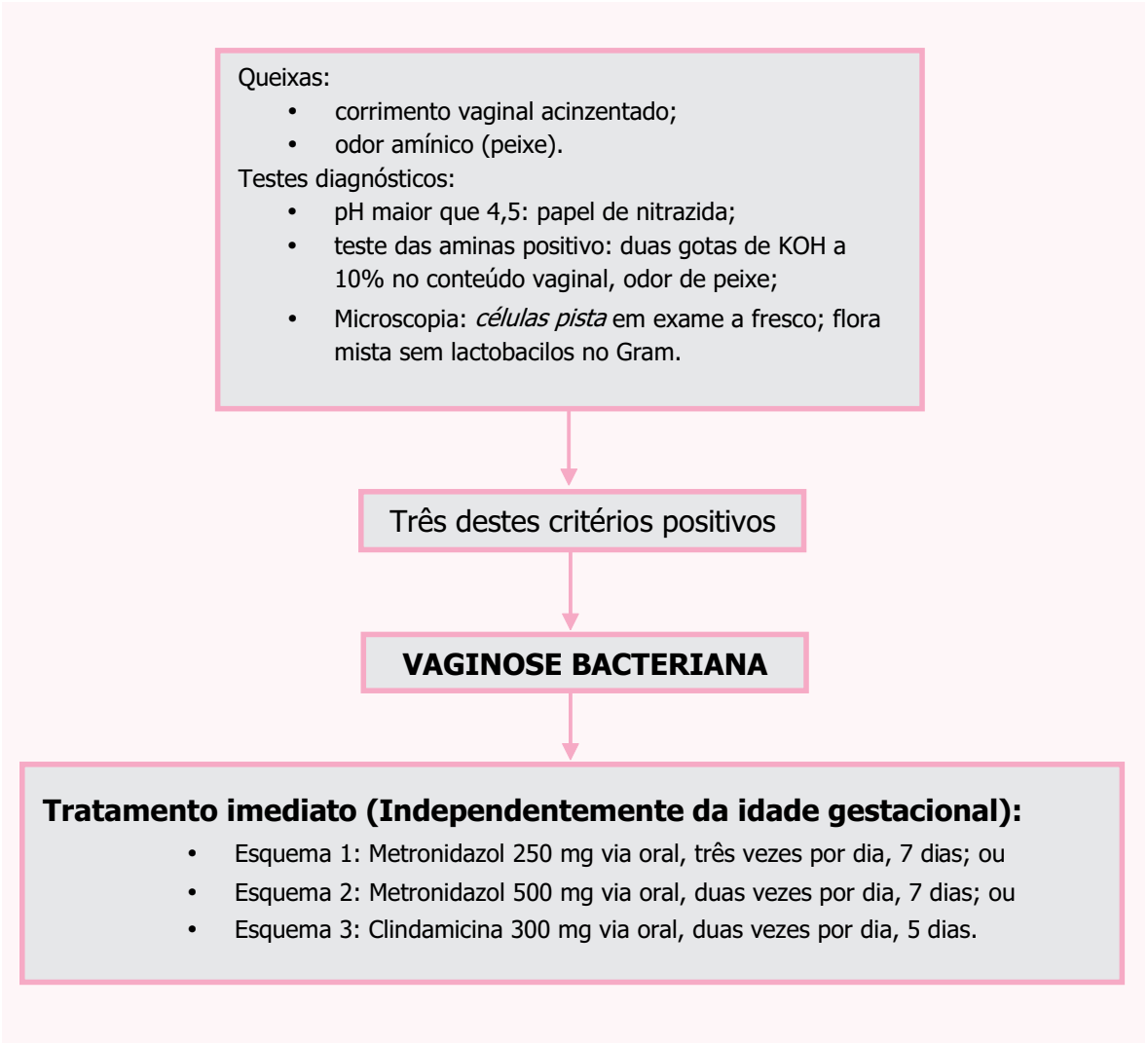
Esquema 1: Metronidazol 250 mg via oral, três vezes por dia, 7 dias OU

Esquema 2: Metronidazol 500 mg via oral, duas vezes por dia, 7 dias OU

Esquema 3: Clindamicina 300 mg via oral, duas vezes por dia, 5 dias.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 514

Fluxograma de conduta na vaginose bacteriana



Durante a gestação, há aumento do volume plasmático em até 50% (1.000ml) e do número total de hemácias circulantes em cerca 25% (300ml), para suprir as necessidades do crescimento uterino e fetal. Por esse motivo, frequentemente há a queda fisiológica dos níveis de hematócrito e hemoglobina. A hemodiluição alcança o seu nadir no final do segundo trimestre e início do terceiro. Esse processo aumenta a perfusão placentária, facilitando assim as trocas gasosas e de nutrientes. Cerca de seis semanas após o parto, na ausência de perda sanguínea excessiva durante o parto, esses níveis retornam ao normal.

A anemia pode ocorrer por perda sanguínea, destruição excessiva dos eritrócitos ou deficiência de sua produção. Anemia na gestação, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como nível de hemoglobina abaixo de 11g/dL. Ela pode ser classificada como leve (Hb 10 – 10,9g/dL), moderada (Hb 8 – 9,9g/dL) e grave (Hb ≤ 8g/dL). Adotando esse critério, até 50% das mulheres grávidas são consideradas anêmicas. É interessante adotar 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 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 incidência de anemia varia de acordo com a população estudada. Em países em desenvolvimento, a anemia é bem mais frequente, e está associada a problemas nutricionais e outras doenças que a potencializam, como infecções e parasitoses gastroinstestinais. Nesses mesmos países, aonde uma das principais causas de morbimortalidade materna é a hemorragia pós-parto, a presença de anemia pode potencializar esse problema.

As principais causas de anemia na gestação são:

- Deficiência de ferro;
- Deficiência de ácido fólico;
- Deficiência de vitamina B12;
- Hemoglobinopatias (anemia falciforme, talassemias);
- Perda sanguínea crônica (sangramentos gastroinstestinais ocultos).

Anemia ferropriva

A deficiência de ferro é a principal causa de anemia na gestação. Os depósitos de ferro são reduzidos durante a gravidez em decorrência de uma maior demanda para suprir o aumento da hemoglobina circulante e o desenvolvimento fetal. Assim, há uma redução da porcentagem de saturação de transferrina e hemácias hipocrômicas e microcíticas começam a ser liberadas pela medula óssea na circulação. Se a ingesta de ferro for insuficiente, se o intervalo interpartal for curto ou se o parto for complicado por hemorragia, a anemia por deficiência de ferro rapidamente se instalará.

As consequências da anemia ferropriva são sérias, principalmente durante a gestação. Níveis baixos de hemoglobina que correspondem à anemia moderada e grave são associados com índices aumentados de mortalidade materno-fetal e doenças infecciosas. Níveis de hemoglobina abaixo de 9,5g/dL e até mesmo 11g/dL próximo ao termo podem estar relacionados a RN de baixo peso e prematuridade. Por outro lado, níveis elevados de hemoglobina (≥13g/dL) também estão relacionados com mau prognóstico gestacional (prematuridade e baixo peso).

Apesar da suplementação rotineira de ferro ou ferro com ácido fólico durante o pré-natal resultar em uma substancial diminuição na prevalência de níveis de hemoglobina abaixo de 10 ou 10,5g/dL no terceiro trimestre, não foi ainda demonstrada melhora nos resultados maternos e perinatais.

Diagnóstico

Hemograma: redução de hematócrito e hemoglobina, com presença de hemácias hipocrômicas e microcíticas.

Em pessoas não gestantes, a deficiência de ferro pode ser medida por meio da dosagem de ferritina sérica, ferro sérico, transferrina e saturação de transferrina. A concentração de ferritina sérica é um marcador do depósito de ferro. Na gestação ocorre queda fisiológica dos níveis de séricos de ferritina, assim como dos níveis de ferro na medula óssea, inclusive em gestantes que ingerem diariamente suplementos com altas doses de ferro. Mesmo assim, a dosagem sérica de ferritina é o melhor fator a ser analisado para avaliar as reservas.

Conduta

O conduta face à anemia por deficiência de ferro deve consistir em várias ações, entre elas devem ser destacadas as mudanças de hábitos alimentares, diagnóstico e tratamento das causas de perda sanguínea, controle de infecções que contribuam para anemia, fortificação de alimentos e suplementação medicamentosa com ferro.

Hemoglobina ≥11g/dL. Ausência de anemia. Manter suplementação de 40mg/dia de ferro elementar e 400µg de ácido fólico, a partir da 20ª semana, devido à maior intolerância no início da gravidez. Recomenda-se a ingestão uma hora antes das refeições.

Hemoglobina ≤11g/dL e >8g/dL: diagnóstico de anemia leve a moderada. Solicitar exame protoparasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva (120 a 240mg de ferro elementar/dia) de três a seis drágeas de sulfato ferroso/dia, via oral, uma hora antes das principais refeições. Entre os efeitos colaterais mais importantes desse regime de alta dosagem de ferro estão os gastrointestinais, tais como epigastralgia, náuseas, vômitos, diarreia e obstipação. Para amenizar os efeitos colaterais, esquemas posológicos alternativos, como administração semanal, têm sido sugeridos e mostram-se tão efetivos quanto a administração diária na prevenção da queda dos níveis de hemoglobina.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 518

Repetir o exame em 60 dias. Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até hemoglobina atingir 11g/dL, quando deverá ser mantida a dose de 60mg/dia e repetir o exame em torno da 30ª semana.

Hemoglobina ≤8g/dL: diagnóstico de anemia grave, a ser investigada e tratada em serviço terciário.

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

Anemia megaloblástica

A anemia megaloblástica é causada por um defeito na síntese de DNA, que afeta as células de renovação rápida, às quais se incluem os precursores hematológicos e as células do epitélio gastrointestinal. Ocorre um desequilíbrio entre crescimento e divisão celular, assim, enquanto o desenvolvimento citoplasmático é normal, a divisão celular é lenta, levando à desproporção observada entre o tamanho do núcleo e do citoplasma, a chamada dissociação núcleo-citoplasmática. Estas alterações ocorrem em todos os setores da hematopoese: eritrocítico, granulocítico e megacariocítico. A consequência dessa dissociação é a eritropoese ineficaz, com consequente destruição eritrocitária já no meio intramedular. As deficiências de folato, de vitamina B12 ou de cobalamina são as causas mais comuns e mais importantes de anemia megaloblástica.

O ácido fólico é uma vitamina hidrossolúvel encontrada em vegetais verdes, amendoins e fígado. Os depósitos de folato encontram-se primariamente no fígado e são suficientes para seis semanas. Após três semanas de dieta pobre em ácido fólico, os níveis séricos de folato começarão a declinar e as alterações na eritropoese iniciarão após aproximadamente 18 semanas.

Durante a gestação, a deficiência de folato é a causa mais comum de anemia megaloblástica, sendo a deficiência de vitamina B12 uma causa mais rara. A necessidade diária de folato fora do período gestacional é de aproximadamente 50µg, valor que aumenta de três a quatro vezes durante a gestação. Há um declínio na absorção do ácido fólico e em contrapartida um aumento da demanda em decorrência do desenvolvimento fetal.

Em geral, as manifestações clínicas da anemia megaloblástica na gestação ocorrem antes do terceiro trimestre. Como na anemia ferropriva, pode-se suspeitar do diagnóstico de anemia megaloblástica a partir de anamnese e exame físico cuidadosos. Se a gestante for de risco para desenvolver anemia por deficiência de ácido fólico ou apresentar anemia moderada, deve-se procurar fazer o diagnóstico antes das alterações megaloblásticas se instalarem.

A deficiência de ferro aumenta a morbidade materna em consequência da anemia, o que pode se agravar muito no puerpério se a perda sanguínea no parto for volumosa. O feto raramente é afetado pela deficiência de folato e esse tipo de anemia não aumenta significantemente a morbidade perinatal.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 519

Diagnóstico

- Hemograma: variações na forma e tamanho dos eritrócitos (aniso e poiquilocitose, respectivamente), com possível presença de macrovalócitos. Nos casos mais graves, possível aparecimento de pontilhado basófilo e de restos nucleares. Macrocitose (VCM varia de 100 a 150dL) e anisocitose com índice de RDW (Red Cell Distribution Width) aumentado. Neutrófilos podem apresentar hipersegmentação do núcleo (pleiocariocitose) e pode haver leucopenia, bem como plaquetopenia.
- Contagem de reticulócitos baixa.

Em gestantes com anemia ferropriva com ausência de microcitose, deve-se suspeitar de anemia megaloblástica associada.

- Dosagem de folato sérico e do folato nas hemácias.
- Mielograma: presença de megaloblastos (células gigantes com grande quantidade de citoplasma e núcleo com características imaturas). A relação G:E (granulócitos/eritrócitos medulares) costuma estar invertida devido à hiperplasia eritroide. Presença de metamielócitos gigantes, denominada de alteração de Tempka-Braun. Os megacariócitos podem ter tamanho aumentado, com poucos grânulos no citoplasma e alteração nuclear. Na coloração para ferro, os sideroblastos estão aumentados em número e contém maior quantidade de grânulos de ferro.
- Dosagem de bilirrubina: aumento da bilirrubina indireta.
- Desidrogenase láctica (DHL): aumentada devido à hemólise intramedular.

Conduta

Ácido fólico: a maioria dos suplementos vitamínicos prescritos na gestação contém 1mg de ácido fólico, quantidade suficiente para prevenir e tratar a deficiência de folato.

Após três dias de tratamento com ácido fólico, usualmente ocorre uma reticulocitose e em seguida há a recuperação da hemoglobina. O valor do hematócrito deve aumentar em 1% por dia após uma semana de tratamento. A resposta ao tratamento é rápida, com melhora da anemia em uma semana. Na falta da resposta esperada ao tratamento, é necessário considerar a presença de outras deficiências concomitantes, pois a deficiência de ácido fólico geralmente cursa também com deficiência de ferro. Se após uma semana de tratamento com ácido fólico a gestante não apresentar uma reticulocitose significante, a anemia ferropriva concomitante deve ser considerada.

Profilaxia

Nas regiões em que a anemia megaloblástica na gestação for um problema comum, como por exemplo, em áreas afetadas pela malária, o uso rotineiro é justificado. Nesses locais, a prescrição rotineira de ácido fólico combinada com quimioprofilaxia antimalárica melhora o prognóstico materno-fetal. A maioria dos suplementos vitamínicos prescritos na gestação contém 1mg de ácido fólico, quantidade suficiente para prevenir e tratar a deficiência de folato. Quantidades maiores de ácido fólico somente são recomendadas para pacientes com hemoglobinopatias que utilizem

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 520

anticonvulsivantes, ou com gestações gemelares, ou multíparas com intervalo interpartal curto. Nesses casos, recomenda-se o uso de 5mg de ácido fólico.

Hemoglobinopatias

Em termos de estrutura, a hemoglobina é uma proteína tetramérica composta por dois pares de cadeias polipeptídeas ligadas por uma molécula do grupo heme. As cadeias polipeptídeas são chamadas de alpha(α), beta(β), gamma(γ), delta(δ), epsilon(ε) e zeta(ζ). A hemoglobina adulta (hemoglobina A) compreende 95% do total da hemoglobina e é formada por duas cadeias α e duas cadeias β. Os outros 5% consistem de hemoglobina A2 (formada por duas cadeias α e duas cadeias δ) e hemoglobina fetal F (formada por duas cadeias α e duas cadeias γ). A hemoglobina F é primária do feto e declina no terceiro trimestre de vida intrauterina atingindo o seu nadir alguns meses após o nascimento. As hemoglobinopatias ocorrem quando há uma mudança na estrutura da cadeia peptídea ou uma falha em sintetizar uma cadeia específica. Os genes que codificam as cadeias α estão localizados no braço curto do cromossomo 16, e os que codificam as cadeias β estão localizados no braço curto do cromossomo 11.

Anemia falciforme

A anemia falciforme é uma das doenças hereditária mais comum no Brasil. A causa da doença é uma mutação de ponto da globina beta da hemoglobina, originando no lugar da hemoglobina A (HbA) uma hemoglobina mutante denominada hemoglobina S (HbS). Em determinadas situações, estas moléculas alteradas podem sofrer polimerização com falcização (assumindo forma de foice, daí o nome falciforme) das hemácias, ocasionando encurtamento da vida média dos glóbulos vermelhos, fenômeno de vaso oclusão, episódios de dor e lesão de órgãos.

A denominação ANEMIA FALCIFORME é reservada para a forma da doença que ocorre em homozigose(SS), ou seja, a criança recebe de cada um dos pais um gene para hemoglobina S. Quando recebe de um dos pais um gene para hemoglobina S e do outro um gene para hemoglobina A ela é apenas portadora do TRAÇO FALCIFORME, não tem a doença e não precisa de cuidados especiais.

Além disso, o gene da hemoglobina S pode combinar-se com outras alterações hereditárias das hemoglobinas como hemoglobinas C, D, E Alfa e Beta Talassemias gerando combinações que se apresentam com os mesmos sintomas da combinação SS. O conjunto de combinações SS, SC, SD, S/Beta Talassemia e outras denomina-se DOENÇA FALCIFORME.

A doença originou-se na África e foi trazida às Américas pela imigração forçada dos escravos, hoje é encontrada em toda Europa e em grandes regiões da Ásia. A doença falciforme faz parte de um conjunto de doenças que denominamos HEMOGLOBINOPATIAS.

Os dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde estimam que nasçam por ano, no Brasil, em torno de 3 mil crianças com Doença Falciforme e 200 mil com Traço. Maiores prevalências são encontradas nos estados da Bahia, Rio de Janeiro, Pernambuco, Minas Gerais e Maranhão.

Fisiopatologia da gravidez na Doença Falciforme

A doença falciforme não é contraindicação para gravidez, mas a gravidez é uma situação potencialmente grave para as pacientes com doença falciforme, assim como para o feto e para o recém-nascido. Uma gravidez bem-sucedida depende do crescimento do feto num ambiente intrauterino saudável, seguido por trabalho de parto e parto, quando a vida extrauterina pode ser mantida. O crescimento fetal ótimo é assegurado pelos substratos materno liberados para a placenta. A quantidade de substrato que é recebido pelo feto depende do fluxo sanguíneo uterino para a placenta e do tamanho e integridade da membrana placentária. A placenta de mulheres com anemia falciforme é diferenciada em tamanho, localização, aderência à parede uterina e histologia. O tamanho pode estar diminuído devido à redução do fluxo sanguíneo causada pela vaso-oclusão. As causas da maior incidência de placenta prévia e de descolamento prematuro de placenta, que ocorre em todos os genótipos de doença falciforme são poucos conhecidas. As alterações histopatológicas da placenta incluem fibrose das vilosidades, infartos e calcificações. A maior incidência de aborto, retardo de crescimento intrauterino, parto prematuro e mortalidade perinatal pode ser explicada pela própria fisiopatologia da doença falciforme.

A lesão da microvasculatura placentária pelas hemácias falcizados pode ser uma das causas de maior incidência de aborto e de retardo de crescimento intrauterino. Outros fatores, tais como a ocorrência de placenta prévia, o descolamento prematuro da placenta, a gestação múltipla, o consumo de álcool e drogas, o tabagismo, o estado nutricional materno antes da gravidez e o ganho de peso durante a gravidez também influenciam o crescimento intrauterino.

A idade gestacional média dos fetos nascidos de mães com doença falciforme é menor do que a de outros grupos devido a um grande número de nascimentos prematuros. O mecanismo exato pelo qual isso ocorre não é bem estabelecido. Vários eventos são associados com maior frequência de trabalho de parto prematuro, tais como anemia, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta. A ocorrência de toxemia grave, que é cinco vezes mais grave nestas pacientes, pode levar á interrupção da gravidez devido ao risco materno e fetal. O nascimento prematuro é associado também à gestação múltipla, infecção urinária e corioamnionite. O tabagismo e o uso maciço de narcóticos são fatores predisponentes.

A mortalidade perinatal tem diminuído ao longo das últimas décadas devido a vários fatores. O mais importante é o cuidado adequado da mãe. A avaliação do bem-estar fetal, o acompanhamento do crescimento intrauterino por meio de ultrassonografia e a monitorização contínua durante o trabalho de parto ajuda a indentificar o feto em risco. Os bons cuidados do recém-nascido no período neonatal têm sido fundamentais para reduzir a taxa de mortalidade perinatal. O uso racional das transfusões de sangue tem papel importante em todo o processo.

Complicações clínicas relacionadas às Doenças Falciformes

Durante a gravidez, as crises dolorosas podem se tornar mais frequentes. A anemia pode piorar devido a perdas de sangue, hemodiluição, depressão da medula óssea, por infecção ou inflamação, deficiência de folatos ou ferro e crises aplásticas.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 522

As infecções ocorrem em aproximadamente 50% das grávidas com doença falciforme. Os locais mais acometidos são o trato urinário e o sistema respiratório. Muitos pacientes com bacteriúria assintomática no início da gravidez tornam-se sintomáticas se não tratadas. A incidência de prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de mães com bacteriúria não tratadas é maior. Esta e outras intercorrências infecciosas devem ser identificadas e tratadas com antibióticos adequados para prevenir risco materno e fetal.

Em pacientes SC ou Sbetatalassemia, nas quais a presença de esplenomegalia é comum, pode ocorrer sequestro esplênico, com risco de vida para a mãe e para o feto. Nesses casos o diagnóstico precoce do sequestro é fundamental, sendo frequentemente necessário o tratamento com transfusões de sangue. O exame físico cuidadoso durante o pré-natal, para documentar o tamanho do baço, é importante auxílio no diagnóstico desta complicação.

Pré-natal

Na primeira consulta deve ser feita uma avaliação global da paciente. Devem ser objeto de especial atenção dos antecedentes obstétricos, as complicações como insuficiência renal e hipertensão arterial, dependência química, abuso de álcool ou de nacórticos e tabagismo.

Os exames que devem ser feitos, nessa primeira consulta, incluem hemograma completo com contagem de reticulócitos; eletroforese de hemoglobina; exames para detectar lesão renal e acometimento hepático; determinação dos estoques de ferro; glicemia, ácido úrico, sorologia para hepatite A, B e C, HIV I e II, HTLV I e II, rubéola e sífilis, toxoplasmose, citomegalovirus, listeriose; e as da urina, urinocultura, MIF e teste para detecção de anticorpos contra eritrócitos. Recomenda-se manter o estoque de unidades de concentrado de hemácias fenotipadas compatíveis com a paciente. A ultrassonografia para avaliação da idade gestacional de gravidez múltipla também deve ser realizada na primeira consulta.

Após avaliação global, a paciente deve ser orientada quanto aos fatores específicos que influenciam a gravidez como as necessidades nutricionais e a suplementação com vitaminas, assim como deve ser encaminhada para vacinação antipneumocócica, antitetânica e anti-hepatite B.

Deve ser recomendada a manutenção de ingestão diária de líquidos para evitar desidratação. Na presença de cefaleia, edema, escotomas, dor abdominal, cólicas e secreção vaginal mucosa, deve ser procurado atendimento médico imediato, devido à alta frequência de toxemia e trabalho de parto prematuro.

O intervalo entre as consultas é em geral de duas semanas até a vigésima oitava semana e após, semanal. Nessas consultas são monitorizados a pressão arterial, o ganho de peso, a taxa de crescimento uterino (que pode ser confirmado por ultrasom). O exame de colo do útero é feito no segundo e terceiro trimestres para detectar adelgaçamento e dilatação que podem indicar trabalho de parto prematuro.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 523

Propedêutica auxiliar

Trimestralmente são avaliados o hemograma completo, a contagem de reticulócitos, a urocultura, provas de função hepática e renal, a glicemia, proteínas totais e frações, e sorologias. Solicitar também ultrassonografia, conforme a rotina.

A Dopplervelocimetria deve ser realizada com 26 semanas e semanalmente após 30 semanas, ou então cardiotocografia semanalmente após 28 semanas.

O Perfil biofísico fetal deve ser acompanhado em caso de alterações nos exames anteriores.

O exame do colo do útero é feito no segundo e terceiro trimestres para detectar adelgaçamento e dilatação que podem indicar trabalho de parto prematuro.

Conduta

Caso todos exames estejam normais, fazer o acompanhamento com complementação vitamínica com ácido fólico 10mg/dia, cálcio 500mg/dia, complexo B 2dg/dia vitamina C e zinco.

Trabalho de parto e parto

As alterações hemodinâmicas da anemia e o débito cardíaco alto são acentuados durante a contração. A dor pode ser controlada pelo uso liberal de analgésicos. A anestesia epidural é eficaz para encurtar a duração do trabalho de parto. Frequentemente a função cardíaca está comprometida. A reposição de fluídos deve ser feita durante todo o trabalho de parto e no parto, com o controle das funções pulmonares e cardíacas. A monitoração fetal deve ser continuo, já que a insuficiência placentária é comum. O parto vaginal é o desejável. A indicação de cesariana é obstétrica.

Os cuidados pós-parto incluem evitar tromboembolismo através da deambulação precoce, evitar anemia por perda de sangue e manter hidratação adequada.

Transfusão de sangue

Um importante e ainda não bem estabelecido aspecto dos cuidados das pacientes grávidas com doença falciforme é a indicação de transfusão de sangue.

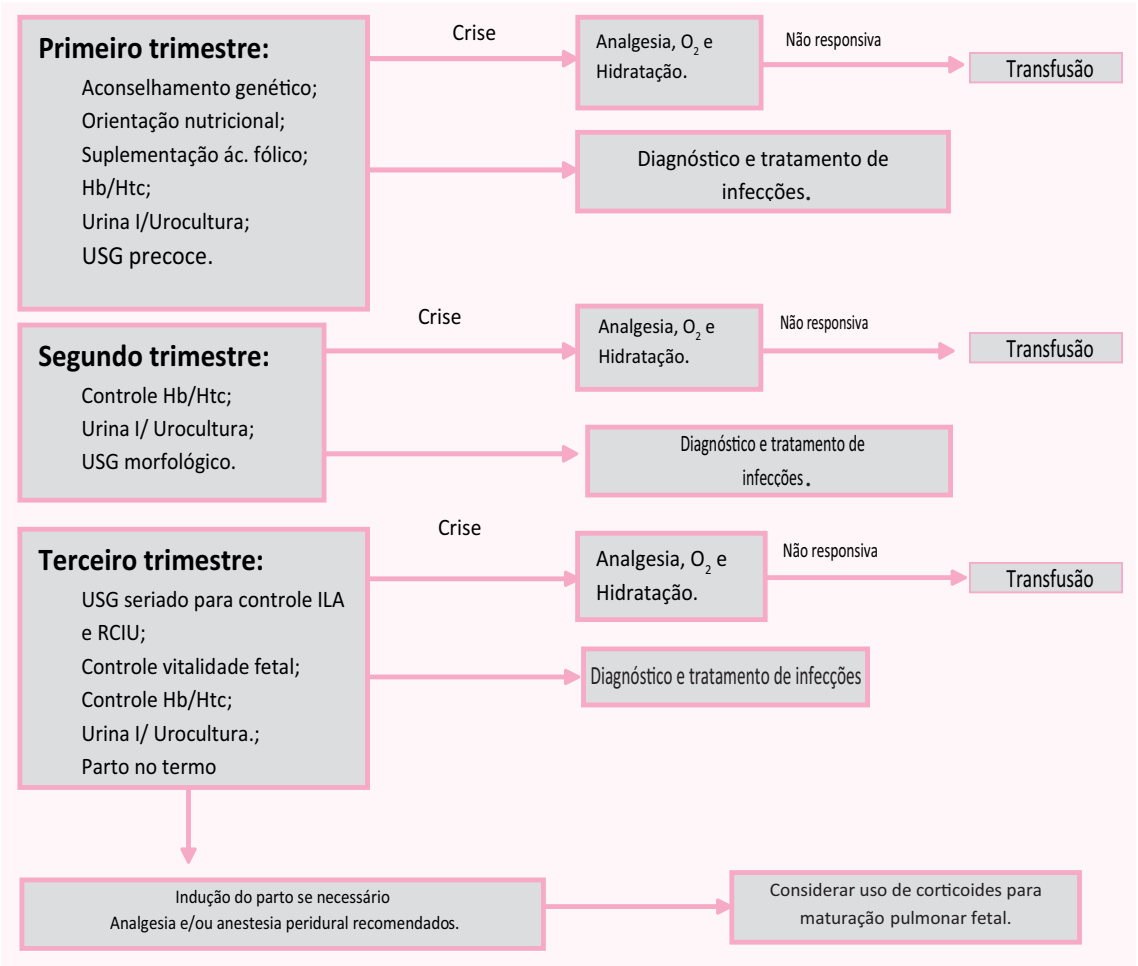
As complicações das transfusões como aloimunização, precipitação de crises dolorosas e transmissão de infecções, tornam necessário reavaliar o uso de transfusões profiláticas.

Na doença falciforme todos os tecidos e órgãos estão em risco de sofrer lesões isquêmicas e as complicações médicas e obstétricas acontecem apesar do uso de transfusões de sangue.

As transfusões têm sido indicadas para toxemia, gravidez gemelar, mortalidade perinatal prévia, septissemia, insuficiência renal aguda, bacteremia, anemia grave redução em 30% dos níveis basais no hematócrito, ou este igual ou menor que 20, níveis de hemoglobina abaixo de 7g/dl, síndrome toráxica aguda, hipóxemia, cirurgia e angiografia.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 524

Fluxograma de acompanhamento da gestante com anemia falciforme por trimestre



Talassemia

A talassemia caracteriza-se pelo defeito na síntese da cadeia de globina, ocasionando anemia microcítica. As talassemias são classificadas de acordo com a cadeia de globina afetada, sendo as mais comuns a α-talassemia e a β-talassemia. Indivíduos heterozigotos frequentemente são assintomáticos.

A alfa talassemia é uma doença frequente em descendentes da região mediterrânea e atinge pelo menos 10% da população do sudoeste do Estado de São Paulo. Em algumas regiões do País, pode alcançar 20%. A alta frequência e diversidade de portadores na população brasileira é devida às diferenças na composição étnica das regiões e à grande miscigenação ocorrida ao longo da história do Brasil.

Indivíduos normais possuem quatro genes responsáveis pela produção de globinas alfa. Análises por técnicas de hibridização mostraram que os quatro genes alfa encontram-se dois em cada cromossomo 16. As formas de talassemia alfa são resultantes da deficiência de um, dois, três ou quatro genes alfa. Seus portadores são caracterizados segundo o número de genes afetados em: portador silencioso – alfa talassemia minor (um gene alfa afetado); talassemia alfa heterozigota (dois genes alfa afetados); doença de hemoglobina H (três genes alfa afetados); e Síndrome de Hidropsia Fetal por Hemoglobina Barts (quatros genes alfa afetados).

A beta talassemia é a forma mais comum da doença. Assim como na alfa, indivíduos heterozigotos geralmente são assintomáticos e são diagnosticados por um aumento nos níveis de hemoglobina A2. Os heterozigotos para beta talessemia apresentam diferentes formas de expressão. Nos indivíduos homozigotos, a síntese de hemoglobina A1 pode estar totalmente suprimida e esse estado é conhecido como talassemia major ou anemia de Cooley. Nesse caso, há um aumento da hemoglobina F e da hemoglobina A2 e as pacientes são dependentes de transfusões sanguíneas, apresentam hepatoesplenomegalia e alterações ósseas importantes, devidas à elevada hematopoiese. Geralmente, não chegam à idade adulta devido a complicações cardiovasculares e infecções.

Gestantes com beta talassemia minor apresentam anemia microcítica que não interfere com a gestação. Podem apresentar uma maior incidência de restrição de crescimento intrauterino e oligohidrâmnio, mas o prognóstico perinatal não se altera. Por outro lado, gestantes com beta talassemia intermediária apresentam esplenomegalia e anemia importantes, tornando-se dependentes de transfusões durante a gestação. Essa anemia pode ser suficiente para causar complicações sérias, como insuficiência cardíaca. Até recentemente, gestações em mulheres com beta talassemia major eram extremamente raras devido à gravidade da doença e atraso na maturação sexual em consequencia da deficiência hipotalâmica e da anovulação. Com o advento de hipertranfusões e terapia de quelação de ferro, as gestações têm sido possíveis nessas gestantes. Porém só devem ser recomendadas para gestantes que possuam função cardíaca normal e que mantenham os níveis de hemoglobina em torno de 10g/dL às custas de transfusões sanguíneas.

Diagnóstico Clínico

O curso das gestações em portadoras de alfa talassemia minor é semelhante ao de gestantes normais. Mesmo nas pacientes com doença da hemoglobina H, a gestação cursa de maneira favorável, ainda que haja anemia importante.

Propedêutica auxiliar

Hemograma: hemoglobina <11,0g/dL, VCM diminuído, microcitose na beta talassemia minor.

Eletroforese de hemoglobina.

Valores normais do perfil de ferro.

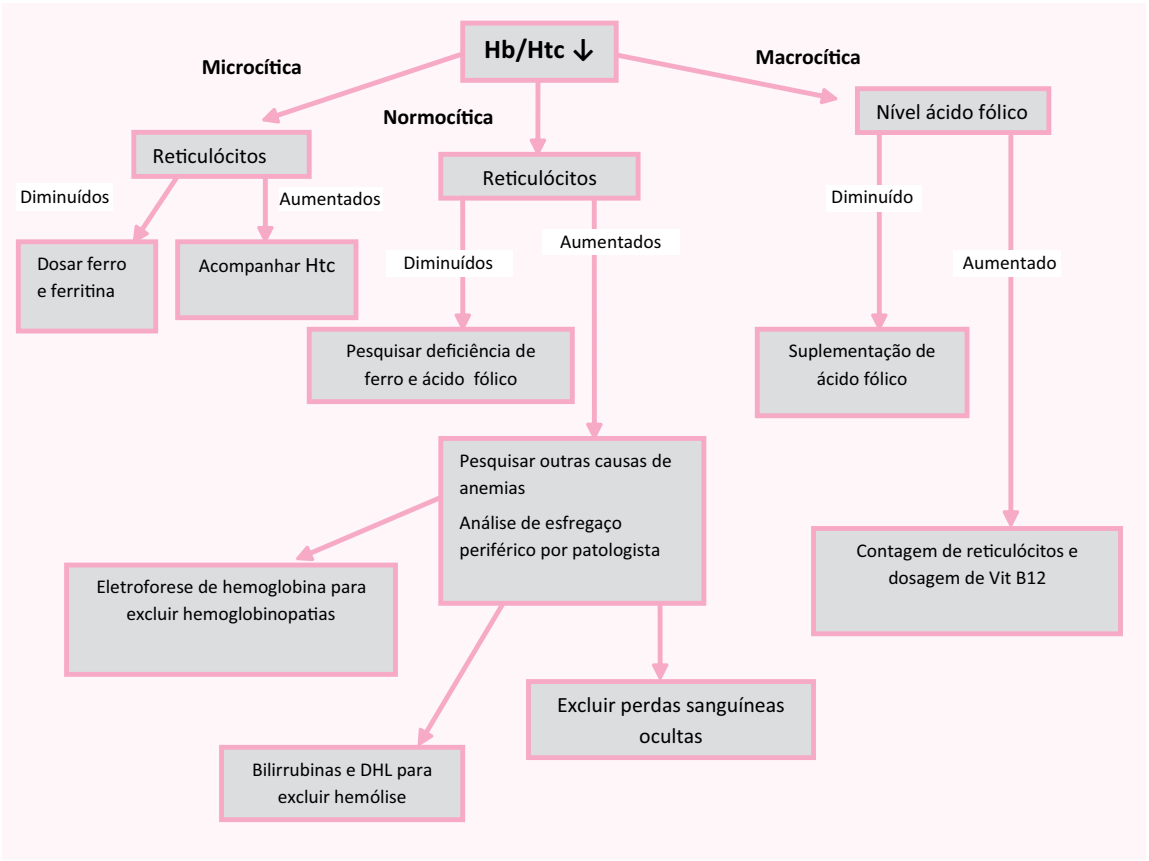
Tratamento

Durante a gestação, os níveis de hemoglobina devem ser mantidos em torno de 10g/dL. A suplementação de ferro rotineira deve ser evitada. Já o ácido fólico pode ser utilizado e parece ser útil para o aumento da hemoglobina periparto. Caso necessário, indica-se transfusão.

Como na anemia falciforme, o parto deve seguir a indicação obstétrica, não havendo indicação de cesárea eletiva.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 526

Fluxograma de avaliação das anemias



Anemia microangiopática

- É causada por pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, síndrome *HELLP*, púrpura trombocitopênica trombótica e síndrome hemolítico urêmica.
- A bilirrubina se encontra acima de 1,2mg/dL, e há presença significativa de esquizócitos em sangue periférico (>5% no campo microscópico).

O tratamento é o do fator causal.

O *diabetes mellitus* é uma doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia. É responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrossomia fetal e malformações fetais.

O *diabetes mellitus* associado à gravidez pode ser classificado como:

- Diabetes gestacional (diagnosticado durante a gravidez).
- Diabetes pré-gestacional (diabetes prévio à gravidez: tipo 1, tipo 2 ou outros).

O diabetes pré-gestacional representa 10% das gestantes com diabetes na gravidez e requer manejo adequado antes mesmo da mulher engravidar.

No nível da atenção básica, as equipes devem estar atentas para com as mulheres diabéticas que planejam engravidar, já que estas devem ser referenciadas para centros de atenção secundária ou terciária visando: compensação metabólica, preconcepção; avaliação da presença de complicações crônicas da doença; e orientação especializada para a prevenção de malformações fetais, incluindo o uso rotineiro de ácido fólico. É importante que essas mulheres engravidem com níveis glicêmicos adequados, com o objetivo de prevenir as malformações fetais associadas à hiperglicemia periconcepcional e as demais complicações maternas e fetais associadas à gravidez. Quanto mais descompensado estiver o controle glicêmico destas mulheres no momento da concepção, maior o risco de abortamento e de malformações do concepto. Mulheres com diabetes que engravidaram sem esse planejamento também devem ser encaminhadas a serviço especializado prontamente.

Diabéticas com nefropatia ou vasculopatia devem ser orientadas a não engravidar.

Diabetes gestacional

O diabetes gestacional é definido como a "intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto". No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6% (IC95% 6,9-8,4 – critério da Organização Mundial da Saúde), 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída à glicose e seis apresentando hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez.

Rastreamento e diagnóstico

Embora não exista consenso sobre qual método é o mais eficaz para rastreamento e diagnóstico do diabetes gestacional, as recomendações a seguir oferecem uma alternativa efetiva para tal. O rastreamento deve ser iniciado pela anamnese para a identificação dos fatores de risco:

- Idade igual ou superior a 35 anos;
- Índice de massa corporal (IMC) $\geq$25kg/m^2 (sobrepeso e obesidade);

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 529

- Antecedente pessoal de diabetes gestacional;
- Antecedente familiar de *diabetes mellitus* (parentes de primeiro grau);
- Macrossomia ou polihidrâmnio em gestação anterior;
- Óbito fetal sem causa aparente em gestação anterior;
- Malformação fetal em gestação anterior;
- Uso de drogas hiperglicemiantes (corticoides, diuréticos tiazídicos);
- Síndrome dos ovários policísticos;
- Hipertensão arterial crônica.

Na gravidez atual, em qualquer momento:

- Ganho excessivo de peso;
- Suspeita clínica ou ultrassonográfica de crescimento fetal excessivo ou polihidrâmnio.

Todas as gestantes, independentemente de apresentarem fator de risco, devem realizar uma dosagem de glicemia no início da gravidez, antes de 20 semanas, ou tão logo seja possível. O rastreamento é considerado positivo nas gestantes com nível de glicose plasmática de jejum igual ou superior a 85mg/dL e/ou na presença de qualquer fator de risco para o diabetes gestacional. Na ausência de fatores de risco e glicemia de jejum ≤ 85mg/dL, considera-se rastreamento negativo e deve-se repetir a glicemia de jejum entre a 24ª e 28ª semana de gestação.

Duas glicemias plasmáticas de jejum ≥ 126mg/dL confirmam o diagnóstico de diabetes gestacional, sem necessidade de teste de tolerância.

As gestantes com rastreamento positivo, ou seja, com glicemia plasmática de jejum maior ou igual a 85mg/dL até 125mg/dL e/ou com qualquer fator de risco devem ser submetidas à confirmação diagnóstica com teste oral de tolerância à glicose após ingestão de 75g de glicose anidra em 250–300ml de água, depois de um período de jejum entre 8–14 horas (TOTG 75g 2h). A glicose plasmática é determinada em jejum, após 1 hora e após 2 horas. Nesta curva, os pontos de corte são $\geq$95, 180 e 155, respectivamente, os achados de dois valores alterados confirmam o diagnóstico. Um único valor alterado indica a repetição do TOTG 75g 2h na 34ª semana de gestação.

Quadro 30. Pontos de corte para o Teste de Tolerância à Glicose 75g

Jejum	1h	2h
95mg/dL	180mg/dL	155mg/dL

Dois ou mais valores devem estar acima do normal para confirmação diagnóstica.

Recomenda-se ainda a dosagem de hemoglobina glicada nos casos de diabetes e gestação, devido à sua associação, quando aumentada, com malformações.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 530

Diabetes pré-gestacional

O diabetes pré-gestacional pode ser do tipo 1 ou 2, sendo que na maioria dos casos na gestação são do tipo 2, caracterizado por surgir em idades mais tardias, com resistência periférica à insulina, deficiência relativa de insulina, obesidade e desenvolvimento de complicações vasculares, renais e neuropáticas. O diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, menos comum, caracteriza-se por surgir em idades mais precoces e por um processo autoimune que destrói as células β do pâncreas, levando à necessidade de insulinoterapia.

Manejo do diabetes na gravidez

Mulheres que apresentam diabetes gestacional devem ser encaminhadas para centros de atenção secundária. As gestantes com diagnóstico de diabetes pré-gestacional devem ser manejadas em centros de assistência terciária por equipe multidisciplinar composta por médico obstetra, endocrinologista, nutricionista, enfermeira obstetra e outros profissionais, dependendo da necessidade e gravidade do caso. As gestantes diabéticas em acompanhamento em centros de atenção secundária ou terciária poderão também ser acompanhadas pelas equipes de atenção básica visando maior controle e aderência aos tratamentos preconizados nos níveis de maior complexidade.

No manejo da gestante diabética devem ser adotadas as recomendações descritas a seguir:

Dieta

O tratamento inicial consiste na prescrição de dieta para diabetes que permita ganho adequado de peso de acordo com o estado nutricional da gestante, avaliado pelo índice de massa corporal (peso/altura^2) pré-gravídico (quadro 31).

Quadro 31. Ganho de peso recomendado de acordo com o índice de massa corporal pré-gravídico

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) total no 1º trimestre	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5–18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5–16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0–11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 531

CONSIDERAR

- Quando o índice de massa corporal for normal, a ingestão calórica diária deve ser estimada na base de 30–35Kcal/Kg.
- Em gestantes com sobrepeso ou obesas, devem ser recomendadas pequenas reduções na ingestão calórica (dietas com 24kcal/Kg/dia não parecem induzir efeitos adversos ao feto).
- Gestantes magras (IMC <19) requerem ingestão calórica na base de 40kcal/Kg/dia para prover ganho adequado de peso.
- A dieta deve ser fracionada em cinco a seis refeições diárias.
- A composição calórica diária inclui 40–50% de carboidratos complexos ricos em fibras, 20% de proteínas e 30–40% de gorduras não saturadas.
- A distribuição calórica diária será de 10–20% no café da manhã, 20–30% no almoço, 20–30% no jantar e até 30% para lanches, incluindo um lanche ao deitar para evitar a hipoglicemia noturna se a mulher estiver em uso de insulina.
- Carboidratos de absorção rápida, como o açúcar comum, quando permitidos moderadamente a gestantes com bom controle metabólico, devem entrar no cálculo do valor calórico total da dieta. Adoçantes artificiais não calóricos podem ser utilizados.

Adoçantes

- Adoçantes têm sido utilizados pelas gestantes, tanto por automedicação como por recomendação médica. O quadro abaixo permite orientação mais acurada sobre os riscos, dada a variedade disponível no mercado.

Quadro 32. Adoçantes disponíveis no mercado e seu grau de risco

	Risco	Ingestão diária aceitável	Produtos disponíveis e nomes comerciais
Sacarina.	C	5mg/kg/dia.	Sacarina + ciclamato: Adocyl, Assugrin, Assugrin Tal & Qual, Dietil, Doce Menor, Sacaryl. Estévia + ciclamato + sacarina: Lowçucar pó 500g.
Ciclamato.	C	11mg/Kg/dia.	Sacarina + ciclamato. Éstevia + ciclamato + sacarina. Acessulfame + ciclamato: Finett. Ciclamato + frutose + lactose: Frutak.
Aspartame.	B C em mulheres com fenil-cetonúria	40mg/kg/dia.	Aspartame + agente de corpo: Aspasweet, Cristaldiet, Doce Menor Gold, Gold Adoce Fácil, Finn, Lowçucar pó, Stetic, Veado D Ouro, Zero Cal Branco. Aspartame + açúcar: Sugar Light.
Sucralose.	B	15mg/Kg/dia.	Sucralose + acessulfame: Línea Sucralose.
Acessulfame-K.	B	15mg/Kg/dia.	Acessulfame + ciclamato.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 532

Stévia.	B (?)	5,5mg/Kg/dia.	Estévia + ciclamato + sacarina + carbohidratos: Stevita, Lowçucar. Estévia + açúcar mascavo: Lowçúcar pó 500g. Estévia + Ciclamato + sacarina: Lowçúcar Líquido.

Fonte: Torloni MR *et al.*

Atividade física

A atividade física deve fazer parte da estratégia de manejo do diabetes na gestação. Gestantes sedentárias podem ser orientadas a iniciar um programa de caminhadas regulares ou equivalente e/ou exercícios de flexão dos braços, 20 minutos por dia. Gestantes que já praticavam exercícios regularmente podem mantê-los, evitando os de alto impacto.

60% das gestantes com diabetes gestacional podem se manter euglicêmicas, sem maiores riscos para a gravidez, somente com dieta e atividade física.

Controle glicêmico

Nas gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional, o controle glicêmico deve ser feito com glicemias de jejum e pós-prandiais semanais. O controle também pode ser realizado com avaliações de ponta de dedo.

Após 7 a 14 dias de dieta, realizar perfil glicêmico ambulatorial, por meio de glicemia de jejum, uma hora após o café e uma hora após o almoço, sendo considerados anormais valores maiores ou iguais a 95mg/dL (jejum) e 140mg/dL (1 hora após as refeições). Se a gestante apresentar um dos valores alterado com a dieta adequada, está indicada insulinoterapia.

A medida da glicosúria não é útil na monitoração do controle metabólico na gravidez.

Nas gestantes com diagnóstico de diabetes pré-gestacional e naquelas em uso de insulina, o controle glicêmico deve ser mais rigoroso, com medições diárias pela manhã em jejum, antes do almoço, antes do jantar, uma ou duas horas após o almoço e uma ou duas horas após o jantar. Medições adicionais podem ser realizadas ao deitar e durante a madrugada (2–3h), especialmente em gestantes que apresentarem sintomas de hipoglicemia noturna. Para tal, as gestantes devem ser orientadas na monitoração domiciliar das glicemias capilares e para o uso adequado dos glicosímetros, devendo ser acompanhadas por pessoal de enfermagem treinado.

Hipoglicemiantes orais

Embora já existam estudos com o emprego de hipoglicemiantes orais na gravidez, como a gliburida, os mesmos ainda não devem ser utilizados na prática clínica até que mais estudos possam confirmar a sua segurança. As mulheres que estiverem em uso dos mesmos devem interrompê-los ao engravidar.

Insulinoterapia

Nas grávidas com diabetes gestacional, o tratamento com insulina deve ser in-

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 533

dicado se após duas semanas de dieta os níveis glicêmicos permanecerem elevados, ou seja, glicemia de jejum maior ou igual a a 95mg/dL e 1 hora pós-prandial maior ou igual a 140mg/dL. As doses iniciais devem ser de 0,3 a 0,5U/Kg/dia, preferencialmente em mais de uma dose diária. Dividir o total de unidades em duas ou três doses iguais de insulina NPH, aplicadas às 7h e 22h, ou às 7h, 12h e 22h.

O crescimento fetal exagerado (circunferência abdominal fetal maior ou igual ao percentil 75 em ecografia obstétrica realizada entre 29 e 33 semanas de gestação) também é critério para o uso de insulina.

O objetivo da terapia com insulina é manter os níveis de glicemia capilar ≤95mg/dL em jejum; ≤100mg/dL antes das refeições; ≤140mg/dL uma hora pós-prandial; e ≤120mg/dL duas horas pós-prandial. Durante a noite, os níveis glicêmicos não podem ser menores que 60mg/dL.

Nas gestantes pré-diabéticas as necessidades de insulina são maiores e aumentam com a progressão da gravidez, devendo ser monitoradas de acordo com o perfil glicêmico.

Esquemas com doses múltiplas de insulina e associação de insulinas de ação intermediária e rápida podem ser usados quando necessário, de acordo com o perfil glicêmico. O uso de insulinas humanas é recomendado. A dose total diária deve ser dividida em 2/3 pela manhã e 1/3 à tarde e à noite. A dose do desjejum deve ser dividida em 2/3 de insulina de ação intermediária (ex.: NPH) e 1/3 de insulina regular. A dose da noite deve ser dividida ao meio com insulina regular antes do jantar e insulina NPH ao deitar.

Diabéticas pré-gestacionais em uso de insulinas ultrarrápidas (aspart, lispro) podem ser mantidas com o mesmo esquema.

Quadro 33. Exemplo de uso de insulina em gestante de 60Kg com dose de 0,3 a 0,5U/Kg/dia

	Manhã (em jejum)	**Fim de tarde (às 18h)**	**Noite (às 22h)**
Insulina NPH	8–13 U	----------	3–5 U
Insulina Regular	4–7 U	3-5 U	----------

Dependendo dos níveis glicêmicos, outras doses podem ser necessárias, principalmente de insulina regular, para se atingir o objetivo terapêutico.

As gestantes em uso de insulina e seus familiares devem ser orientados para o reconhecimento de sinais de hipoglicemia. Na ocorrência destes, deve ser realizada medição imediata da glicemia capilar se estiver disponível o glicosímetro. Na ocorrência de hipoglicemia e/ou sinais fortemente sugestivos da mesma, a gestante deve ingerir um copo de leite com açúcar. Principalmente nas portadoras de diabetes tipo 1, deve-se disponibilizar o glucagon para uso em casos mais graves (ex.: perda da consciência).

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 534

Controle Obstétrico e Avaliação Fetal

A frequência do controle obstétrico depende do grau de comprometimento materno e/ou fetal. Mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional podem inicialmente ser monitoradas a cada duas semanas. Naquelas com diabetes pré-gestacional pode-se realizar um controle semanal ou a cada duas semanas conforme a evolução clínica. A partir das 36 semanas, o controle deve ser ao menos semanal. O aumento na incidência de alterações hipertensivas na gestação com diabetes deve promover cuidados específicos para sua identificação e manejo.

O bem-estar fetal se baseia fundamentalmente em manter a euglicemia materna. A avaliação fetal deve ser realizada dependendo da gravidade e das condições metabólicas da gestante conforme segue:

Quadro 34. Indicação de avaliação fetal de acordo com gravidade do diabetes

	Diabetes gestacional bem controlado com dieta	**Gestantes diabéticas insulino-dependentes sem vasculopatia**	**Gestantes diabéticas insulino-dependentes com vasculopatia**
Ultrassonografia e ecografia inicial	18–20 semanas ou no diagnóstico	18–20 semanas	18–20 semanas
Início da contagem de movimentos fetais	não indicada	26–28 semanas	26–28 semanas
Início da avaliação do crescimento fetal	28 semanas	28 semanas	26 a 28 semanas
Periodicidade da avaliação do crescimento fetal	Cada 4 semanas	Cada 4 semanas	Cada 4 semanas
Cardiotocografia basal ou PBF início	não indicada	32 semanas	28–32 semanas
Periodicidade da Cardiotocografia basal ou PBF	não indicada	2 vezes por semana, podendo alternar os dois exames	2 vezes por semana, podendo alternar os dois exames
Dopplerfluxometria de artéria umbilical fetal	não indicada	não indicada	Indicada
Limite para o parto	40 semanas	Pode ser anterior ao termo dependendo das condições maternofetais	Com evidências de maturidade pulmonar ou 38 semanas

Momento e via de Parto

As gestantes com ótimo controle metabólico e sem intercorrências da gravidez podem aguardar a evolução espontânea para o parto.

O parto pode ser antecipado naquelas gestantes com controle metabólico inadequado, vasculopatia, nefropatia ou história de natimorto anterior.

Em gestantes com diabetes de difícil controle e/ou comprometimento fetal, recomenda-se utilizar corticoide para maturação pulmonar fetal.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 535

Em gestantes diabéticas insulino-dependentes com vasculopatia o parto será realizado impreterivelmente até a 38ª semana.

A via do parto é uma decisão obstétrica, sendo necessário estimar o peso fetal por avaliação clínica e ultrassonográfica. Se o peso fetal estimado por ultrassonografia for maior ou igual a 4.500g, pode-se considerar a realização de cesariana.

Durante o trabalho de parto deve-se estar atento para a evolução no partograma. A presença de distúrbios de parada ou demora podem ser os primeiros sinais de uma desproporção feto-pélvica, diminuindo-se o limiar para realização de cesariana para minimizar a ocorrência de distocia de ombro e outras lesões de parto.

Gestantes em uso de insulina requerem atenção especialdurante o trabalho de parto

Gestantes em trabalho de parto espontâneo

- Realizar uma dosagem de glicemia na admissão;
- Suspender uso de insulina;
- Permitir ingestão de líquidos claros na fase de latência;
- Iniciar solução salina;
- Monitorar glicemia de 2/2 horas na fase de latência e de 1/1 hora na fase ativa;
- Durante o trabalho de parto, os níveis de glicemia capilar devem ser mantidos entre 70 e 110mg/dL;
- Se glicemia <70mg/dL, iniciar infusão de solução glicosada a 5 a 100–150ml/h;
- Se glicemia>100mg/dL iniciar infusão de insulina intravenosa a 1,25U/h.

Indução programada do parto

- A indução deve ser programada para o início da manhã;
- Se a indução for iniciada com algum método de preparação do colo (ex.: misoprostol), manter a dieta e o regime usual de insulina até início do trabalho de parto e depois seguir com protocolo de trabalho de parto espontâneo;
- Se o parto for induzido com ocitocina, manter dose usual de insulina na noite anterior, suspender insulina no dia da indução e seguir com protocolo de trabalho de parto espontâneo.
-

Cesariana programada

- A cesariana deve ser programada para o início da manhã;
- Suspender dieta na noite anterior. Oferecer um lanche reforçado e líquidos em maior quantidade antes do jejum;
- Manter dose de insulina na noite anterior;
- Suspender insulina da manhã;
- Solução intravenosa de glicose a 5% 100–150ml/h até o parto;
- Monitorar glicemia de 4/4h até o parto;
- Fluidos intraparto a critério do anestesiologista.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 536

Pós-parto

O aleitamento natural deve ser estimulado.

Observar os níveis de glicemia nos primeiros dias após o parto, pois a maior parte das mulheres com diabetes gestacional não requer mais o uso de insulina. Seu uso estará indicado caso ocorra hiperglicemia no período de pós-parto. Neste caso deve-se iniciar o tratamento com um terço da dose total de insulina que a mulher vinha usando.

É fundamental a orientação de retorno para avaliação a partir de seis semanas após o parto, para que o estado de regulação da glicose seja reavaliado empregando-se o teste oral de tolerância com 75g de glicose (TOTG 75). A classificação do estado de regulação da glicose é feita de acordo com as categorias diagnósticas vigentes. Cerca de 40% das mulheres que apresentam diagnóstico de diabetes gestacional se tornarão diabéticas em até 10 anos após o parto e algumas já ficam diabéticas após a gestação vigente. Daí a necessidade de acompanhar estas mulheres com estudo da glicemia de jejum anual pelo resto da vida ou até a confirmação do diagnóstico.

O exame inicial de uma gestante no pré-natal deve incluir sempre a palpação da tireoide ao exame da região cervical. Cerca de 0,2% das gestações podem cursar com patologias tireoidianas, e assim o exame físico e a anamnese podem ajudar no diagnóstico. A doença tireoidiana materna pode ter efeitos adversos na gravidez e no feto, aumentando o risco de abortamento e a mortalidade perinatal. O rastreio universal de gestantes para doenças da tireoide não é preconizado, mas a pesquisa destas patologias em determinados grupos específicos que possuem maior risco (gestantes com história pessoal ou familiar de patologias da tireoide) é fortemente recomendada.

O manejo das doenças tireoidianas durante a gestação requer cuidados especiais porque a gravidez produz alterações importantes na função desta glândula. Essas alterações implicam modificações da tireoide, que pode estar discretamente aumentada. As dosagens hormonais podem revelar diminuição do hormônio tireo-estimulante (TSH) no primeiro trimestre, mas ele retorna ao normal ao longo da gestação. O nível de hormônios tireoidianos totais também pode sofrer uma elevação, mas a triiodotironina (T3) e a tireoxina (T4) livres permanecem dentro da faixa da normalidade.

As dificuldades de diagnóstico na gravidez podem ocorrer também devido à semelhança entre as queixas típicas da gestação e sintomas do hipotireoidismo (fadiga, letargia, prisão de ventre) e do hipertireoidismo (irritabilidade, ansiedade, taquicardia, aumento da tireoide). Portanto, a interpretação dos resultados de testes de função tireoidiana durante a gestação deve ser feita com cuidado. O quadro abaixo auxilia no diagnóstico diferencial.

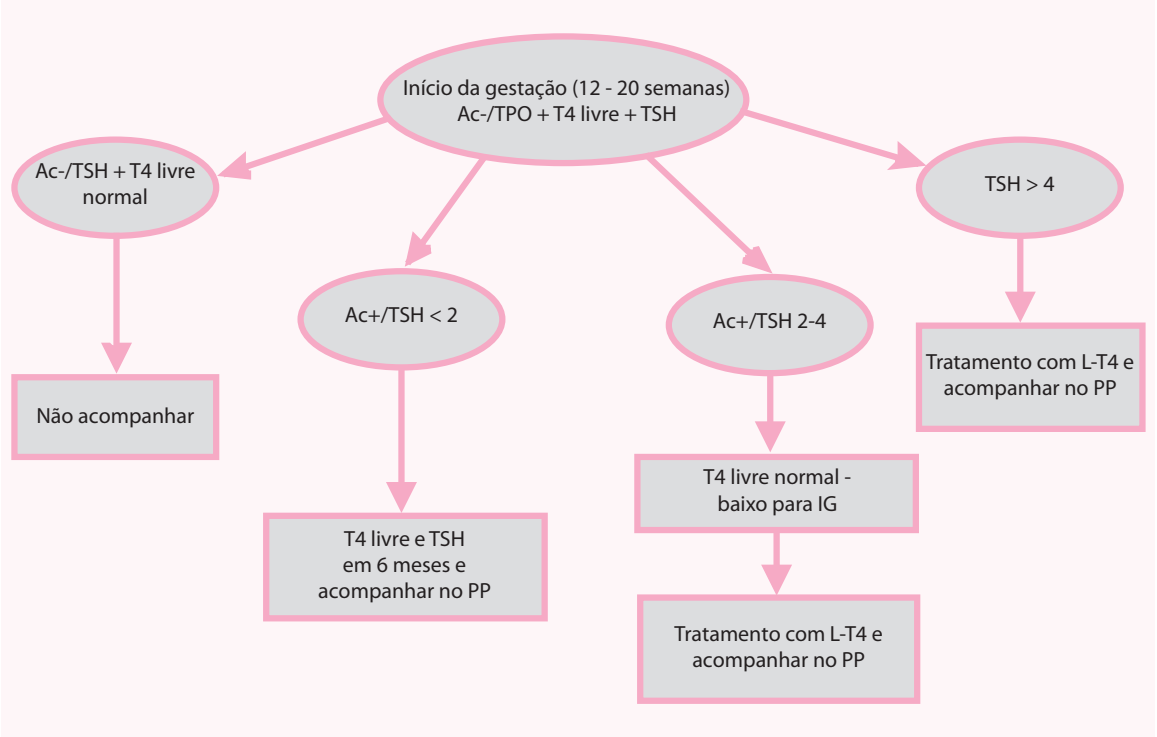
Quadro 35. Interpretação dos exames para diagnóstico diferencial de tireoidopatias na gravidez

Dosagem	Gravidez Normal	Hipotireoidismo	Gravidez + Hipotireoidismo	Hipertireoidismo	Gravidez + Hipertireoidismo
T4 livre	N	D	D	A	A
T4 total	A	D	D/N	A	A
TSH	N	A	A	D	D

N – normal; D – diminuído; A – aumentado.
Fonte: LINHARES E. Dosagens Hormonais em Ginecologia e Obstetrícia, 1993

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 539

Fluxograma de rastreamento para disfunção na gestação e pós-parto



Hipotireoidismo

O hipotireoidismo complica de 0,1 a 0,3% das gestações. De maneira geral, a principal causa de hipotireoidismo é a doença autoimune conhecida como Tireoidite de Hashimoto. A remoção cirúrgica da tireoide, o tratamento prévio com iodo radioativo e a deficiência nutricional de iodo, embora menos frequentes, também causam hipotireoidismo.

O hipotireoidismo não tratado ou inadequadamente tratado tem sido correlacionado com maior risco de abortamento, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, crescimento intrauterino restrito, prematuridade e natimortalidade. É necessário o tratamento precoce do hipotireoidismo na gravidez, devido à sua associação com diminuição do coeficiente cognitivo de filhos de mães hipotireodeias.

Diagnóstico

Os sintomas do hipotireoidismo podem ser mascarados pelo estado hipermetabólico da gestação. Sintomas moderados incluem ganho de peso modesto, letargia, diminuição na capacidade de se exercitar e intolerância ao frio. Em mulheres com sintomas mais importantes pode-se encontrar constipação, rouquidão, perda de cabelo, pele seca e unhas descamativas. Exames laboratoriais são o método preferencial para a confirmação diagnóstica. A dosagem do TSH é mais sensível do que o T4 livre para detectar o hipotireoidismo. Se o TSH estiver alterado, deve-se dosar o T4 livre.

Mulheres com diagnóstico de hipotireoidismo antes da gestação devem ter seu TSH avaliado na primeira consulta pré-natal e depois a cada novo trimestre. Quase metade destas gestantes necessitará aumento da dosagem de reposição de tireoxina durante a gravidez.

Tratamento

O objetivo do tratamento da gestante com hipotireoidismo é obter o eutireoidismo clínico e laboratorial. O medicamento de escolha é a tireoxina livre e a dose de ataque é de 1.0–2.0µg/kg/dia. O TSH é dosado a intervalos de seis a oito semanas e a dose ajustada em incrementos de 25–50µg. O alvo do tratamento é ter uma dosagem de TSH entre 0,5 e 2,5mU/L. A tireoxina deve ser ingerida pela manhã, em jejum e por pelo menos quatro horas não deve haver ingestão de ferro, cálcio, alumínio ou produtos derivados de soja, pois diminuem sua absorção.

Seguimento

Depois do parto, a dosagem de tireoxina deve retornar aos níveis pré-gravídicos e deve-se avaliar os níveis de TSH em seis a oito semanas pós-parto. O aleitamento materno não está contraindicado para mulheres em tratamento para hipotireoidismo. Recomenda-se o monitoramento periódico com dosagem anual do TSH, dado que mudanças de peso e idade podem alterar a função tireoidiana.

Hipertireoidismo

O hipertireoidismo acomete cerca de 0,2% das gestações. A Doença de Graves é a causa mais comum de hipertireoidismo durante a gravidez e é responsável por 95% dos casos. Outras causas de hipertireoidismo durante a gestação são a doença trofoblástica gestacional, o adenoma tóxico e a tireoidite viral (de Quervain). A importância do diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo durante a gestação é a sua associação com abortamento, prematuridade, crescimento intrauterino restrito, pré-eclâmpsia, natimortalidade e falência cardíaca. Mulheres com hipertireoidismo não controlado devem adiar a gravidez até que sua doença esteja sob controle.

A Doença de Graves é uma doença autoimune órgão-específica com formação de anticorpos estimuladores da tireoide. Esses anticorpos simulam o TSH, têm a capacidade de estimular a função tireoidiana e podem cruzar a placenta e causar Doença de Graves neonatal.

No último trimestre de gestação pode ocorrer remissão espontânea do hipertireoidismo, permitindo a suspensão da medicação.

Diagnóstico

Os sintomas de hipertireoidismo incluem taquicardia, nervosismo, tremores, intolerância ao calor, perda de peso, bócio, diarreia, palpitações, exofitalmia e hipertensão arterial. Embora a náusea seja comum no início da gestação, a ocorrência de hiperemese gravídica com perda de peso pode significar a presença desta patologia. Como em geral o diagnóstico clínico é difícil, a dosagem laboratorial do TSH, do T4 livre e do índice de tireoxina livre são importantes para confirmar a presença do hipertireoidismo.

Tratamento

O objetivo do tratamento do hipertireoidismo durante a gravidez é manter a gestante eutireoidea com o T4 livre no nível superior da normalidade para evitar o hipotireoidismo fetal ou neonatal. As principais drogas antitireoidianas utilizadas para o tratamento são o propiltiuracil (PTU) e o metimazol. Ambas são tionamidas, mas o PTU é preferido por sua menor passagem pela barreira placentária. Reações adversas ocorrem em cerca de 3 a 12% das gestantes em uso destas drogas, variando desde reações leves e frequentes (erupções cutâneas, prurido, intolerância gástrica, leucopenia e anemia) até quadros incomuns e mais graves (agranulocitose), quando a medicação deve ser suspensa.

A dosagem inicial do PTU é de 100 a 200mg a cada 8 horas e a dose total diária deve ser de 300 a 600mg, dependendo da severidade da doença. A melhora clínica é vista em quatro semanas e a normalização do TSH ocorre entre seis e oito semanas. Beta-bloqueadores podem ser utilizados nos casos graves para melhorar os sintomas cardiovasculares e devem ser retirados após o ajuste da dose do PTU. É importante o cuidado de evitar o supertratamento porque pode resultar em hipotireoidismo materno e fetal. Outras formas de tratamento são raramente utilizadas durante a gravidez e a ablação radioativa é contraindicada porque pode destruir a tireoide fetal.

Seguimento

Mulheres com Doença de Graves devem ser seguidas depois do nascimento, porque pode ocorrer a recorrência ou o agravamento dos sintomas nos primeiros meses após o parto. As mulheres assintomáticas devem ter o TSH e o T4 livre dosados cerca de seis semanas após o parto. O aleitamento materno não está contraindicado, mas a medicação deve ser tomada após a mamada e deve ser dado um intervalo de três horas até a próxima mamada, para diminuir a concentração da medicação no leite materno.

Crise tireotóxica

A crise tireotóxica durante a gravidez é uma emergência obstétrica caracterizada por estado de extremo metabolismo. Ocorre em 10% das gestantes com hipertireoidismo e está associada com alto risco de falência cardíaca materna.

O diagnóstico deve ser suspeitado quando a gestante apresenta uma combinação de sintomas tais como febre, confusão mental, tonteiras, náuseas, diarreia e arritmias cardíacas. A infecção pode precipitar o aparecimento dos sintomas e deve ser sempre descartada.

O tratamento adequado da crise tireotóxica é feito com combinação de medicamentos e medidas de suporte (oxigênio, hidratação venosa, reposição de eletrólitos, antipiréticos e compressas frias). O tratamento deve ser feito em uma unidade de tratamento intensivo.

PTU 1g pode ser dado oralmente ou, após ser macerado, por sonda nasogástrica, e depois continuado com doses de 200mg a cada 6 horas. Pode-se associar o lodeto de Sódio IV 500mg a 1g a cada 8 horas. Vários autores recomendam o uso de quatro doses de dexametasona 2mg IV a cada 6 horas para ajudar a bloquear a conversão periférica de T4 para T3. O tratamento com β-bloqueadores para controlar a taquicardia materna é reservado geralmente para as gestantes com frequência cardíaca de 120bpm ou maiores.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 542

No Brasil, a incidência de cardiopatia na gravidez é de 4,2%, oito vezes maior quando comparada a estatísticas internacionais, principalmente em função da cardiopatia secundária à doença reumática, cuja proporção na gravidez é estimada em 50% entre outras cardiopatias. Universalmente, a cardiopatia é considerada a maior causa não obstétrica de morbidade e mortalidade materna. Quanto maior a sobrevida das mulheres com cardiopatias congênitas ou adquiridas, maior deverá ser a atenção dos médicos quanto às dificuldades que estas enfrentarão durante a gravidez. Sempre que possível, as mulheres com lesões cardíacas já diagnosticadas devem ser orientadas, previamente, sobre os riscos durante a gravidez.

As mulheres grávidas, sem doenças, realizam acompanhamento pré-natal nas unidades básicas de atenção à saúde, mas as mulheres com doença cardíaca prévia ou suspeita, ou outros sintomas sugestivos de cardiopatia (na gravidez) devem ser encaminhadas a um centro especializado. A assistência pré-natal deve obedecer à rotina habitual, tendo-se o cuidado de afastar os fatores que precipitam as complicações cardiovasculares, como: anemia, arritmias, infecção e hipertireoidismo. De acordo com as exigências do quadro clínico, recomendam-se consultas simultâneas com obstetra e cardiologista.

Modificações gravídicas gerais

O conhecimento da fisiologia normal da gestação é fundamental para estabelecer o tratamento das gestantes com doença cardíaca.

As alterações hemodinâmicas ocorrem durante a gravidez, parto e puerpério. Essas mudanças começam durante as primeiras seis a oito semanas de gestação e atingem o seu pico no final do segundo trimestre. As alterações hemodinâmicas podem se tornar clinicamente evidentes em algumas cardiopatas preexistentes.

Volume sanguíneo

O volume sanguíneo aumenta cerca de 45% a partir do primeiro trimestre da gestação. A atividade de renina plasmática e os níveis de aldosterona aumentam, mediados tanto por estrógeno como progesterona, influenciando a reabsorção de sódio e o aumento da água corporal total. O aumento do volume plasmático é maior do que o aumento de glóbulos vermelhos, contribuindo para a queda na concentração da hemoglobina materna (originando a "anemia fisiológica da gravidez"). A hipervolemia da gestação é um mecanismo de adaptação materna ao sistema útero-placentário e tem importantes implicações clínicas, observando-se uma correlação direta entre crescimento fetal intrauterino/peso ao nascimento e magnitude da expansão volêmica.

Débito cardíaco

O débito cardíaco (DC) começa a se elevar em torno da 10ª a 12ª semanas de gestação, com aumento máximo entre as 20ª e 24ª semanas. Esse aumento do DC é da ordem de 30 a 50% e se mantém até o final da gravidez. O volume sistólico é o maior

responsável pelo aumento do débito cardíaco, na primeira metade da gestação; a seguir, a frequência cardíaca desempenha papel importante neste aumento até o termo da gestação.

Resistência vascular sistêmica e pressão sanguínea

Na gestação ocorre queda na resistência vascular sistêmica. A dilatação arteriolar da gravidez tem sido atribuída aos componentes estrogênicos, à prolactina e ao aumento dos níveis de prostaglandinas circulantes (PGE2 e PGI2), que reduzem a resposta vascular à angiotensina II.

A pressão arterial tipicamente diminui, desde o início da gestação até o final do segundo trimestre, geralmente ficando 10mmHg abaixo dos níveis basais. A diminuição da pressão arterial é mediada por uma queda na resistência vascular sistêmica induzida por alterações hormonais e pela adição de um circuito de baixa resistência através da circulação útero-placentária.

Frequência cardíaca

Durante a gestação ocorre aumento da atividade simpática basal e redução da atividade parassimpática sobre o coração, observando-se elevação média da frequência cardíaca em torno de 16 batimentos por minuto, além de redução significativa de sua variabilidade.

Quadro clínico e diagnóstico da cardiopatia na gravidez

As modificações anatômicas e funcionais do aparelho circulatório durante a gestação acarretam alterações clínicas que podem simular uma cardiopatia. Assim sendo, nem sempre é fácil estabelecer o diagnóstico da doença cardíaca durante a gravidez.

Essas alterações hemodinâmicas associadas à gestação explicam os principais sinais e sintomas que ocorrem na gestante, tais como: menor capacidade física, cansaço, dispneia, palpitação, tontura, edema de membros inferiores e lipotimia.

A gravidez favorece o aparecimento de sopros funcionais (principalmente um sopro sistólico fisiológico, por sobrecarga volêmica), o aparecimento de terceira bulha e o aumento na intensidade e/ ou desdobramento de bulhas. No entanto, sopros diastólicos normalmente se associam a lesões cardíacas anatômicas.

Quando suspeitar de cardiopatia na gestação?

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 544

Os principais sinais e sintomas sugestivos de cardiopatia na gravidez são:

Presença de sopro diastólico. Cardiomegalia inequívoca ao Raio X de tórax. Presença de sopro sistólico grau III ou IV, rude e com irradiação. Presença de fibrilação atrial ou arritmia cardíaca grave.	Progressão rápida da dispneia. Dispneia paroxística noturna. Dor precordial ou síncope após esforço físico. Cianose e estertores pulmonares.

Com estes critérios o obstetra pode fazer o diagnóstico de doença cardíaca na grande maioria dos casos. Uma vez constatada sua presença, torna-se necessário estabelecer os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional da cardiopatia.

Diagnóstico etiológico

Estabelece a causa da doença cardíaca como, por exemplo, reumática, congênita ou chagásica.

Diagnóstico anatômico

Estabelece as lesões anatômicas existentes, como, por exemplo, estenose mitral, insuficiência mitral, estenose aórtica ou grau de cardiomegalia.

Diagnóstico funcional

Constitui elemento de prognóstico importante na gestação e visa estabelecer a capacidade funcional do coração. As gestantes são classificadas em classe funcional de I a IV, segundo a capacidade de realizar esforço físico:

- Classe I: gestantes com doença cardíaca e sem limitação para atividade física.
- Classe II: discreta limitação para atividade física.
- Classe III: grande limitação frente a um esforço físico.
- Classe IV: incapacidade de realizar qualquer atividade sem apresentar sintomas de insuficiência cardíaca.

Durante a gravidez normal, testes não invasivos do coração podem incluir um eletrocardiograma, uma radiografia torácica e um ecocardiograma. O eletrocardiograma pode revelar uma mudança para esquerda do eixo elétrico, especialmente durante o terceiro trimestre, quando o diafragma é empurrado para cima pelo útero. A radiografia do tórax deve ser evitada de rotina, principalmente no primeiro trimestre. A ecocardiografia é um instrumento precioso para o diagnóstico e avaliação de suspeita de doença cardíaca na gestante grávida. Alterações normais atribuíveis à gravidez incluem: aumento do ventrículo esquerdo (massa e dimensões), aumento da fração de ejeção, aumento dos diâmetros das câmaras direitas e consequente dilatação do anel tricúspide e insuficiência tricúspide.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 545

Classificação das cardiopatias, de acordo com o risco de mortalidade materna

- **Cardiopatias com alto risco à gravidez** (morbiletalidade materno-fetal de 50 a 70%): hipertensão arterial pulmonar grave, Síndrome de Eisenmenger, Síndrome de Marfan com envolvimento aórtico, aneurisma da aorta, cardiopatia congênita cianogênica não operada, cardiomiopatia dilatada ou hipertrófica importante, coarctação de aorta grave.
- **Cardiopatias com risco intermediário à gravidez** (a taxa de mortalidade materna pode alcançar 15% e a de morbidade 50%): cardiopatia congênita acianogênica (não operada) com repercussão, estenose mitral – classes III e IV, estenose aórtica, infarto antigo do miocárdio, Síndrome de Marfan com aorta normal, doença de Takayasu, terapêutica com anticoagulante indispensável (por exemplo, prótese valvar mecânica), presença de fibrilação atrial associada a insuficiência cardíaca e disfunção valvar.
- **Cardiopatias de menor risco** (risco aceitável): portadoras de prolapso de valva mitral, cardiopatias congênitas sem repercussão hemodinâmica, valvopatia reumática do tipo insuficiência (mitral e aórtica), arritmia cardíaca em coração anatomicamente normal, valva biológica normofuncionante.

Doença Valvar Cardíaca na Gravidez

Normalmente, os parâmetros clínicos relacionados com mau prognóstico materno em portadoras de valvopatias são: classe funcional III e IV, hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, antecedente de tromboembolismo e/ou endocardite infecciosa.

As lesões regurgitantes leves ou moderadas, como insuficiência mitral e aórtica, geralmente cursam sem complicações durante a gravidez; no entanto, as lesões estenóticas (estenose mitral e aórtica) apresentam pior evolução clínica e tendem a ser mal toleradas. Nas lesões regurgitantes, a evolução clínica relaciona-se basicamente à preservação da função ventricular, enquanto nas lesões estenóticas associa-se ao grau anatômico da lesão. Na gestação, a gravidade da estenose é acentuada pelo aumento do débito e da frequência cardíaca.

Na gestante com estenose mitral de grau moderado a grave (área valvar menor que 1,5cm^2), o aumento da pressão no átrio esquerdo pode resultar em edema pulmonar e também predispor a arritmias cardíacas, como *flutter* ou fibrilação atrial, com aumento da morbidade e mortalidade. A terapia através de fármacos inclui o uso de betabloqueradores sem atividade simpaticomimética intrínseca como: propranolol, em dose inferior a 80mg/dia, ou atenolol, na dose de 50 a 100mg/dia. O uso cuidadoso de diuréticos pode ser considerado, dando-se preferência aos diuréticos de alça como a furosemida (dose média e fracionada de 40 a 60mg/dia). Além disso, recomenda-se restrição cautelosa da ingestão de sal e limitação da atividade física. Um episódio de arritmia, como a fibrilação atrial aguda de alta frequência, deve ser tratado como emergência, para se evitar edema agudo dos pulmões. A cardioversão elétrica (50 a 100J) é o procedimento de escolha e pode ser realizada em qualquer fase da gestação. Nos casos de congestão pulmonar refratária ao tratamento clínico, recomenda-se a valvoplastia por cateter-balão.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 546

Os sintomas principais da estenose crítica da valva aórtica são: dispneia, dor torácica e síncope. Como na estenose mitral, o ecocardiograma é o exame de escolha para o diagnóstico e avaliação da gravidade da lesão. Gestantes com gradiente sistólico maior ou igual a 75 mmHg e área valvar menor ou igual a 1cm^2 apresentam alta incidência de complicações durante a gravidez e o parto, devendo-se considerar o tratamento intervencionista.

A indicação de cirurgia cardíaca em gestantes portadoras de valvopatias é indiscutível nos casos de insuficiência cardíaca, congestão pulmonar ou baixo débito refratários ao tratamento clínico e nas indicações clássicas de endocardite infecciosa.

Cardiopatias Congênitas

A doença cardíaca congênita corresponde a 10% dos defeitos cardíacos orgânicos na gravidez, sendo responsável por 0,5 a 1% das mortes maternas por razões não obstétricas. A evolução materno-fetal é determinada pelos seguintes fatores: tipo de cardiopatia, cianose, função ventricular, arritmia, hipertensão arterial pulmonar e correção cirúrgica prévia.

As cardiopatias acianogênicas mais observadas na gravidez são: comunicação interatrial, comunicação interventricular, persistência do canal arterial, estenose pulmonar, estenose aórtica e coarctação da aorta. Complicações clínicas podem ocorrer durante a gestação, parto e puerpério, inerentes à cardiopatia e à própria gravidez (síndrome hipercinética). Destacam-se a insuficiência cardíaca, os distúrbios do ritmo cardíaco e a maior possibilidade de endocardite infecciosa e tromboembolismo.

Entre as cardiopatias congênitas cianogênicas, a Tetralogia de Fallot é a mais frequente, pois cerca de 5% das mulheres alcançam a idade reprodutiva sem correção prévia. O prognóstico materno é grave quando há síncope, hematócrito superior a 60%, saturação arterial periférica de oxigênio menor que 80% e pressão sistólica do ventrículo direito maior que 100mmHg. O trabalho de parto, o período expulsivo e o puerpério imediato conferem especial risco, uma vez que qualquer redução na pressão arterial e na resistência vascular sistêmica pode aumentar o shunt direita/esquerda (com piora da hipoxemia) e levar ao óbito materno. Cabe ressaltar que a correção cirúrgica total ou parcial desta cardiopatia melhora a evolução materna e promove nítida redução da mortalidade fetal, devendo ser realizada antes da gravidez.

Doença de Chagas

A prevalência de gestantes infectadas pelo *Tripanossoma cruzi* varia de 2 a 11% nos centros urbanos e de 23 a 58% nas áreas endêmicas, dependendo da região geográfica considerada. O percentual de transmissão congênita entre mães chagásicas varia de 1,6 a 18,5% em diferentes países. Cerca de dois terços das gestantes infectadas (entre 11 e 40 anos) apresentam a forma indeterminada da doença, coincidindo com o período reprodutivo, e 30% delas desenvolvem a doença crônica (cardíaca e/ ou digestiva). O prognóstico da gravidez depende, fundamentalmente, da forma clínica da doença e do grau de acometimento do sistema de condução e ou do miocárdio. As

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 547

manifestações da doença na gravidez variam desde soro positivo a alterações eletrocardiográficas (por exemplo: bloqueio atrioventricular, bloqueio de ramo direito e ântero-superior esquerdo, alterações de repolarização ventricular), arritmias, insuficiência cardíaca, tromboembolismo e morte súbita. As arritmias mais frequentes são as ventriculares e mesmo na gestação recomenda-se o uso de amiodarona (dose máxima de 600mg/dia por via oral) para gestantes sintomáticas com arritmia complexa e/ou disfunção ventricular esquerda. O implante de marcapasso e a cardioversão elétrica, quando indicados, podem ser realizados em qualquer época da gestação. O tratamento da insuficiência cardíaca é semelhante ao realizado fora da gestação, exceto quanto ao uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores dos receptores de angiotensina. As drogas preconizadas são: digital e hidralazina para reduzir a pós-carga, nitratos para reduzir a pré-carga, diuréticos como a furosemida e, nas emergências, recomenda-se o uso de dobutamina (6 a 10mg/Kg/min). No caso de insuficiência cardíaca com baixa fração de ejeção (ao ecocardiograma) e importantes alterações eletrocardiográficas, refratárias à terapêutica, desaconselha-se a gravidez.

Cardiopatia isquêmica

A incidência de infarto agudo do miocárdio (IAM) durante a gravidez e o puerpério é de 1/10.000 a 1/30.000 partos. Isto se deve principalmente à baixa prevalência de aterosclerose coronária entre mulheres jovens.

Os principais fatores de risco para doença arterial coronária, nas mulheres abaixo de 50 anos, incluem: tabagismo, hipercolesterolemia, níveis baixos de lipoproteínas de alta densidade, hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, história familiar de doença arterial coronária, toxemia gravídica, uso de anticoncepcionais orais, hiper-homocisteinemia, anticoagulante lúpico e fibrinogênio elevado.

A mortalidade materna por IAM, na gestação, varia entre 21 e 35%, e a fetal é estimada em 19%. O tratamento do infarto (na gravidez) obedece basicamente as diretrizes para o tratamento convencional. A reperfusão miocárdica, por intermédio de medidas farmacológicas (trombolíticos) e/ou mecânicas (angioplastia ou cirurgia), realizada dentro das primeiras horas após oclusão coronária, melhora a hemodinâmica, reduz o tamanho do infarto e a mortalidade, sendo o benefício relacionado ao grau de reperfusão obtido. Não há comprovação de que os trombolíticos possam ser teratogênicos, contudo podem provocar hemorragia materna grave se utilizados por ocasião do parto, parto pré-termo e perda fetal. A angioplastia primária, apesar do elevado índice de sucesso e da baixa incidência de complicações, deverá ser realizada em centros hospitalares adequados, por equipes capacitadas e com retaguarda cirúrgica; considerando-se também o risco da radiação ionizante para o feto.

Miocardiopatia periparto

A miocardiopatia periparto é o aparecimento súbito de insuficiência cardíaca congestiva e dilatação ventricular esquerda, que pode se iniciar desde o último trimestre da gestação até o sexto mês do puerpério, em gestantes sem doença cardíaca prévia.

- É um diagnóstico de exclusão.
- Quadro clínico = ICC clássica.
- Etiologia incerta: viral, autoimune, humoral, nutricional.
- Durante a gestação indica-se o tratamento convencional, exceto com inibidores de ECA e nitroprussiato de sódio. Recomenda-se: diurético, vasodilatador, cardiotônico, anticoagulante.

Drogas de Ação Cardiovascular

Diuréticos (risco C e D)

- São utilizados na gravidez em situações especiais, como insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal, congestão pulmonar secundária à estenose mitral e hipertensão arterial crônica.
- Efeitos colaterais: hiponatremia, hipocalemia, hiperuricemia, alcalose metabólica, hiperglicemia, redução do volume plasmático e da perfusão placentária.
- Diuréticos osmóticos, mercuriais, inibidores da anidrase carbônica e antagonistas da aldosterona não devem ser administrados a gestantes. A furosemida é segura, podendo ser prescrita durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Digitálicos (risco C)

- Atravessam a barreira placentária.
- Podem predispor ao trabalho de parto prematuro, pelo efeito inotrópico positivo no miométrio.

Drogas vasoativas (risco C)

- Podem predispor ao trabalho de parto prematuro, devido à diminuição do fluxo placentário.

Beta-bloqueadores (risco C)

- Escolha seletiva: Pindolol.
- Podem estar associados com restrição de crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro, bradicardia fetal e hipoglicemia fetal.

Antiarrítmicos (risco C)

- Lidocaína, quinidina, procainamida, mexiletine, propafenona, adenosina, amiodarona, verapamil.
- A maioria dos antiarrítmicos pode ser empregada durante a gestação, no entanto o tratamento deve ser criterioso, com avaliações clínicas periódicas para prevenir efeitos colaterais, muitas vezes sérios.

Inibidores da enzima de conversão da angiotensina

- São formalmente contraindicados na gestação.

Anticoagulação

A anticoagulação permanente em gestantes cardiopatas é recomendada quando os benefícios superam os riscos.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 549

Indicações: uso de próteses valvares mecânicas e fibrilação atrial.

A indicação de anticoagulação transitória para gestantes submetidas a repouso hospitalar prolongado é controversa, a despeito da presença de situações predisponentes ao tromboembolismo, como cardiopatias congênitas cianóticas, hipertensão arterial pulmonar e insuficiência cardíaca.

Os esquemas recomendados para anticoagulação estão no capítulo de tromboembolismo.

Profilaxia da Endocardite Bacteriana

Quadro 36. Tipos de profilaxia de endocardite bacteriana e indicações

Condições cardíacas/patologias sujeitas à profilaxia:	**Procedimentos sujeitos à profilaxia dentário, oral, trato respiratório*:**
• prótese valvar cardíaca • endocardite prévia • defeitos congênitos (cianóticos sem correção; corrigidos com materiais artificiais ou com defeitos residuais) • portadores de valvopatia após transplante cardíaco	Amoxacilina 2g VO 30 a 60 minutos antes do procedimento; **OU** Cefalexina 2g VO; **OU** Clindamicina 600mg VO; **OU** Azitromicina 500mg VO; **OU** Claritromicina 500mg VO. **Genito urinários e gastrointestinais:** Ampicilina 2g IV+Gentamicina 1,5mg\Kg IV 30 min antes e 8h depois; **OU** Vancomicina 1g + Gentamicina 1,5mg\Kg, 1 hora antes.

*Procedimento dentário ou gengival que produz sangramento incluindo limpeza; amigdalectomia; adenoidectomia; cirurgia de mucosa; broncoscopia rígida; esclerose de varizes de esôfago; dilatação esofágica; cistoscopia; dilatação uretral; cateterismo uretral na presença de infecção urinária; parto vaginal na presença de infecção; outros procedimentos cirúrgicos potencialmente contaminados, contaminados e infectados.

Não necessitam profilaxia:
anestesia intraoral, ajustes ortodônticos, timpanostomia, entubação traqueal, broncoscopia flexível, cateterismo cardíaco, endoscopia propedêutica.
Na ausência de infecção: cesariana, cateterismo uretral, curetagem uterina, parto vaginal não complicado, aborto terapêutico, esterilização cirúrgica, inserção e remoção de DIU.

Parto e Puerpério

A cardiopatia não é indicação para indução precoce do trabalho de parto. Portanto, salvo raras exceções, deve-se permitir o início do trabalho de parto.

A cesárea é excepcionalmente indicada em virtude apenas da cardiopatia. A sobrecarga que o coração sofre é semelhante no parto vaginal e na cesariana e a diferença entre ambos reside no comportamento do trabalho de parto.

Por outro lado, a laparotomia é acompanhada de maior número de complicações pós-operatórias que, em uma gestante cardiopata, fazem com que o risco de cesárea seja maior que o do parto vaginal bem assistido. Entretanto, havendo indicação obstétrica, deve-se proceder à realização da cesárea programada, poupando a gestante de um trabalho de parto laborioso.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 550

Em todos os casos, principalmente nos mais graves, as gestantes devem ser monitoradas durante o trabalho de parto, sendo que a monitoração fetal também é útil, fornecendo dados importantes sobre a vitalidade do concepto e as contrações uterinas.

A administração de líquidos deve ser cuidadosa, devido ao risco de uma hipervolemia iatrogênica.

Durante o trabalho de parto e o parto podem ocorrer alterações hemodinâmicas importantes. Cada contração uterina resulta no deslocamento de 300 a 500ml de sangue na circulação geral. A pré-carga aumenta com o consequente aumento do débito cardíaco de aproximadamente 50% em cada contração. A pressão média sistêmica também aumenta, em parte, devido à dor e ansiedade materna. A perda sanguínea durante o parto (300 a 400ml para um parto vaginal e 500 a 800ml para uma cesárea) pode comprometer ainda mais o estado hemodinâmico.

As alterações hemodinâmicas durante o puerpério se devem principalmente à descompressão da veia cava após o parto. O aumento no retorno venoso aumenta o débito cardíaco e provoca uma diurese abundante. As alterações hemodinâmicas voltam às condições normais de três a quatro semanas após o parto.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 551

Seguimento no Trabalho de Parto

Primeiro período

- Decúbito elevado (Semi-Fowler).
- Alívio da dor (analgesia).
- Controle da frequência cardíaca e respiratória.
- Monitoração cardíaca nos casos graves.
- Monitoração fetal.
- Controle rigoroso dos fluidos (equipamento de microgotas).

Segundo período

- Abreviar o período expulsivo: Fórcipe da Alívio.
- Analgesia (peridural).
- Posição ginecológica semissentada.

Terceiro período

- Grande perda sanguínea.
- Aumento acentuado do Retorno Venoso.
- Aumento abrupto do espaço intravascular.
- Pode ocorrer descompensação cardíaca.

Quarto período

- Não usar ergotamina (devido ao efeito vasopressor).
- Ocitocina (microgotas).
- Monitoração cardíaca 12 a 24 horas.
- UTI se necessário.

Assistência ao Puerpério

- Deambulação precoce.
- Controle com ecocardiograma.
- Profilaxia de trombose venosa profunda, se necessário
- Assistência ambulatorial.
- Planejamento familiar.

A asma é uma das pneumopatias mais comuns durante a gravidez. Inúmeras alterações fisiológicas gestacionais, ainda não completamente esclarecidas, podem levar à piora ou melhora dos sintomas. Aproximadamente um terço das mulheres asmáticas tem sua doença piorada durante a gestação, vindo nesses casos a comprometer o desfecho perinatal. Complicações como hiperemese, pré-eclâmpsia, crescimento intrauterino retardado e aumento da mortalidade perinatal, entre outras, estão associadas à asma não controlada.

O período de gestação deve ser encarado como uma oportunidade singular de otimizar o tratamento da asma, objetivando reduzir riscos de indesejáveis repercussões. A suspensão de medicamentos de manutenção ou o retardo no início de um esquema terapêutico podem significar complicação futura. Os casos mais graves devem ser encaminhados ao especialista.

Quadro 37. Principais medicamentos usados na asma e categorias de risco

Classe	Medicamentos	Categorias de risco
$Beta_2$ agonistas	Salbutamol	C
	Terbutalina	B
	Formoterol/Salmeterol	C
Anticolinérgicos	Ipatrópio	B
Corticosteroides inalatórios	Budesonida	B
	Beclometasona	C
	Fluticasona	C
Xantinas	Teofilina	C
Cromonas	Cromoglicato	B
Antagonistas dos leucotrienos	Zefirlucast/Montelucast	B

Como podemos observar, a grande maioria de medicamentos para emprego em gestantes asmáticas estão incluídos nas categorias B (sem evidência de risco em humanos) ou C (o risco pode ser excluído). Claramente as vantagens do tratamento no sentido de manter a oxigenação fetal constante facultam o emprego destas substâncias na gravidez. Lembramos ainda que não existe risco do uso durante o período da amamentação.

O salbutamol inalatório, na presença eventual de sintomas, deve ser usado a cada 4 a 6 h, 2 jatos. Nas exacerbações, a dose pode ser aumentada para 2 a 4 jatos de hora em hora, até estabilização do quadro.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 553

Os corticosteroides inalatórios constituem a medicação recomendada para o tratamento da asma não controlada em grávidas. A maioria dos estudos preconizam a budesonida para o tratamento da asma durante a gravidez, considerada como o medicamento de primeira escolha nessa situação. Entretanto, outros corticosteroides inalatórios poderão ser mantidos caso a gestante já esteja em uso antes da gestação.

As doses diárias recomendadas de budesonida por inalação de pó seco são:

- dose baixa: 200 a 600µg;
- dose média: entre 600 e 1.200µg;
- dose alta: acima 1.200µg.

O uso de corticosteroides por via oral está indicado nas exacerbações, quando não houver reversão do quadro com o uso de beta2 agonistas, e no controle da asma de maior gravidade. A dose diária recomendada, por via oral, é de 10 a 60mg de prednisona ou de prednisolona, por um período de 10 dias. A administração de corticosteroides inalatórios deverá ser iniciada logo após o curso de medicação oral.

Os quadros abaixo resumem a conduta na asma durante a gestação, dividindo os graus de severidade por etapas e identificando os medicamentos a serem adotados e respectivas doses:

Quadro 38. Controle da asma na gestação de acordo com a etapa

ETAPA 1 (asma leve, eventual)	ETAPA 2 (asma leve, persistente)	ETAPA 3 (asma moderada, persistente)	ETAPA 4 (asma grave, persistente)
Sem medicação	Corticosteroide inalado – baixa dosagem	Corticosteroide inalado média dosagem + LABA*	Corticosteroide inalado alta dosagem + LABA* + cortic. oral
B2 agonista curta duração se necessário	Cromolina ou antileucotrienos	Corticosteroide inalado média dosagem + antileucotrienos	Corticosteroide inalado alta dosagem + cortic. oral + teofilina

* LABA = Sigla inglesa para Beta agonista de longa ação

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 554

Quadro 39. Medicamentos e dosagens para controle de asma na gestação

Categoria	Exemplos específicos	Dosagem	Comentários
Broncodilatadores ß-agonistas Inalados	Metaproterenol Albuterol Terbutalina Pirbuterol	2 baforadas 4–6h prn	Forma preferida de administração ß-agonistas
Subcutâneos	Adrenalina Terbutalina	0,3ml 1:1.000 s.c. 0,25mg s.c.	Alternativa para a administração inalada para o tratamento agudo a adrenalina é idealmente evitada durante a gravidez
Orais	Albuterol Terbutalina	2–4mg VO/dia 2,5–5 mg VO/dia	Raramente utilizados por ter efeitos colaterais sistêmicos
Xantinas	Teofilina (liberação lenta)	Variável (200–500mg/dia)	Dose ajustada para manter nível sérico de 5–15mg/ml
Agentes Anti-inflamatórios e Corticosteroides Inalados	Beclometasona Triancinolona Flunisolida Budesonida	8–24 baforadas/dia Veja texto	Fazer gargarejar depois do uso para diminuir o risco de candidíase oral
Orais	Prednisona	Variável (diminuir a partir da dose inicial de 40 – 60mg)	
Cromoglicatos	Cromolina	2 baforadas dia	

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 555

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, multissistêmica, de causa desconhecida e de natureza autoimune, caracterizada pela presença de diversos autoanticorpos. Evolui com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões. De etiologia não totalmente esclarecida, o desenvolvimento da doença está ligado a predisposição genética e fatores ambientais, como luz ultravioleta e alguns medicamentos.

A fertilidade no lúpus é normal e a gravidez, embora não contraindicada, deve ser planejada. Considerar atividade, gravidade da doença e toxicidade das drogas. A gravidez é desaconselhada quando houver atividade da doença, especialmente na vigência de nefropatia.

Existe o risco da gravidez sobre o LES, principalmente por conta das alterações hormonais nessa fase da vida da mulher, causando reativação da doença, porém os riscos da doença sobre a gravidez são sem dúvida maiores, por acarretar maus resultados perinatais e maior ocorrência de complicações maternas, como a pré-eclâmpsia.

O prognóstico da gestação depende do controle da doença no período pré-concepcional. A mulher em idade reprodutiva com diagnóstico de LES deve ser orientada a como planejar a melhor oportunidade de sua gravidez, com ausência de atividade da doença nos últimos seis meses antes da concepção, adequação de medicamentos e início imediato de pré-natal de alto risco quando diagnosticada a gravidez.

Os fatores de mau prognóstico nessas gestantes são: doença ativa pré-concepcional recente, diagnóstico durante a gestação, reativação da doença na gestação, comprometimento renal, comprometimento cardio-pulmonar (principalmente hipertensão pulmonar), altas doses de corticoterapia, ocorrência de pré-eclâmpsia e restrição de crescimento fetal. Os anticorpos antifosfolípides, presentes em 30 a 40% das portadoras de LES, também associam-se a piores resultados gestacionais. Resultados perinatais desfavoráveis incluem o abortamento espontâneo, óbito fetal e restrição de crescimento fetal. Complicações neonatais decorrentes da prematuridade podem ocorrer em até 50% das gestações.

As gestantes com LES devem ser acompanhadas em pré-natal especializado. A doença pode exacerbar-se com a gravidez, porém a intervenção precoce pode minimizar as complicações. No pré-natal deve-se vigiar a atividade da doença e tratar a doença ativa. Deve ser dada atenção especial ao crescimento e à vitalidade fetais, à progressão da doença renal e aos distúrbios hipertensivos. A gestação deve terminar de forma eletiva entre 38–40 semanas, caso não ocorram complicações, ou antes, conforme o interesse materno ou fetal.

Diagnóstico

Clínico

Eritema palmar e facial, alterações articulares e/ou alterações neurológicas. A gestante também pode apresentar sintomas inespecíficos, como febre, fadiga, perda de peso, anemia, fotossensibilidade, artralgia e fenômeno de Raynaud, que devem ser valorizados no diagnóstico e seguimento da doença.

Propedêutica auxiliar.

Alterações hematológicas, renais e imunológicas devem ser rastreadas. A hemossedimentação (VHS) está aumentada.

De particular importância para o diagnóstico é a pesquisa de anticorpos ou fatores antinucleares por imunofluorescência indireta, utilizando como substrato as células HEp-2. A positividade desse teste, embora não específico, serve como triagem em razão de sua sensibilidade (maior que 95%), sendo altamente improvável a presença da doença se o teste resultar negativo

Gestantes com anticorpos antifosfolípides têm risco maior de pré-eclâmpsia, perdas fetais, prematuridade e retardo no crescimento fetal. A presença do anti-dsDNA e/ou elevação dos seus títulos e consumo do complemento podem auxiliar na diferenciação entre atividade de doença e pré-eclâmpsia.

É importante a pesquisa dos anticorpos antifosfolípides, anti-Ro/SSA e anti-La/SSB em virtude da possibilidade da ocorrência da síndrome antifosfolípide e do lúpus neonatal, respectivamente.

Na primeira consulta pré-natal deve-se rastrear a presença de hipertensão arterial. Caso não tenha avaliação recente pré-conceptual, aferir a função renal, a hemossedimentação, o perfil imunológico (anticorpos anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, anticardiolipina, anti-DNA e Complemento) e, se possivel, repetir os exames a cada trimestre e ao sinal de reativação da doença. O hemograma com contagem de plaquetas deve ser mensal. Na doença com atividade, especial atenção deve ser dada ao surgimento ou agravamento da hipertensão, ao crescimento fetal restrito ou a sinais de oligohidramnia.

O Lupus neonatal é mais raro e pode ocorrer pela passagem placentária de anticorpos maternos (anti-Ro e anti–La). Se presentes no sangue materno, deve-se vigiar os batimentos cardiofetais. Pelo risco de bloqueio atrioventricular, a complicação mais grave do lupus neonatal, deve ser realizada ecocardiografia fetal no 2º trimestre, além de pesquisar plaquetopenia e alterações cutâneas.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 558

Quadro 40. Critérios de classificação de LES de American College of Rheumatology revisados em 1997

1. **Eritema malar:** lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo.
2. **Lesão discóide:** lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
3. **Fotossensibilidade:** exantema cutâneo como reação não-usual à exposição à luz solar, de acordo com a história do paciente ou observado pelo médico.
4. **Úlceras orais/nasais:** úlceras orais ou nasofaríngeas, usualmente indolores, observadas pelo médico.
5. **Artrite:** não-erosiva envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizadas por dor e edema ou derrame articular.
6. **Serosite:** pleuris (caracterizada por história convincente de dor pleurítica, atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural) ou pericardite (documentado por eletrocardiograma, atrito ou evidência de derrame pericárdico).
7. **Comprometimento renal:** proteinúria persistente (> 0,5 g/dia ou 3+) ou cilindrúria anormal.
8. **Alterações neurológicas:** convulsão (na ausência de outra causa) ou psicose (na ausência de outra causa).
9. **Alterações hematológicas:** anemia hemolítica ou leucopenia (menor que 4.000/mm³ em duas ou mais ocasiões) ou linfopenia (menor que 1.500/mm³ em duas ou mais ocasiões) ou plaquetopenia (menor que 100.000/mm³ na ausência de outra causa).
10. **Alterações imunológicas:** anticorpo anti-DNA nativo ou anti-Sm ou presença de anticorpo antifosfolípide com base em:
    a) níveis anormais de IgG ou IgM anticardiolipina;
    b) teste positivo para anticoagulante lúpico; ou
    c) teste falso-positivo para sífilis, por, no mínimo, seis meses.
11. **Anticorpos antinucleares:** título anormal de anticorpo antinuclear por imunofluorescência indireta ou método equivalente, em qualquer época, e na ausência de drogas conhecidas por estarem associadas à síndrome do lúpus induzido por drogas.

Tratamento

Durante a gestação deve considerar-se que é pior a ativação da doença durante a gestação do que as drogas utilizadas no tratamento do LES. Entretanto algumas drogas devem ser evitadas, utilizando-se drogas imunossupressoras menos tóxicas para o feto.

Quadro 41. Tratamento de Lúpus Eritematoso Sistêmico na gestação

Droga	Dose	Risco (FDA)	Comentários
Prednisona	1 a 2mg/kg/dia, dose única diária oral	B	Pode ser utilizada em pulsoterapia
Anti-inflamatórios não hormonais	Ácido acetilsalicílico	C/D	Recomendado na presença de anticorpos antifosfolipides. Suspender quatro semanas antes do parto
Tacrolimus	0,1 a 0,2mg/kg ao dia, dose única diária, oral	C	
Azatioprina	1mg/kg/dia, dose única diária oral	D	Uso cauteloso na doença ativa de difícil controle

continua

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 559

continuação

Droga	Dose	Risco (FDA)	Comentários
Micofenolato	1g duas vezes ao dia	D	Evitar gravidez após seis meses do último uso
Cloroquina	250mg/dia oral	C	Há controvérsias sobre uso na gestação
Ciclofosfamida e Metotrexato		X	Não usar

Os glicocorticoides são os fármacos mais utilizados e as suas doses diárias variam de acordo com a gravidade de cada caso. A prednisona é o corticoide de escolha por sua fácil administração (dose única diária e uso oral), além de sua eficácia. Didaticamente, estas doses podem ser divididas em:

- Dose baixa: 0,125mg/kg/dia
- Dose moderada: 0,125 a 0,5mg/kg/dia
- Dose alta: 0,6 a 1mg/kg/dia
- Dose muito alta: 1 a 2mg/kg/dia

Pulsoterapia com glicocorticoides: aplicação intravenosa de metilprednisolona (15 a 20mg/kg/dia), habitualmente por 3 dias consecutivos.

Em virtude de vários efeitos colaterais, os glicocorticoides devem ser utilizados na menor dose efetiva para o controle da atividade da doença e com redução gradual de sua dose, assim que possível.

Anticoncepcionais orais de baixa dosagem de estrógenos, quando indicados, não têm mostrado indução de atividade significativa da doença, porém são contraindicados na presença de anticorpos antifosfolípides em virtude do risco aumentado de tromboses.

Terapia medicamentosa na gestação e amamentação

A prednisona, a hidroxicloroquina e o ácido acetilsalicílico em baixas doses podem ser utilizados na gravidez. Quando inevitável o uso de imunossupressores, a opção é a azatioprina (risco B na lactação). A ciclofosfamida, o micofenolato mofetil, o metotrexato e a leflunomide não devem ser usados. Nas pacientes com anticorpos antifosfolípides sem caracterizar a síndrome antifosfolípide utiliza-se ácido acetilsalicílico 100mg/dia.

Na amamentação, doses de glicocorticoides superiores a 20mg/dia de prednisona podem acarretar riscos para a criança, sendo recomendado intervalo de 4 horas entre a tomada da medicação e a amamentação.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 560

A trombofilia é definida como tendência à trombose, que pode ocorrer em idade precoce, ser recorrente e/ou migratória. Classicamente, a trombofilia é dividida em adquirida, representada principalmente pela síndrome antifosfolípide (SAF), e hereditária. São indicações para investigação a ocorrência passada ou recente de qualquer evento trombótico, aborto recorrente, óbito fetal, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta e restrição de crescimento fetal grave, além de história familiar. A gestação, muitas vezes, é a única oportunidade para a investigação destes fatores. A identificação dos mesmos e seu tratamento podem mudar drasticamente tanto o resultado da gestação quanto a sobrevida e qualidade de vida da mulher em idades mais avançadas.

Trombofilia Adquirida ou Síndrome Antifosfolípide

Diagnóstico

A SAF caracteriza-se pela presença de um ou mais anticorpos antifosfolípides (anticorpo anticardiolipina, anticoagulante lúpico, antibeta2 glicoproteína I), positivos em dois exames, com intervalo mínimo de doze semanas entre eles, associados a pelo menos um dos seguintes critérios clínicos:

- um ou mais episódio de trombose venosa ou arterial (imagem ou evidência histológica).
- morbidade obstétrica:
    - três abortamentos precoces inexplicados;
    - óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfologicamente normal;
    - parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou insuficiência placentária.

Diagnóstico Clínico

- Trombose – pode acometer diversos órgãos:

– Membros: trombose venosa profunda, gangrena;

– Pele: livedo reticular, vasculite superficial, úlceras crônicas, tromboflebite superficial;

– Olhos: trombose de vasos da retina;

– Pulmões: embolismo e tromboembolismo pulmonar;

– Fígado: síndrome de Budd-Chiari, infarto;

– Adrenais: hipoadrenalismo, doença de Addison;

– Cérebro: trombose de seio sagital ou cavernoso, acidente vascular cerebral, acidente vascular transitório, embolia cerebral;

– Coração: infarto agudo do miocárdio, endocardite pseudo-infecciosa, miocardiopatia;

– Rins: trombose da artéria renal, microangiopatia trombótica;

– Ossos: infarto, osteonecrose.

- Doenças autoimunes e reumáticas – frequente associação principalmente com lúpus.
- Alterações hematológicas: plaquetopenia, anemia hemolítica, risco de hemorragias.
- Alterações cardiopulmonares: doença valvular, hipertensão pulmonar.

No ciclo gestacional pode acarretar:

– Aborto de primeiro trimestre ou início do segundo trimestre;

– Óbito fetal;

– Pré-eclâmpsia, eclâmpsia;

– Restrição de crescimento fetal grave;

– Descolamento prematuro de placenta.

Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico laboratorial da SAF é dado pela detecção dos anticorpos antifosfolípides. O anticorpo anticardiolipina é dosado por método imunoenzimático (Elisa), e o resultado é expresso em unidades GPL para o subtipo IgG e MPL para o subtipo IgM. A pesquisa é considerada positiva quando o resultado encontrado estiver entre 40 e 60 unidades (moderadamente positivo) ou acima de 60 unidades (fortemente positivo). A presença do anticorpo anti-beta2 glicoproteína I, também dosado por Elisa, indica maior potencial de manifestações clínicas do anticorpo anticardiolipina.

O anticoagulante lúpico pode ser pesquisado por meio dos testes *Kaolin Clotting Time* (KCT) e *dilute Russell Viper Venom Time* (dRVVT), sendo este último considerado mais específico para a detecção do anticorpo. No dRVVT, a relação gestante/controle superior a 1,20, mantida após diluição a 50%, indica a presença do anticoagulante lúpico.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 562

O diagnóstico laboratorial dá-se caso o resultado seja positivo em dois exames com intervalo entre seis e 12 semanas, tanto para o anticorpo anticardiolipina como para o anticoagulante lúpico.

Trombofilia Hereditária

Decorre da presença de mutações em fatores envolvidos com a coagulação, que levam à tendência de trombose. As manifestações clínicas são similares àquelas da trombofilia adquirida.

Os principais fatores de trombofilia hereditária são: deficiência das proteínas C, S e antitrombina, fator V de Leiden, mutação G20210A no gene da protrombina (fator II da coagulação) e mutação C677T no gene da enzima metileno tetrahidrofolato redutase (MTHFR).

Os critérios para o diagnóstico dos fatores de trombofilia hereditária são:

- Deficiência da proteína C: atividade inferior a 72%;
- Deficiência da proteína S: atividade inferior a 55%;
- Deficiência da antitrombina: atividade inferior a 85%;
- Fator V de Leiden, G20210A-FII: heterozigota ou homozigota ;
- C677T-MTHFR: homozigota com elevação da homocisteína sérica.

A deficiência das proteínas C, S e antitrombina não deve ser pesquisada durante a gestação, devido à redução fisiológica que ocorre na gravidez. A pesquisa das mutações fator V de Leiden, gen da Protrombina (G20210A-FII) e C677T-MTHFR pode ser feita durante a gestação.

Conduta para SAF e trombofilia hereditária

Anticoagulação profilática

As gestantes com síndrome antifosfolípide ou trombofilia hereditária devem receber profilaxia.

A profilaxia deve ser iniciada, preferencialmente, na segunda fase do ciclo menstrual de possível concepção, e mantida caso a gestação aconteça. Se a gestação ocorrer na ausência da profilaxia, ela deve ser iniciada o mais precocemente possível.

As portadoras de mutação C677T-MTHFR podem ser abordadas pela suplementação de ácido fólico e vitamina B6 antes da gravidez.

A **aspirina**, utilizada de forma isolada, é reservada para as mulheres portadoras de anticorpo anticardiolipina fracamente positivo, desde que haja antecedente clínico ou obstétrico. A dose preconizada é 80 a 100mg por dia via oral. **O uso da aspirina deve ser suspenso, no mínimo, duas semanas antes do parto**. Assim, recomenda-se a manutenção da mesma até 34 a 36 semanas de idade gestacional, a depender do prognóstico de parto). Os riscos do seu uso periparto são sangramento no local da punção anestésica, com compressão medular e hematomas pós-parto na mãe, além

de discrasias e sangramentos no neonato.

A **heparina de baixo peso molecular** deverá ser aplicada por via subcutânea e as doses são 40mg por dia para **enoxaparina**, **OU** 5.000 UI por dia de **dalteparina OU** 1.850 UI por dia de nadroparina.

Na impossibilidade de uso da heparina de baixo peso molecular, pode ser utilizada a **heparina não fracionada**, na dose de 2.500 a 5.000 UI de 12 em 12 horas, de forma a não alterar o TTPA. Efeitos colaterais com o uso da heparina não fracionada podem ocorrer, e incluem plaquetopenia, redução do cálcio ósseo com risco de osteoporose e reação cutânea.

Atenção:
1) Mulheres que utilizam heparina não fracionada deverão realizar dosagem mensal de plaquetas, sendo que a primeira dosagem deve ser feita até cinco dias após o início do uso. No caso de plaquetopenia inferior a 100.000/ml, a medicação deve ser suspensa e deve ser feita discussão caso a caso com hematologista.
2) Se houver reação cutânea à heparina, caracterizada por grandes placas hiperemiadas e elevadas nos locais de aplicação, a droga deve ser suspensa até a resolução do quadro, podendo ser iniciada a seguir a heparina de baixo peso molecular.
3) Também pode ocorrer osteoporose. O exercício físico e a suplementação de cálcio devem ser estimulados.

A **associação da aspirina e heparina** em dose profilática deve ser prescrita para mulheres portadoras do anticorpo anticardiolipina moderada ou fortemente positivo, associado ou não ao antibeta2 glicoproteína I, e para mulheres portadoras do anticoagulante lúpico, da mutação C677T-MTHFR homozigota, das mutações G20210A-FII e fator V de Leiden, assim como para as portadoras da deficiência das proteínas C ou S. Também devem receber esse esquema de profilaxia as mulheres portadoras de fatores de trombofilia associados.

A heparina deve ser suspensa 24 horas antes do parto. Se não houver tempo hábil entre a suspensão da heparina e o parto, e caso ocorra sangramento maior do que o esperado durante o procedimento, pode ser utilizado o sulfato de protamina (10mg/ml), na dose de 1mg para cada 1mg de enoxaparina recebida na última dose ou 1mg para cada 100 UI de heparina não fracionada recebida na última dose.

As mulheres que receberam heparina na gestação deverão reiniciar o uso de 8 a 12 horas após o parto. A heparina deve ser mantida, na mesma dose, por seis semanas no puerpério.

Anticoagulação plena

A anticoagulação plena é indicada para as gestantes com episódio tromboembólico atual ou até 30 dias antes da data da última menstruação na gestação atual. Além disso, mulheres que apresentaram episódio tromboembólico em qualquer fase da vida e apresentam deficiência da antitrombina, isolada ou associada a outros fatores

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 564

de trombofilia, também são candidatas à anticoagulação plena com heparinoides.

O uso de anticoagulantes orais é atualmente desaconselhado durante a gestação, pelo potencial teratogênico e maior risco de sangramento por intoxicação cumarínica. Podem, quando indicado, ser introduzidos no puerpério, pois são compatíveis com o aleitamento.

Avaliação da vitalidade fetal

A avaliação da vitalidade fetal em gestantes com trombofilia adquirida ou hereditária deve incluir o controle diário dos movimentos fetais a partir de 28 semanas de idade gestacional, cardiotocografia semanal a partir de 30 semanas e ultrassonografia mensal com dopplervelocimetria de cordão umbilical a partir de 28 semanas.

A frequência sugerida refere-se a exames com resultados normais e sem outras complicações associadas. No caso de resultados alterados, a avaliação cuidadosa caso a caso deve ser realizada, e a frequência dos exames será determinada a partir dos resultados dos mesmos e da avaliação clínica.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 565

A doença tromboembólica é uma importante causa de morte materna no mundo e a principal em países desenvolvidos. Apresenta-se em duas formas principais: a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP).

Trombose venosa profunda

A trombose venosa profunda caracteriza-se pela formação de coágulo no sistema venoso profundo, ocorrendo principalmente nas extremidades inferiores. Ocorre em igual proporção nos três trimestres, com aumento de risco no pós-parto, principalmente após uma operação cesariana. Ter história anterior ou condições predisponentes como trombofilias, imobilizações, repouso ou hospitalização prolongada e cirurgia recente são importantes.

De todos os casos, 90% das TVPs na gestação ocorrem na perna esquerda, sendo 72% na veia ílio-femoral (com maior chance de embolia pulmonar) e 9% nas veias inferiores.

Diagnóstico

A TVP pode ser de difícil diagnóstico, pois seus sintomas são facilmente confundidos com os da gestação normal. Os sintomas típicos são dor unilateral da perna e edema. Se houver mais de 2cm de diferença no diâmetro das panturrilhas, indica-se investigação. O Sinal de Homan (dor à dorsiflexão do pé) é inespecífico e pode ser encontrado em 50% das gestantes sem TVP.

Suspeitar de TVP:

- dispneia de início súbito (80%);
- dor torácica súbita pleurítica/anginosa (60%);
- broncoespasmo súbito em gestante sem antecedente de asma/DPOC;
- choque (10%) / ICC à direita de início súbito;
- hemoptise / escarro hemoptoico;
- fatores predisponentes: idade avançada, ICC, insuficiência venosa de MMII, obesidade, imobilidade, AVC, lesões medulares, história de trombofilias, trauma, gestação/puerpério, neoplasia (pulmão, mama), período perioperatório, cateter venoso central, trombo intracardíaco .

Menos de 10% das gestantes com suspeita de TVP têm a doença confirmada por testes objetivos. O diagnóstico definitivo é essencial, pela necessidade de tratamento imediato, avaliação para trombofilias e profilaxia em gestações futuras.

Se houver forte suspeita de TVP, deve-se iniciar a anticoagulação até a confirmação diagnóstica. O exame a ser solicitado é a ultrassonografia Doppler, cuja orientação encontra-se no quadro abaixo:

Quadro 42. Orientação para interpretação da ultrassonografia Doppler		
Doppler	**Suspeita clínica**	**Conduta**
Positivo		Anticoagulação terapêutica plena
Negativo	Fraca	Não tratar
Negativo	Forte	Anticoagulação terapêutica plena por sete dias. Repetir exame. Se negativo, interromper medicação

Propedêutica auxiliar

O exame de referência para o diagnóstico de TVP é a flebografia, que tem sido substituída por exames não invasivos como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (RNM). A TC tem como desvantagem a exposição da gestante à radiação e ao contraste, e a RNM tem o alto custo e dificuldades de acesso ao exame como desvantagens.

Embolia pulmonar

A embolia pulmonar (EP) ocorre quando os coágulos se desprendem do sistema venoso profundo nos casos de TVP e se alojam nas artérias pulmonares.

Em dois terços dos casos a embolia pulmonar ocorre no período pós-parto.

Diagnóstico

Dispneia e taquipneia são os principais sintomas e o quadro clínico varia desde dispneia leve e taquipneia com leve dor no peito até parada cardiorrespiratória.

Propedêutica auxiliar

Pode-se começar a investigação com a dosagem do dímero-D, que se for negativa e associada à baixa probabilidade clínica de EP, é suficiente para excluir essa possibilidade. Exames de imagem podem ser:

Quadro 43. Exames de imagem para investigar Embolia Pulmonar				
Exame	**Sensibilidade**	**Especificidade**	**VPP**	**Comentários**
TC helicoidal	Alta	alta	~100%	
Angiografia pulmonar			~100%	Exposição à radiação
Cintilografia pulmonar	41%	97%		Exposição à radiação
Ressonância nuclear magnética	~TC helicoidal	~TC helicoidal		Permite visualizar artérias pulmonares. Cara, de difícil acesso e poucos estudos com gestantes

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 568

A gasometria arterial, o raio X de tórax e o eletrocardiograma podem ser úteis.

ECG: as alterações mais específicas na EP são aquelas em que estão presentes sinais da sobrecarga aguda do VD. O bloqueio do ramo direito, o desvio do eixo elétrico para a direita, o padrão S1Q3T3 e a inversão da onda "T" nas derivações precordiais de V1 a V4 são as principais anormalidades eletrocardiográficas correlacionadas com a EP. Essas foram identificadas em 50% das gestantes avaliadas, e a inversão de onda "T" de V1 a V4 foi a mais frequente das anormalidades, ocorrendo em 68% dos casos analisados.

Raios X: as principais alterações ao exame de raio X de tórax são áreas de hipoperfusão pulmonar (sinal de Westmark), imagens cuneiformes (sinal de Hampton), dilatação da artéria pulmonar (sinal de Palla), atelectasia, derrame pleural e elevação da hemicúpula diafragmática. Entre as alterações descritas, a identificação de áreas de hipoperfusão é a mais específica. Esse mapeamento é fundamental no subgrupo de gestantes a serem submetidos à cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão, ajudando a definir a probabilidade diagnóstica.

Gasometria: a gasometria arterial é de baixa especificidade e moderada sensibilidade para o diagnóstico de EP. A presença de hipoxemia e de hipocapnia possui valor preditivo negativo entre 65 e 68%, considerado insuficiente para afastar o diagnóstico de EP. A gasometria deve orientar a necessidade de oxigenioterapia suplementar e de ventilação mecânica em gestantes instáveis.

RNI: no monitoramento do tratamento anticoagulante.

Tratamento

Medidas Gerais:

1- Suplementação de O_2 / suporte ventilatório;

2- Administrar volume – correção da hipotensão e do choque através da elevação da PVC. Não exceder 500 a 1.000ml de volume pelo risco de isquemia de VD;

3- Morfina – para sedação, analgesia e diminuição da ansiedade. Tem efeito vasodilatador pulmonar, administrar com cuidado na gestante hipotensa;

4- Drogas vasoativas – utilizar em gestantes que não respondem à infusão de volume (dobutamina e dopamina);

5- Anticoagulação: diminui a mortalidade, a incidência de nova TEP, evita progressão do êmbolo e permite a recanalização espontânea da artéria pulmonar.

Apesar da ausência de estudos específicos em gestantes sobre a melhor terapêutica dos fenômenos tromboembólicos, estudos randomizados controlados em mulheres não grávidas evidenciaram que a heparina de baixo peso molecular (HBPM) é tão eficaz quanto a heparina não fracionada (HNF), além de ser segura.

Quando houver suspeita de TVP ou EP, as medidas diagnósticas e terapêuticas devem ser imediatas. Se a suspeita clínica é forte, deve-se iniciar a anticoagulação

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 569

imediatamente e só descontinuar se não for confirmada. Deve-se iniciar com doses terapêuticas de heparina de baixo peso molecular (HBPM) ou heparina não fracionada (HNF), conforme quadro 34 adiante. Se houver contraindicação à anticoagulação ou se a EP se mantém apesar dela, há indicação de filtro de cava. Se a EP for massiva, pode ser necessária até embolectomia.

Quadro 44. Dosagem terapêutica das heparinas

HBPM	Enoxaparina	Deltaparina
	1mg/kg cada 12h subcutâneo	90–100U/kg cada 12h subcutâneo

HNF

Endovenosa:

5.000U em bôlus;

1.300U por hora, com dosagem de TTPa cada 6h nas primeiras 24h;

Manter o TTPa entre 1,5 e 2,5 vezes o valor pré-anticoagulação, controle diário.

Subcutânea:

5.000U em bôlus;

15.000 a 20.000 U SC por dia (em duas doses);

Manter o TTPa entre 1,5 e 2,5 vezes o valor pré-anticoagulação, controle diário.

A anticoagulação deve ser mantida por seis meses. Se após esse tempo a mulher ainda estiver grávida, a HBPM ou HNF podem ser administradas em doses profiláticas. As doses de HBPM devem ser ajustadas em casos de insuficiência renal.

Se o episódio de TVP ou EP se iniciar no **pós-parto**, pode ser prescrito o warfarin, juntamente com a heparina. Esta (tanto HBPM quanto HNF) deve ser mantida até o RNI se estabilizar entre 2,0 e 3,0 por 2 dias seguidos – normalmente isto se atinge em 5 dias.

Via de parto e manejo

Ainda não há evidências para se estabelecer o melhor manejo intraparto de mulheres em tratamento de TVP e EP. O parto normal é preferível à cesariana, pelo menor sangramento e menor necessidade de intervenções. Deve-se evitar a episiotomia.

Para cesarianas eletivas ou indução do parto, **a HBPM ou HNF em doses terapêuticas deve ser interrompida 24 h antes do procedimento**. Em caso de cesariana, deve-se fazer uma dose profilática de HBPM ou HNF 3 horas após o procedimento, além de meias de compressão, e reiniciar a terapêutica no dia seguinte. Há um risco de 2% de hematomas, então sugere-se o uso de sutura de pele com pontos separados, e pode-se considerar o uso de drenos. Manter a anticoagulação pós-parto por pelo menos seis semanas.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 570

Mulheres com doses terapêuticas das heparinas que entram em trabalho de parto espontâneo devem ter interrompido o tratamento no início das contrações. Se estiverem em uso de HBPM, **as analgesias do neuroeixo** (peridural ou raquianestesia) **devem ser feitas somente 24h após a última dose**. Se estiverem em uso de HNF, deve-se monitorar o TTPa e pode-se fazer a analgesia quando este estiver normal. Se o TTPa estiver alto próximo ao parto ou se a analgesia for absolutamente indicada, pode-se usar o sulfato de protamina. Se a paciente for de alto risco para DTE (p. ex.: TVP há menos de duas semanas), interrompe-se a heparina EV 4 a 6h antes do horário esperado para o parto, para diminuir ao máximo o tempo sem anticoagulante. Após a retirada do cateter, pode-se dar doses profiláticas de HBPM ou HNF, e reiniciar a terapia no dia seguinte. Manter a anticoagulação pós-parto por pelo menos seis semanas.

Se a mulher estiver utilizando doses profiláticas, o risco de hematoma espinhal é menor. A analgesia pode ser dada 12h após o uso da HBPM profilática, enquanto que com doses de HNF de 5.000U ou menos a cada 12h, a analgesia é segura, já que o TTPa e a contagem de plaquetas são normais.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 571

A epilepsia é a patologia neurológica mais frequente encontrada na gestação, afetando cerca de 0.5% das gestantes.

As repercussões da gravidez sobre a epilepsia são contraditórias: alguns admitem aumento, e outros, diminuição da frequência das crises. Aqueles que relatam aumento das crises o atribuem a fatores como: hiperventilação, estresse, hipocalcemia, hiponatremia e a insuficiente concentração sanguínea da medicação anticonvulsivante. Os que relatam a melhora do quadro convulsivo referem a possibilidade de maior adesão ao tratamento e maior regularidade no uso da medicação por parte das próprias gestantes.

A epilepsia não tem efeito prejudicial na gravidez. Atribui-se a possível repercussão negativa aos efeitos dos medicamentos anticonvulsivantes, por possível associação a malformações fetais.

Diagnóstico

O diagnóstico é feito pela anamnese e pelo exame clínico. O exame neurológico, a eletroencefalografia (EEG) e a tomografia computadorizada do cérebro complementam o diagnóstico.

O diagnóstico diferencial se faz com eclâmpsia em grávida no 3º trimestre, síncopes, hiperventilação e distúrbios do sono.

Conduta

Geralmente a epilepsia não interfere com a gestação, a não ser que ocorra estado de mal epiléptico, o que poderá causar anóxia com eventual sofrimento do feto. Praticamente todos os anticonvulsivantes foram associados a malformações.

A monoterapia é o tratamento de escolha e a medicação não deve ser interrompida durante o ciclo gravídico-puerperal. Na gestação, as drogas mais utilizadas são: os barbitúricos, a carbamazepina e a lamotrigina, sendo a dosagem individualizada na dependência das crises.

A difenil-hidantoina e o ácido valproico não devem ser utilizados durante a gestação, pela possibilidade de aparecimento de malformações.

Recomenda-se administrar acido fólico 5mg/dia durante os períodos pré-concepcional e gestacional.

Algumas drogas anticonvulsivantes, como a fenitoína, a primidona e o fenobarbital diminuem o transporte da vitamina K através da placenta, o que pode ocasionar o risco de hemorragia fetal e neonatal. Nesses casos, administrar à mãe 20mg/dia de vitamina K durante o último mês de gravidez e 1mg IM ao recém-nascido.

A gestação e o puerpério constituem momentos de maior vulnerabilidade para quadros psiquiátricos, contrariando uma antiga concepção de que a gravidez seria fator de proteção para alterações psicopatológicas. Estatísticas americanas apontam prevalências que atingem a taxa de 29% de transtornos psiquiátricos na gestação, sendo que apenas 5 a 14% dessas gestantes recebem tratamento adequado. Os fatores de risco para quadros psiquiátricos em gestantes, conhecidos através desses estudos, são: ausência de parceiro, história prévia de transtornos psiquiátricos e exposição pregressa a eventos traumáticos.

As patologias psiquiátricas mais frequentes na gestação são os transtornos de humor, quadros ansiosos, transtornos psicóticos, abuso e dependência de substâncias psicoativas e distúrbios alimentares. A avaliação de possíveis manifestações psiquiátricas na gestação é fundamental, já que a detecção precoce pode minimizar o impacto dessas condições, tanto para a mãe quanto para o feto.

Sabe-se que a presença de transtornos psiquiátricos pode impactar de forma direta na gestação, por exemplo com o aumento das taxas de abortamento, de prematuridade, de baixo peso ao nascer, de pré-eclâmpsias, de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do feto e depressão pós-parto materna. Também há possíveis implicações indiretas, como negligências nos cuidados pré e pós-natais.

As mulheres que já possuem diagnóstico psiquiátrico devem ser orientadas a planejar a gestação e, no caso de gravidez inesperada, receber orientações específicas sobre o tratamento nesse período. A retirada precipitada da terapêutica medicamentosa deve ser discutida, minimizando o risco de recaídas e recorrências de quadros controlados.

Quanto ao uso de medicações psicotrópicas na gestação, as evidências provêm de relatos de caso ou estudos retrospectivos nas gestações não programadas, além de experimentos em animais. Apesar de não haver aprovação do FDA (Food and Drug Administration) para nenhum psicotrópico (a maioria destas drogas são categoria C – ausência de estudos em humanos, riscos não podem ser excluídos), muitos são usados na clínica e parecem ser relativamente seguros. Quase todas as drogas atravessam a barreira placentária, mas de modo geral o risco de teratogenia é bem estabelecido para poucos psicotrópicos, sendo maior no início da gestação, especialmente no primeiro trimestre (a circulação mãe-feto é estabelecida a partir da 5ª semana).

Os potenciais de dano à mãe e ao feto devem ser levados em conta, tanto na introdução, manutenção ou retirada de medicações psicotrópicas, quanto na escolha de não tratar farmacologicamente as patologias psiquiátricas neste período. Preferencialmente, as decisões devem ser tomadas em conjunto entre a gestante, seu parceiro e as equipes obstétrica e psiquiátrica e devem levar em conta a gravidade atual e pregressa do quadro psiquiátrico. O acompanhamento psicoterápico pode ser uma opção ao uso de medicações ou uma terapêutica conjunta.

A seguir estão relacionadas as principais patologias psiquiátricas e algumas implicações clínicas de sua presença na gestação.

Transtornos de humor

Os transtornos de humor incluem os quadros depressivos, assim como o transtorno afetivo bipolar e todos seus espectros. Os episódios depressivos constituem os quadros psiquiátricos mais frequentes durante a gestação, atingindo, em alguns estudos, até 20% desta população. A característica central destes quadros é o humor depressivo ou a anedonia, que podem ser persistentes e ter impacto negativo nas atividades funcionais da gestante. Outros sintomas depressivos incluem alterações de sono (insônia, alteração da qualidade de sono, sono não reparador ou hipersonia), alterações de apetite, anergia, irritabilidade, diminuição da libido, lentificação psicomotora, ideias de culpa, ruína (inclusive ideias delirantes congruentes com o humor) e ideação suicida. Deve-se separar a eventual presença de manifestações como cansaço, mudanças do padrão de sono, apetite e libido, que podem ser inerentes à própria gravidez, de sintomas de um quadro depressivo.

A presença de transtorno depressivo não tratado na gestação pode acarretar prejuízos materno-fetais e adversidades obstétricas. Como regra geral, a consideração de tratamento farmacológico em gestantes grávidas deve ser feita em episódios depressivos graves e em gestantes em uso de medicações e que apresentem alto risco de recaída. O julgamento clínico da equação entre os benefícios e os riscos envolvendo a opção pelo uso ou não de antidepressivos neste período é fundamental para a melhor condução de episódios depressivos na gestação.

No eventual planejamento de uma gravidez em gestantes com episódios depressivos leves, pode-se considerar a retirada gradual do antidepressivo. Já em gestantes com quadros depressivos graves ou refratários, a manutenção da medicação pode ser uma escolha, optando-se pelas drogas com maior evidência de segurança nesse período ou eventualmente pela realização de Eletroconvulsoterapia (ECT). Independentemente do caso, a gestante deve ser orientada a permanecer em cautelosa observação psiquiátrica.

Os antidepressivos mais estudados e que parecem ser drogas relativamente seguras para mãe e feto são os Inibidores da Recaptação de Serotonina (IRSS), como a Fluoxetina, a Paroxetina, o Citalopram e a Sertralina. Entretanto, há estudos que mostram que recém-nascidos expostos a estas medicações podem apresentar inquietação, tremores, hiper-reflexia e irritabilidade, entre outros efeitos. Todos se mostraram passageiros em até duas semanas. Antidepressivos mais novos, como a Venlafaxina, a Mirtazapina, a Bupropiona e a Nefazodona, ainda necessitam de mais estudos, mas alguns relatos apontam que essas drogas podem ser utilizadas com alguma segurança.

A indicação de ECT pode ser uma opção alternativa em casos de não resposta à medicação ou em episódios depressivos graves, com aspectos psicóticos, catatônicos ou sério risco suicida. Trata-se de um procedimento seguro, no qual a administração de curto prazo de anestésicos parece implicar pequenos riscos ao feto. É eficaz durante a gestação e pode ser a opção de tratamento preferencial da gestante.

O transtorno afetivo bipolar é marcado pela alternância de fases depressivas, fases de mania/hipomania, mistas e fases de normalidade. As manifestações depressivas são semelhantes às de quadros depressivos puros. A síndrome maníaca é caracterizada por humor eufórico, aceleração de todas as funções do psiquismo (pensamento acelerado, fuga de ideias, logorreia, agitação psicomotora, etc.), insônia, alteração de apetite e desinibição sexual e comportamental. Também pode haver ideias de grandeza e ideias delirantes, no geral congruentes com o humor.

O manuseio do transtorno afetivo bipolar na gestação é bastante delicado. Grande parte das medicações estabilizadoras de humor está associada a riscos, inclusive de teratogenicidade, e estes devem ser considerados em relação ao potencial de gravidade de fases neste período, que podem ser precipitadas com a retirada da medicação. Deve-se lembrar que a presença de alterações graves de humor na gestação também tem implicações maternas e fetais, além de predispor ao abuso de álcool e outras substâncias psicoativas.

A gestação *per si* parece não ser fator de risco de fases, mas a suspensão do tratamento profilático neste período pode acarretar a desestabilização do humor. No caso do lítio, caso se opte pela retirada, a forma gradual parece ser melhor que a interrupção abrupta, durante o planejamento da gestação. Em alguns casos também pode haver a preferência por retornar ao uso da medicação após o primeiro trimestre.

Os estabilizadores de humor mais frequentemente usados, que são o carbonato de lítio, o ácido valproico e a carbamazepina, apresentam riscos estabelecidos de teratogenicidade e devem ser evitados, sobretudo no primeiro trimestre. O lítio está associado à anomalia de Ebstein, (cardiopatia congênita, cujo risco é aumentado em até 20 vezes em relação à população geral), hipoteiroidismo fetal e outras. A carbamazepina e o ácido valproico estão associados a defeitos do tubo neural e diversas outras alterações, como as craniofaciais. Os anticonvulsivantes mais novos, como o Topiramato, a Gabapentina e a Lamotrigina, ainda não tem seu potencial de risco bem estabelecido.

Os antidepressivos podem constituir uma opção terapêutica nas fases depressivas, mas há risco de virada maníaca. Os antipsicóticos podem ser úteis nas fases com sintomas psicóticos ou ainda uma alternativa nas fases de mania, especialmente os antipsicóticos típicos, como o Haloperidol. Não há evidência de teratogenicidade para esta medicação. A ECT pode ser uma opção terapêutica em casos de fases graves, sintomas psicóticos, risco suicida elevado ou como alternativa ao uso de estabilizadores de humor.

Transtornos de ansiedade

As síndromes ansiosas incluem o transtorno de pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo, as fobias e o transtorno de ansiedade generalizada, entre outros. Caracterizam-se por ansiedade excessiva, apreensão, medo, hiperatividade autonômica (taquicardia, taquipneia, sudorese, tremores, etc.), tontura, formigamentos, além de alterações de sono, irritabilidade, despersonalização e desrealização. A ansiedade torna-se patológica à medida que gera prejuízos funcionais.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 577

O transtorno de pânico é caracterizado pela presença de crises de pânico, que são picos de ansiedade, de início abrupto e duração curta (no geral menos de 30 minutos), acompanhados de uma descarga adrenérgica. A presença de transtornos ansiosos na gestação relaciona-se a eventos como descolamento de placenta e prematuridade.

O tratamento medicamentoso dos quadros ansiosos de forma geral pode ser feito com antidepressivos (segue as mesmas recomendações do uso destas medicações nos transtornos de humor) e benzodiazepínicos. O uso dos benzodiazepínicos no final da gestação pode levar à síndrome de abstinência no recém-nascido e à sedação. O potencial teratogênico não está totalmente esclarecido. Caso seja extremamente necessário, a preferência em geral é pelo Lorazepam.

Os transtornos ansiosos também podem ser abordados por terapia cognitivo-comportamental, visando ao controle dos sintomas ansiosos e constituindo uma alternativa a prescrição de psicotrópicos na gestação.

Transtornos psicóticos

Os transtornos psicóticos, como a esquizofrenia, caracterizam-se pela presença de fenômenos típicos como ideias delirantes (geralmente de conteúdo persecutório), alucinações (geralmente auditivas) e pensamento desorganizado.

A gestação pode não ser um período de exacerbação dos sintomas psicóticos, mas há riscos de recaídas no puerpério. A retirada não criteriosa da medicação contribui para tais recaídas e também para outras complicações obstétricas. As gestantes com diagnóstico de esquizofrenia frequentemente apresentam dificuldades na realização adequada dos cuidados pré-natais.

O tratamento dos quadros psicóticos é feito com drogas antipsicóticas. As medicações de primeira geração (antipsicóticos típicos), especialmente as butirofenonas (como o Haloperidol), parecem ser seguras na gestação, com pequena evidência de efeitos prejudiciais. Deve-se tentar evitar os efeitos anticolinérgicos, anti-histamínicos ou hipotensivos associados a alguns antipsicóticos. Quanto aos antipsicóticos de segunda geração (atípicos), ainda há pouco volume de informações envolvendo o uso deles na gestação, havendo necessidade de novos estudos para melhor auxiliar as decisões clínicas. Alguns relatos, no entanto, apontam como consequência do uso desta classe de medicações em gestantes baixos níveis de folato, implicando risco de defeitos do tubo neural. No entanto, há estudos com olanzapina que não relatam nenhum aumento dos riscos fetais.

Dependência de substâncias psicoativas

O consumo inadequado de substâncias psicoativas é um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Entre as substâncias psicoativas, comumente chamadas de drogas, destaca-se o álcool.

Mas, afinal de contas, o que é dependência de drogas? Pode-se dizer que existe uma transição progressiva entre o que chamamos de uso e o que é definido como dependência de substâncias psicoativas. O ponto de corte para considerarmos a existência de uma patologia é definido arbitrariamente.

A CID-10 define, como diretrizes diagnósticas para a síndrome de dependência, a necessidade de ter três ou mais dos seguintes requisitos preenchidos para o último ano:

1) Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
2) Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
3) Um estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica para a substância ou pelo uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
4) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disto são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diária suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes);
5) Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
6) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga. Deve-se buscar determinar se o usuário estava realmente (ou se deveria estar) consciente da natureza e da extensão do dano.

Uso de álcool

No mais recente e importante levantamento epidemiológico brasileiro, conduzido em 108 cidades com mais de 200 mil habitantes, foi encontrada uma prevalência de 12,3% de dependentes de álcool, sendo 19,5% homens e 6,9% mulheres. Porém a prevalência de mulheres alcoolistas na faixa de 18 a 24 anos foi de 12,1% e de 25 a 34 anos de 7,7%.

Como se pode observar, o alcoolismo entre mulheres aumenta na faixa de maior fertilidade. Embora existam inúmeras diferenças importantes entre homens e mulheres farmacodependentes que devem ser levadas em consideração ao se elaborar programas tanto de tratamento quanto de prevenção, a questão do uso de drogas durante a gestação é, sem dúvida, a mais delicada.

Deve-se ter em mente que o álcool é uma substância que atravessa rapidamente a barreira placentária e também passa para o leite materno. O feto e o recém-nascido têm uma dificuldade maior de livrar-se do álcool, até porque seu fígado não está completamente amadurecido.

Uma das mais antigas referências à associação entre alcoolismo materno e defeitos nos recém-nascidos é encontrada nas crenças greco-romanas: "a intoxicação alcoólica no momento da procriação resulta em uma criança prejudicada no momento do nascimento". Alguns escritos da antiguidade traziam, ainda, o alerta Aristotélico de que "mulheres tolas, bêbadas e volúveis terão filhos irritáveis e lentificados". Além disso, um costume cartageno já proibia o consumo de álcool na noite de núpcias e até o velho testamento (Juízes 13:7) reconhece os efeitos deletérios do álcool durante a gravidez. Embora a maioria desses cuidados se referisse, mais do que à gravidez toda, ao momento da concepção, não se pode negar que já era clara a relação entre consumo de álcool e problemas no recém-nascido. No entanto, os sinais e sintomas da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) só foram mencionados pela primeira vez por Lemoine em 1968, apenas foram catalogados enquanto síndrome pela primeira vez por Jones em 1973 e até hoje, mesmo com um considerável avanço no desenvolvimento e validação dos critérios diagnósticos para a SAF e os distúrbios correlatos, inúmeras questões permanecem não respondidas.

O diagnóstico de SAF completa não exige confirmação da exposição ao álcool, diferentemente da SAF parcial. Entre os quadros parciais encontram-se os defeitos de nascimento (defeitos físicos) ligados ao álcool (ARBDs) e os distúrbios de neurodesenvolvimento ligados ao álcool (ARNDs). Todos esses diagnósticos são agrupados hoje sob a égide de distúrbios do espectro da Síndrome Alcoólica Fetal (DSAF). O dano na criança varia segundo o chamado QFT: quantidade de álcool consumida, frequência de consumo e *timing* ou momento da idade gestacional em que o álcool foi consumido.

A grosso modo, a SAF consiste numa combinação qualquer dos seguintes componentes: baixo peso para a idade gestacional, malformações na estrutura facial (fendas palpebrais menores, ponte nasal baixa e filtro ausente), defeitos no septo ventricular cardíaco, malformações das mãos e pés (especialmente sindactilia), além de retardo mental que varia de leve a moderado. Problemas no comportamento e no aprendizado também podem persistir pelo menos durante a infância.

Como não há estudos para determinar "doses seguras" de consumo alcoólico, pelos óbvios limites éticos de conduzir tais estudos, a recomendação é não beber durante a gestação. Isto é reforçado por estudos mostrando que mesmo pequenas quantidades de álcool (menos que um drinque por semana) correlacionam-se com problemas de saúde mental clinicamente significativos, aparentemente piores em meninas do que em meninos.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 580

Outras drogas

Adicionalmente à grande taxa de problemas de saúde que acarreta o uso de drogas ilícitas, o uso de drogas na gravidez acarreta riscos únicos. Muitas das consequências negativas advindas do uso de drogas ilícitas, como problemas de saúde física, desnutrição e susceptibilidade a infecções, podem ser transmitidos ao feto em desenvolvimento.

Por outro lado, o maior problema para se avaliar os efeitos diretos das drogas ilícitas sobre o feto é a enorme quantidade de fatores de risco sociodemográficos, psicossociais, comportamentais e biológicos que se relacionam com as drogas e com as consequências da gravidez quando indesejada, tais como pobreza, falta de cuidado pré-natal, Doenças Sexualmente Transmissíveis, desnutrição, entre outros. Entre as drogas ilícitas, a cocaína tem sido uma das mais estudadas, com o objetivo de apurar seus efeitos sobre os fetos a ela expostos durante a gestação.

A cocaína se relaciona com restrição de crescimento intrauterino como consequência da vasoconstrição materna, com trabalho de parto prematuro e com a rotura prematura de membranas. Enquanto alguns estudos encontram baixo peso ao nascer, baixa estatura, diminuição da circunferência da cabeça e alterações neurocomportamentais (todos estes efeitos dose dependentes), outros estudos negam estes achados e os atribuem a efeitos do estilo de vida e não à droga em si.

Os estudos com maconha apresentam resultados inconsistentes. Discute-se, ainda, a existência de "síndrome fetal por inalantes". Provavelmente ela é semelhante às outras embriopatias causadas por drogas. Não é claro, ainda, se os inalantes causam acidose tubular renal e retardo de crescimento em recém-nascidos.

Por outro lado, a abstinência por opioides é mais perigosa para o feto que para a mãe. A abstinência na mãe deve ser completada no segundo trimestre ou, caso contrário, é preferível retirar gradualmente os opioides do recém-nascido.

Deve-se lembrar que o cuidado de gestantes dependentes de álcool e de outras drogas é complexo, difícil e exige um preparo especial por parte dos agentes de saúde. Os profissionais devem estar conscientes das características únicas tanto psicológicas quanto sociais, assim como com as ramificações éticas e legais destes comportamentos. A principal barreira de entrada no tratamento para as mulheres dependentes, em geral, é o preconceito que sofrem por parte da sociedade. Quando estas mulheres estão grávidas, esse preconceito se multiplica, tornando quase impossível um pedido de ajuda. Como consequência, essas gestantes raramente fazem acompanhamento pré-natal e, quando fazem, não relatam espontaneamente seu problema com as drogas. Por outro lado, a gestação é um período facilitador de sensibilização ao tratamento. Se houver preparo por parte da equipe cuidadora, é exatamente nesta fase que se consegue uma abstinência completa e duradoura de todas as drogas, desejo da maior parte das mães para não prejudicar e poder cuidar melhor do seu bebê.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 581

Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares incluem a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. A anorexia é um transtorno caracterizado por: recusa em manter o peso corporal normal (definido como pelo menos 15% abaixo do esperado para a idade e a altura); medo intenso em ganhar peso ou tornar-se gordo; e grave perturbação na imagem corporal e, em mulheres, amenorreia. As gestantes com anorexia percebem-se gordas, independentemente de estarem muito magras, e sua autoestima depende quase exclusivamente de sua forma e peso corporal. Seus sintomas são geralmente egossintônicos e costumam negar a seriedade de seu quadro de desnutrição. Podem perder peso apenas através de dieta, jejum e exercício (Subtipo Restritivo) ou ter compulsões e/ou purgações, mediante vômitos, uso de laxantes, enemas ou diuréticos (Subtipo Compulsão periódica/purgativo).

A inanição e os comportamentos purgativos acarretam significativas complicações clínicas, que incluem alterações metabólicas, hematológicas, endocrinológicas, osteomusculares, no sistema nervoso central e nas funções: circulatória, respiratória, urinária, gastrintestinal, e reprodutora e sexual.

Embora a anorexia nervosa seja um transtorno relativamente raro, sua incidência vem aumentando. Ocorre predominantemente em mulheres jovens, com uma prevalência pontual de 0,28% e ao longo da vida de 0,3 a 3,7%.

Já a bulimia nervosa é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão periódica (definida como ingestão de uma quantidade excepcionalmente grande de alimentos em um período limitado de tempo, com sensação subjetiva de falta de controle sobre esse comportamento); comportamento compensatório inadequado e recorrente com a finalidade de controlar o peso (por exemplo, autoindução de vômitos; uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou medicamentos supressores de apetite; jejuns; ou exercícios excessivos); e atitudes disfuncionais sobre o peso e a forma do corpo que influenciam indevidamente a autoavaliação.

As bulímicas têm usualmente peso normal (cerca de 70% dos casos) ou levemente acima (15%) ou abaixo (15%) do normal. Da mesma forma que as gestantes anoréxicas, apresentam extrema sensibilidade à possibilidade de ganhar peso, com medo mórbido de engordar, ao lado de um desejo intenso de perder peso e inconformismo com o tamanho de várias partes do corpo.

Embora a bulimia nervosa seja uma condição mais benigna que a anorexia nervosa, as manobras compensatórias para a perda de peso levam a uma série de complicações clínicas, com alterações em diferentes sistemas, tais como: nervoso central, circulatório, respiratório, urinário, gastrintestinal, osteomuscular, reprodutor e sexual. Além disso, são frequentes as alterações metabólicas, as da pele e anexos e as dentárias.

Tal como a anorexia nervosa, a bulimia nervosa também é mais comum em mulheres, em geral adolescentes e jovens. A incidência é de 12 casos por 100.000 pessoas anualmente e a prevalência estimada é de 1 a 3%, com alguns estudos mais recentes indicando até 4,2%.

Embora a fertilidade esteja prejudicada em mulheres com transtornos alimentares, principalmente naquelas com baixo peso, algumas engravidam. Com a popularização das clínicas de fertilidade, muitas procuram ajuda e negam serem portadoras de transtornos alimentares, engravidando mesmo sendo portadoras de graves distúrbios em atividade. Ainda assim, poucos estudos têm se preocupado em avaliar o impacto dos transtornos alimentares na gestação e no pós-parto.

A gravidez parece ser um catalisador para a remissão, ou melhor, melhora de alguns sintomas dos transtornos alimentares. A mulher torna-se mais sensível ao tratamento durante a gravidez, o que torna imperativo identificar o problema quando existe (uma vez que raramente as gestantes o contam espontaneamente) e fazer o seguimento com uma equipe multidisciplinar atenta e motivada para prevenir a recaída ou piora pós-parto.

Se o período pós-parto já é difícil para as mulheres em geral, principalmente no que diz respeito à alimentação do bebê e ao estabelecimento do vínculo mãe-filho, isto se torna particularmente difícil para as mães portadoras de transtornos alimentares. O estresse da situação, aliado às preocupações com o peso e a imagem corporal, são terreno fértil para a retomada da patologia ao estágio anterior à gravidez.

Na literatura há, ainda, sugestões de um "ciclo de risco" na anorexia nervosa, isto é, mulheres com má nutrição durante a gravidez que já são portadoras de baixo peso pelo transtorno alimentar teriam anormalidades metabólicas e complicações obstétricas que predisporiam seus filhos a um transtorno alimentar posterior.

De qualquer forma, gestantes que tiveram diagnóstico de transtorno alimentar passado ou atual têm risco maior de terem filhos com baixo peso ao nascer, ou pequenos para a idade gestacional, além de parto prematuro e maior incidência de aborto.

As mulheres devem ser alertadas quanto à importância de engravidar com peso normal e de manter esse peso, aliado a uma alimentação balanceada, durante toda a gestação.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 583

Neste capítulo são abordados, por ordem de frequência, os cânceres mais comuns que ocorrem no período gestacional.

Câncer de mama

O câncer de mama não é frequente durante a gestação. A incidência é de um caso para 3.000 partos.

O conceito da gravidez associada ao câncer de mama é definido como câncer de mama diagnosticado durante a gravidez ou no período de lactação até 12 meses após o parto. A maioria dos tumores é carcinoma ductal invasivo (80 a 100% dos casos).

Entre 40% e 84% dos tumores têm pior diferenciação, comparado com a mesma faixa etária em mulheres não gestantes. Na gestação ocorrem mais comprometimentos linfonodais, tumores de maior tamanho, maior comprometimento vascular sanguíneo e linfático e 20% deles são carcinomas inflamatórios.

A maioria dos estudos demonstra que a gravidez não é um fator de mau prognóstico, mas assinala doença possivelmente mais agressiva. Os piores resultados que se observam são devidos ao atraso no diagnóstico e no tratamento e não às características biológicas dos tumores.

A gravidez subsequente ao câncer de mama parece não comprometer a sobrevida da mulher. É aconselhável aguardar dois anos do término do tratamento para nova gestação. Entretanto, somente 7% das mulheres férteis conseguem engravidar depois de ter câncer de mama, possivelmente por infertilidade promovida pela quimioterapia ou pela idade, considerando que este câncer é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente, e a fertilidade na mulher diminui.

Diagnóstico

A doença é diagnosticada, em média, quando a gestação tem entre 17 e 25 semanas. As alterações fisiológicas da mama gravídica (hipertrofia e ingurgitamento) podem contribuir para o atraso no diagnóstico. Os estudos mostram que há atraso diagnóstico médio de 8,2 meses em relação a não grávidas. Mais de 50% das gestantes não são diagnosticadas durante a gravidez, apesar dos sinais e sintomas terem aparecido durante ou pouco antes da gestação.

Para permitir diagnóstico mais precoce, as gestantes devem ser submetidas ao exame rotineiro das mamas nas consultas de pré-natal e orientadas a realizar o autoexame. Qualquer anormalidade encontrada no exame das mamas deve ser submetida à tríade: exame físico, estudo por imagem e estudo histopatológico.

A mamografia com proteção do abdome pode ser feita durante a gestação com pouco risco fetal, pois a dose de irradiação para o concepto é calculada em 0,004 Gy. A

sensibilidade mamográfica é menor durante a gestação, devido às alterações que ocorrem nas mamas nesse período. Alguns estudos demonstraram que a ultrassonografia mamária tem maior sensibilidade na detecção do câncer de mama no período gestatório do que a mamografia, além de ocasionar risco menor ao feto.

A punção por agulha fina, durante a gestação, não é bom método, devido à maior frequência de resultados falso-positivos ocasionada pela dificuldade de interpretação, em decorrência das alterações histológicas da gravidez e da amamentação.

O melhor método para o diagnóstico é a *core* biópsia, embora haja o risco de ocasionar fístula de leite, além do sangramento aumentado e da infecção. A prevenção dessas ocorrências é feita pela interrupção da amamentação (se for o caso) antes do procedimento, hemostasia rigorosa e uso de antibiótico profilático.

No estadiamento tomar cuidado com os exames radiativos. O exame de raios-X de tórax, com proteção abdominal, é considerado seguro para o feto. Já a tomografia computadorizada (TC) do abdome superior e da pelve deve ser evitada durante a gravidez. A indicação de ressonância nuclear magnética (RNM) pode ser uma alternativa, embora seus efeitos durante os primeiros meses de gestação ainda não sejam conhecidos.

Tratamento

O melhor tratamento para a gestante com câncer de mama é a mastectomia, evitando-se assim a radioterapia. Entretanto, a cirurgia conservadora é possível se a radioterapia (RT) puder ser postergada até o pós-parto.

A pesquisa do linfonodo sentinela, durante a gestação, não deve ser realizada. A aplicação de azul patente não deve ser feita e, quanto ao radioisótopo, não existem publicações suficientes sobre sua segurança.

A radioterapia não é segura durante a gestação. Caso seja necessária, deve ser adiada para o pós-parto. Entretanto, o adiamento por período superior a oito semanas pode comprometer o resultado final do tratamento.

As indicações de quimioterapia são as mesmas para gestantes não grávidas. Durante o primeiro trimestre da gestação há risco de aborto e também de malformações fetais, estimadas em 17%. No segundo e terceiro trimestres o risco de malformações fetais cai para 4%, semelhante às taxas que ocorrem em gestações normais, que são de 3%. Por isso, a quimioterapia, quando indicada, é prescrita nesses trimestres. Durante seu uso a gestante deve ser monitorada para evitar a ocorrência da mielossupressão próxima ao parto, que aumenta o risco de hemorragia e sepse para a mãe e o feto. O ideal é não ministrar quimioterápicos depois da 35ª semana de gestação. Mesmo quando usada após o primeiro trimestre da gestação a quimioterapia pode ocasionar trabalho de parto prematuro e baixo peso do nascituro.

Quando houver indicação de tamoxifeno, seu uso deve ser adiado para o período pós-parto. Há evidências de ter efeito teratogênico (defeitos crânio-faciais) em animais.

O uso de terapia-alvo com trastuzumab pode ser considerado no tratamento, pois os cânceres de mama na gestação costumam ter alta positividade para c-erb-2.

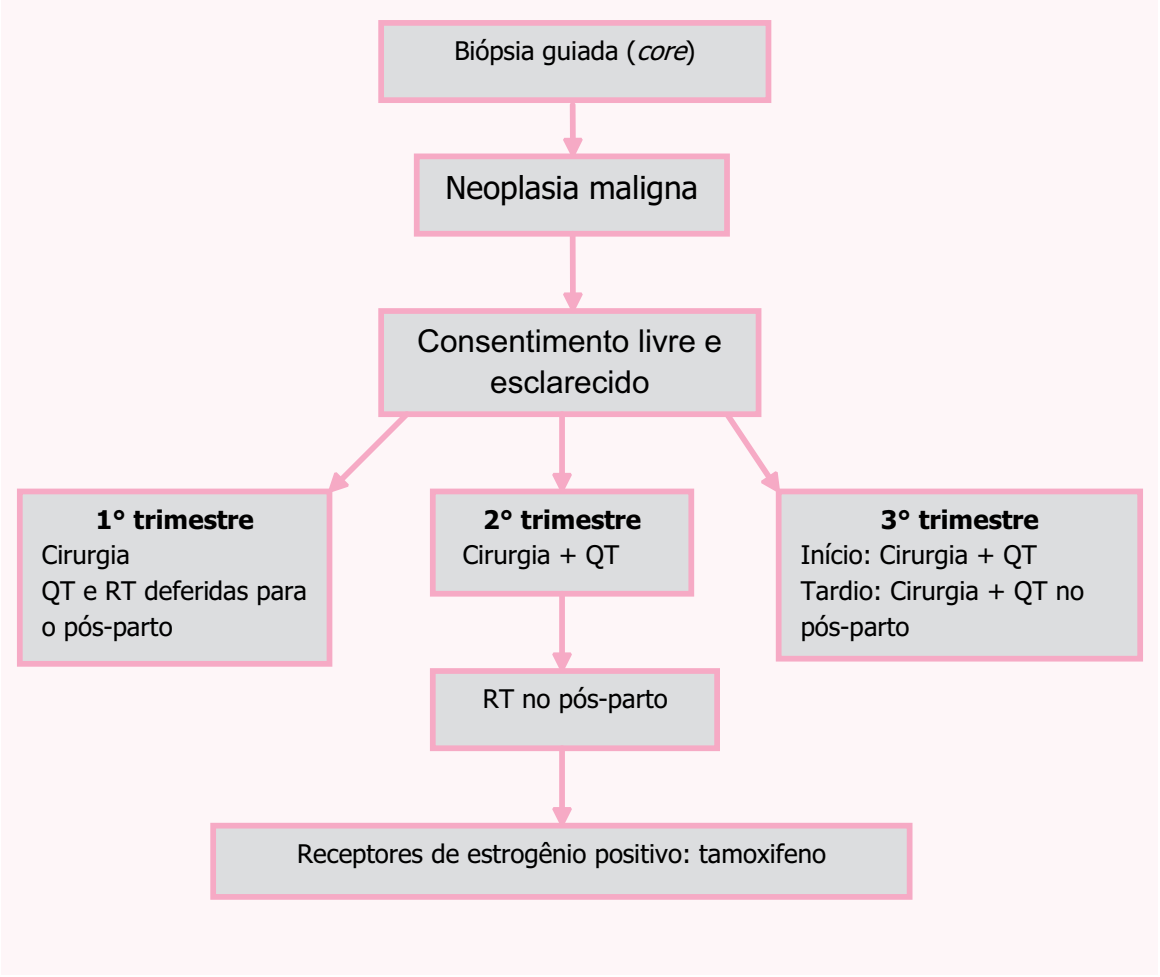
Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 586

No entanto, a expressão do HER-2 também é alta nos tecidos embrionários e há transferência placentária do trastuzumab em animais. Alguns estudos têm demonstrado oligohidrâmnio com o uso dessa droga. Neste sentido, a prudência sugere que essa droga deva ser reservada para uso no pós-parto.

Antigamente, o câncer de mama durante a gravidez era relacionado a prognóstico pior. Por isso, pensava-se que a interrupção da gestação poderia melhorar o resultado terapêutico, o que não foi comprovado. Isso não ocorre com os tratamentos atuais. Portanto, não se cogita o aborto terapêutico no tratamento.

O diagrama a seguir mostra o algoritmo de conduta nos casos de câncer de mama.

Fluxograma de conduta



Câncer do colo do útero

Entre os cânceres ginecológicos, o câncer do colo do útero é o que mais frequentemente se associa à gestação. A frequência da doença precursora e do câncer do colo, estimada em gestantes grávidas, é de 0,22% e 0,01%, respectivamente. A média de idade da mulher grávida com câncer é de 31,8 anos.

Excepcionalmente a lesão intraepitelial de alto grau (LIE-AG) progride para carcinoma microinvasor durante a gestação. O mais comum é ocorrer regressão após o parto.

Diagnóstico

O rastreamento da neoplasia intraepitelial, do carcinoma escamoso e do adenocarcinoma são feitos por colpocitologia e, diante de alterações suspeitas, está indicada colposcopia com biópsia.

O melhor período para realizar a biópsia é no início do segundo trimestre, porque no primeiro trimestre de gravidez ocasiona aborto em 20% das vezes. Não há urgência em diagnosticar condição pré-maligna durante a gravidez, mas sim, de excluir ou diagnosticar câncer invasivo.

A conização diagnóstica está indicada quando o resultado da biópsia for carcinoma microinvasor.

Conduta

A LIE-AG/neoplasia intraepitelial de graus II e III (NIC II e III)/carcinoma *in situ* são acompanhados trimestralmente durante a gestação e tratados no pós-parto a termo.

O diagnóstico do câncer do colo do útero implica seu estadiamento, que é feito clinicamente e consiste na realização do exame físico geral e ginecológico, de radiografia de tórax com proteção abdominal, de cistoscopia e de retossigmoidoscopia. Na gestante, 83% dos casos de câncer do colo do útero são diagnosticados no estádio clínico I.

Caso seja confirmado estádio Ia1, a gestação deve seguir até o fim.

Para se instituir tratamento, deve-se levar em conta a extensão da doença, a idade gestacional, as convicções religiosas da gestante e da família, o desejo da mãe em relação ao feto e a indicação médica. Para gestantes com 24 semanas de gestação ou mais, geralmente aguarda-se a viabilidade fetal.

Tratamento

Na eventualidade do diagnóstico ser adenocarcinoma *in situ*, a indicação terapêutica definitiva é a histerectomia total, caso a gestante não tenha mais interesse em gestações futuras. Essa histerectomia pode ser realizada no momento do parto ou ser postergada para o pós-parto, devendo ser considerada a habilidade do obstetra, pois no momento do parto existe um aumento do risco de lesão vesical na execução da histerectomia.

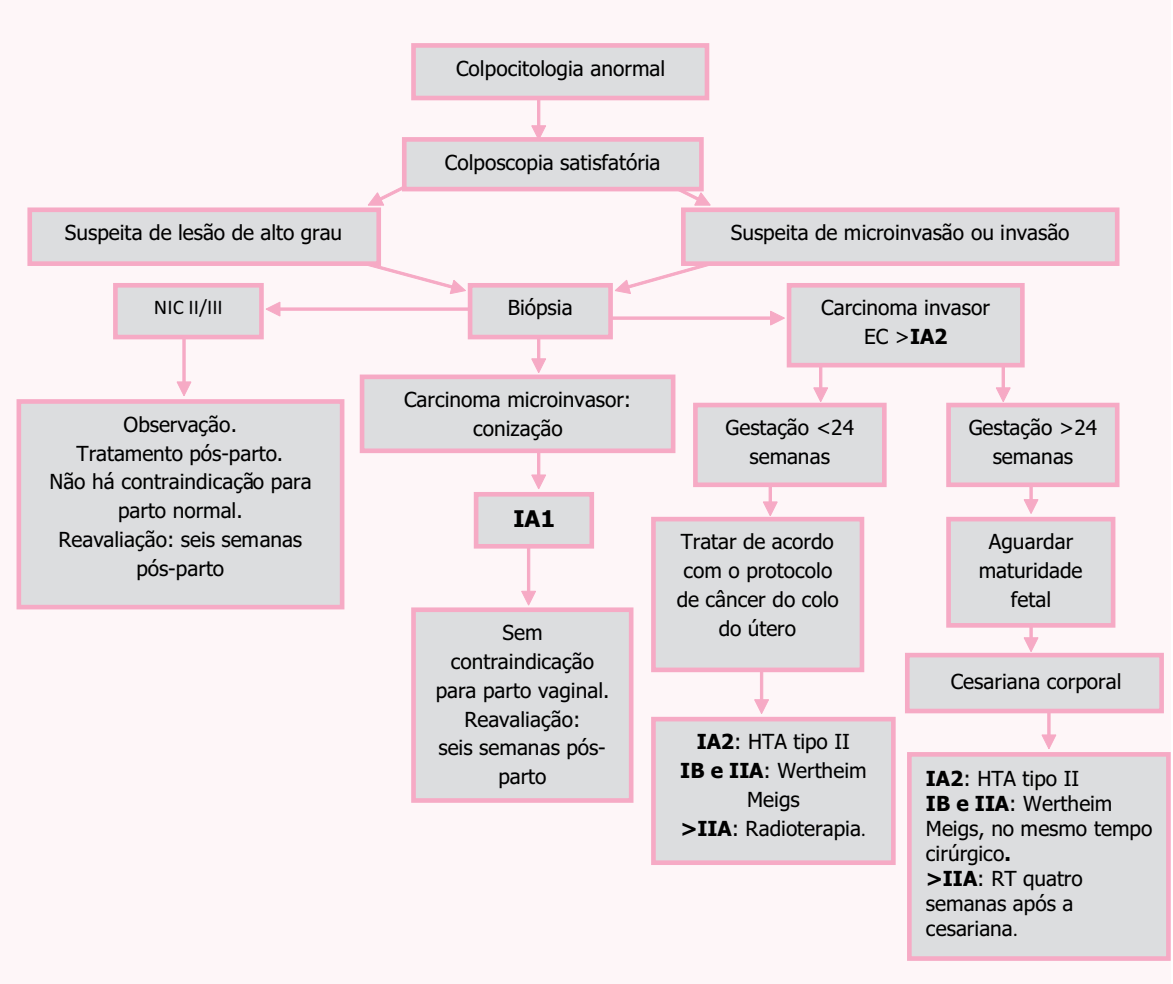
Caso o diagnóstico histopatológico da biópsia seja suspeito de invasão, está indicada a conização. Como na gestação a junção escamo-colunar é visualizada facilmente, a peça de conização deve retirar pouco tecido em profundidade. A melhor época para realização da conização é no segundo trimestre. Complicações pós-conização cirúrgica ocorrem, tais como hemorragia, doença residual, aborto e parto prematuro.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 588

Por indicação médica, no primeiro trimestre o câncer é tratado sem considerar a gestação. No segundo trimestre o tratamento será individualizado: se mais próximo do primeiro trimestre a tendência é desconsiderar a gestação e se mais próximo do terceiro trimestre a tendência é tratar como no terceiro trimestre. No terceiro trimestre, deve-se aguardar a viabilidade fetal, interromper a gestação por cesariana e tratar o câncer imediatamente.

O diagrama a seguir mostra o algoritmo de conduta nos casos de câncer de colo de útero.

Fluxograma de conduta



Câncer do ovário

A incidência de massas anexiais na gestação, segundo as informações disponíveis de trabalhos de pesquisas, varia de 1:81 a 1:8.000 gestações.

A maioria dos casos corresponde a cistos funcionais, ou cistos de corpo lúteo, que medem entre três e cinco centímetros de diâmetro e costumam desaparecer até a 16ª semana de gravidez. Raramente cistos funcionais são maiores que 11 centímetros de diâmetro.

Entre essas massas ovarianas há duas que devem ser reconhecidas: o luteoma da gravidez e o cisto teca-luteínico. Este pode ocorrer quando os níveis de βHCG estão muito elevados como na presença de mola, hidropsia fetal e gestações múltiplas. Ambas as situações regridem no pós-parto e não devem ser retiradas, salvo na vigência de complicações agudas.

Nessa maioria dos casos estão também as neoplasias benignas, sendo 40% delas teratoma cístico maduro (cisto dermoide).

O câncer de ovário é o quarto tumor ginecológico em frequência e o primeiro em mortalidade. A associação de câncer de ovário e gestação é bastante rara, variando de 1/12.000 a 1/47.000 gestações. Geralmente são assintomáticos e são suspeitados nos achados incidentais de tumor em exame físico ou na ultrassonografia obstétrica de rotina.

O tumor epitelial de baixo potencial de malignidade é o câncer mais diagnosticado na gravidez.

A gestação não altera o prognóstico do câncer de ovário, porém a presença de massa ovariana tem risco de torção e rotura, que ocorrem em 10 a 15% dos casos e podem ocasionar aborto ou parto prematuro.

Diagnóstico

O diagnóstico torna-se mais difícil com o avançar da gestação.

Os marcadores tumorais geralmente estão elevados durante a gravidez, por isso têm seu uso limitado.

O luteoma da gravidez tem tamanho variável, de microscópico até 20cm de diâmetro e pode se apresentar como nódulos circunscritos e múltiplos, e ser bilateral em um terço dos casos. Costuma dar manifestações de virilização, havendo aumento dos androgênios circulantes em 25% dos casos. Em situações de dúvida, a biópsia poderá esclarecer o diagnóstico.

O cisto teca-luteínico é habitualmente múltiplo e tem paredes delgadas.

Cerca de 70% dos casos de câncer de ovário e gravidez são diagnosticados no estágio I.

Na suspeita de malignidade é indicada a laparotomia, que atende finalidades diagnósticas e terapêuticas.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 590

Conduta

A evolução dos cistos ovarianos na gestação deve ser acompanhada, pois a maioria regride. Se as massas ovarianas persistirem ou aumentarem de volume, devem ser abordadas em torno da 18ª semana de gestação.

Havendo diagnóstico de tumores epiteliais malignos, o manejo consiste no estadiamento cirúrgico adequado.

Tratamento

No diagnóstico de câncer de ovário avançado no primeiro trimestre da gravidez, a indicação é o tratamento cirúrgico padrão: lavado peritoneal, histerectomia, salpingo-ooforectomia, omentectomia e linfadenectomia pélvica e para-aórtica, com o feto *in situ*. Se o diagnóstico for feito antes de 34 semanas de gestação, está indicada a realização do lavado peritoneal, salpingo-ooforectomia e omentectomia. Ao atingir a 34ª semana, na viabilidade fetal, faz-se o parto cesariano, novo lavado peritoneal, histerectomia e linfadenectomia pélvica e para-aórtica. Nos casos do diagnóstico ser feito em gestantes com idade gestacional acima de 34 semanas, a gestação deve ser interrompida com cesariana, e na sequência, é realizado o tratamento cirúrgico padrão.

O tumor epitelial de baixo potencial de malignidade no estádio Ia é tratado por salpingo-ooforectomia unilateral, omentectomia e linfadenectomia pélvica e para-aórtica.

O disgerminoma, tumor maligno de célula germinativa, dever ser abordado de forma conservadora, com a finalidade de preservar a fertilidade da gestante. A conduta indicada consiste na retirada do ovário e da trompa comprometidos, além do lavado peritoneal. Os tumores de células germinativas, nos estádios Ia e Ib, devem receber adjuvância quimioterápica após a salpingo-ooforectomia unilateral, a partir do 2° trimestre da gravidez.

Os tumores do cordão estromal (células da granulosa, Sertoli-Leydig) são muito raros durante a gestação. O tratamento é cirúrgico, conservador, com retirada do anexo comprometido.

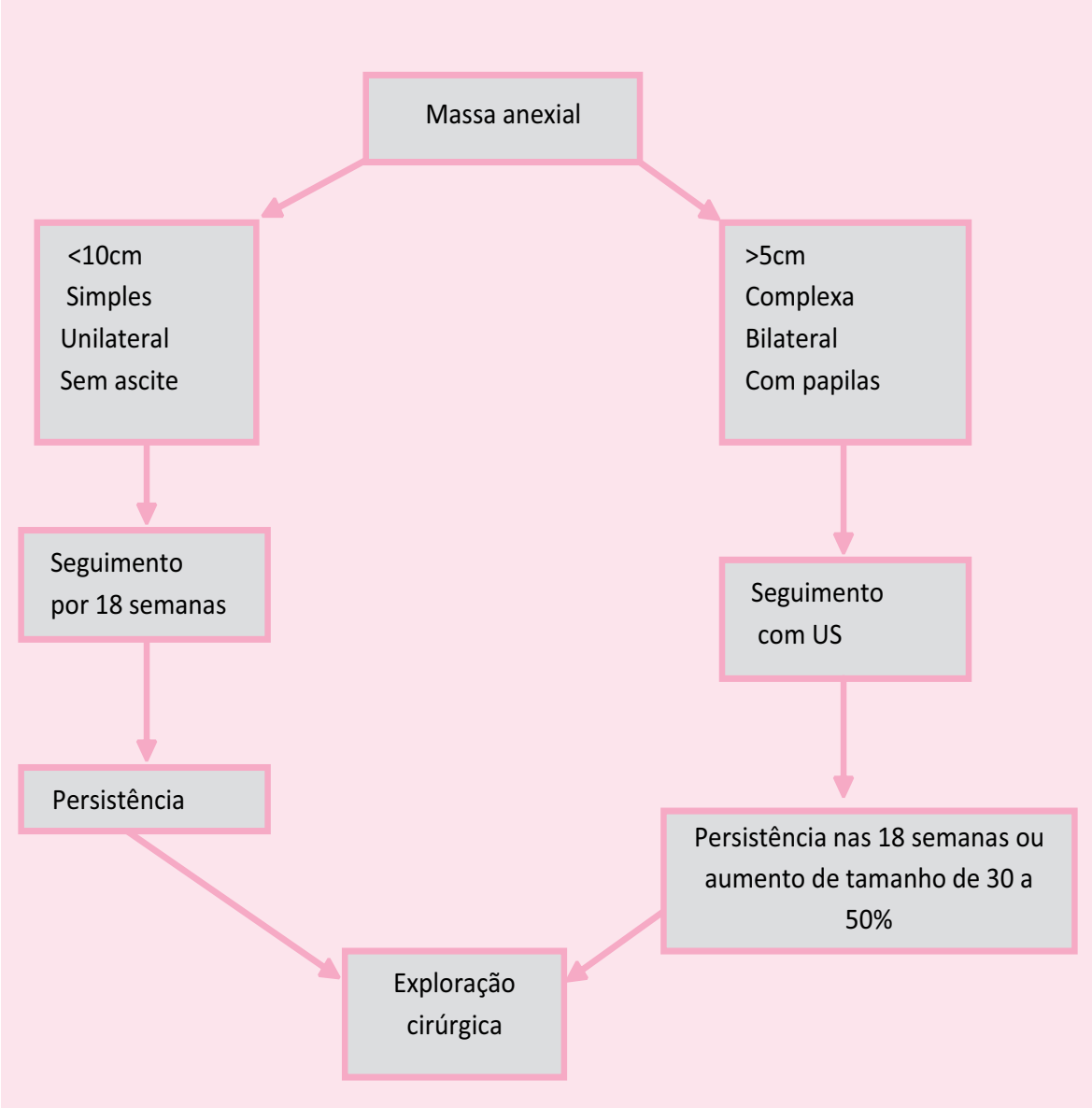
Qualquer massa ovariana, cística ou não, benigna ou não, pode ser causa de complicações agudas, tais como torção e rotura, que podem originar abdome agudo, que obriga à laparotomia emergencial.

O prognóstico das gestantes acometidas por câncer de ovário tipo epitelial é melhor do que em não grávidas, devido ao fato do diagnóstico da neoplasia ser feito mais precocemente.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 591

O diagrama a seguir mostra o algoritmo de conduta nos casos de câncer de ovário.

Fluxograma de conduta para câncer de ovário



Câncer de vulva

O câncer de vulva representa em média 3 a 5% das neoplasias ginecológicas malignas. Sua história natural tem origem viral e não viral. Quando ocorre em mulheres mais jovens está relacionado ao HPV, mas em pacientes mais idosas geralmente está associado a processo inflamatório crônico. Acomete preferencialmente mulheres acima de 65 anos. Apenas 15% das pacientes têm menos de 40 anos. Portanto, raramente apresenta-se associado à gravidez.

As lesões precursoras do câncer vulvar têm maior incidência no período gestatório.

Apenas 24 casos de câncer de vulva associados à gravidez estão relatados na literatura, no período de 1940 a 2000. Todas as gestantes foram tratadas durante a gestação, e como conduta obstétrica, submetidas à cesariana.

Diagnóstico

Qualquer lesão suspeita na vulva deve ser biopsiada, pois o diagnóstico definitivo é feito pelo estudo histopatológico.

Conduta

A neoplasia intraepitelial vulvar de grau III (NIV III) pode ser tratada durante ou após a gestação. A melhor conduta, no diagnóstico feito durante a gestação, é postergar o tratamento para após o parto.

Tratamento

A NIV III pode ser acompanhada, destruída por ácido tricloroacético (ATA) (concentração de 50 a 80%), eletrocautério ou laser, ou retirada por bisturi, bisturi elétrico, cirurgia de alta frequência (CAF) ou laser. A aplicação de ATA é feita pelo médico ou por pessoal da área de saúde instruído para o procedimento, uma vez por semana, durante três a quatro semanas. Quaisquer desses tratamentos devem ser realizados com anestesia local.

A NIV grau III é tratada pela excisão da lesão com margem de segurança de um centímetro, em média. O mesmo se faz para a doença de Paget vulvar. Em decorrência da necessidade de se ter a garantia da retirada de toda a lesão, a melhor prática é a excisão e não sua destruição.

Embora não haja consenso sobre qual o melhor período da gestação para a realização do tratamento padrão, os relatos da literatura apontam que o tratamento cirúrgico deve ser realizado durante a gravidez do mesmo modo que se trata a gestante que não está grávida. A exceção é quando for necessária a radioterapia, que deve ser evitada durante a gravidez.

Se o diagnóstico for feito após a 36ª semana da gravidez, o tratamento deve ser realizado após o parto.

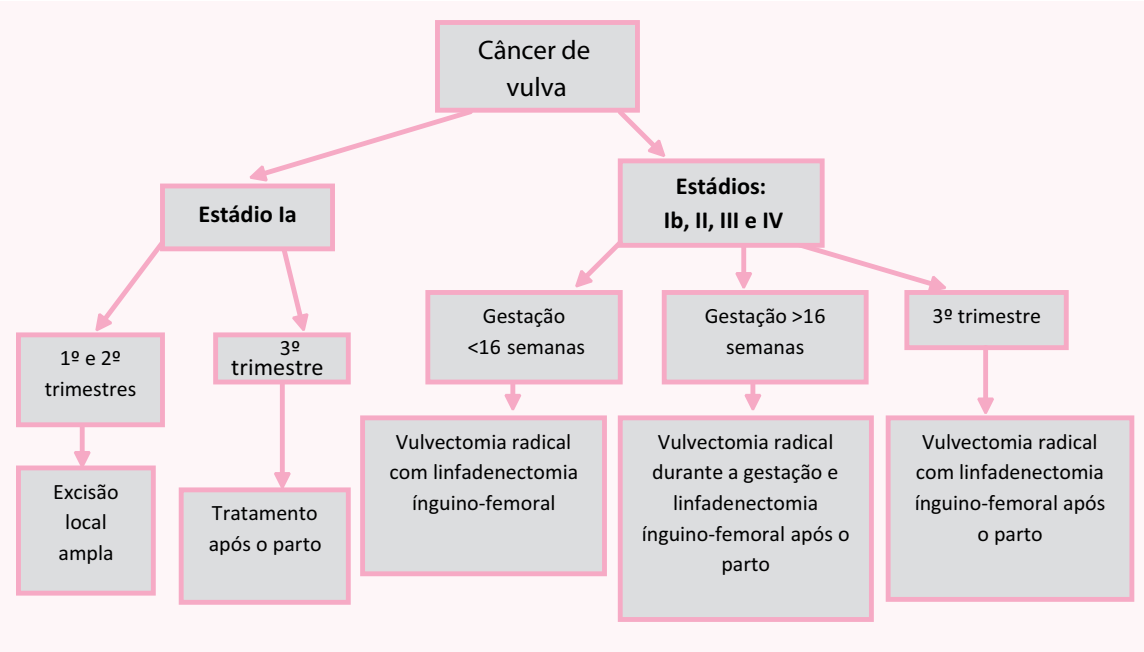
O parto será por via alta. Durante a cesariana, os ovários devem ser transpostos e fixados nas goteiras parieto-cólicas, para preservá-los de irradiação (se for indicada).

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 593

Quando o diagnóstico for feito durante o parto, a gestante deve ser tratada no pós-parto imediato, iniciando o tratamento uma semana após, na mesma internação.

O diagrama a seguir mostra o algoritmo de conduta nos casos de câncer de vulva.

Fluxograma da Conduta em câncer de vulva



Câncer do endométrio

A presença de câncer endometrial associado a gravidez é muito rara, havendo apenas 29 casos descritos na literatura.

A maioria foi adenocarcinoma endometrioide e não tinha invasão miometrial ou a invasão era mínima, o que garantiu sobrevida excelente para as gestantes.

A maior parte dos casos foi diagnosticada em estudo de material abortado.

Diagnóstico

O diagnóstico é sempre realizado no estudo histológico de peça de biópsia.

Conduta

Geralmente não há suspeita da doença até que ocorra o aborto. Ela é diagnosticada no estudo histológico do produto abortado.

Tratamento

O tratamento não difere do realizado fora do período gestacional e sempre será cirúrgico e radical (exceto em caso de impossibilidade pela gestante não suportar cirurgia), seguido de eventual complementação terapêutica com RT, QT e hormonioterapia (HT).

Câncer de vagina

A vagina raramente é sítio de câncer, ocupa o 5º lugar em incidência no trato genital e corresponde a 1% dos cânceres ginecológicos. A lesão precursora é a neoplasia intraepitelial vaginal (Niva) de grau III.

Cerca de 70 a 80% das gestantes têm mais de 60 anos e já foram histerectomizadas. As lesões metastáticas são duas a três vezes mais frequentes (de colo, endométrio, ovário, vulva, reto, uretra, bexiga e coriocarcinoma). Por isso, a associação de câncer de vagina e gravidez é muito mais rara quando comparada aos outros cânceres ginecológicos.

Diagnóstico

O diagnóstico é sempre pela constatação histológica em peça de biópsia. A intervenção, principalmente se a biópsia for excisional e mais extensa, coloca em risco os órgãos adjacentes (uretra, bexiga e reto), por isso deve ser feita com cautela. Uma boa abordagem é infiltrar maior quantidade de líquido (anestésico puro ou diluído) sob a lesão a ser retirada.

Conduta

Niva III diagnosticada durante a gravidez deve ser tratada após o parto a termo.

A conduta para o câncer invasor é similar à adotada para câncer do colo do útero e da vulva, dependendo da proximidade da doença a esses órgãos, quanto às intervenções e épocas da gestação consideradas.

Tratamento

O tratamento da Niva de grau III é a exérese com margem de segurança, embora a lesão possa ser destruída. A exérese é melhor por permitir o estudo da peça retirada e confirmar que a margem de segurança desejada foi alcançada.

O tratamento de escolha para o câncer invasor é a radioterapia. Para a neoplasia do terço superior e de terço inferior da vagina pode-se realizar cirurgias radicais, que são as usadas para o câncer do colo uterino e câncer da vulva, respectivamente, nos estádios operáveis.

Câncer da tuba uterina

A doença é raríssima e geralmente é diagnosticada em peças operatórias. Apenas um caso de câncer tubário diagnosticado na gravidez está descrito na litera-

tura, uma recorrência em gestante que teve cirurgia conservadora de câncer para preservação da fertilidade.

Diagnóstico

A maioria dos poucos casos relatados em literatura foram achados em peças de laqueadura tubária, salpingectomia ou histerectomia.

Conduta

Segue os parâmetros da presença de massa anexial, vista com os ovários.

Tratamento

Similar ao adotado para massas anexiais e no câncer de ovário no período gestatório.

Câncer da tireoide

Durante a gestação, de 39 a 43% dos nódulos tireoidianos são cânceres, sendo o carcinoma papilar o mais comum.

Diagnóstico

O diagnóstico é feito por punção com agulha sob assistência de imagem ultrassonográfica: punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou grossa (*core* biópsia).

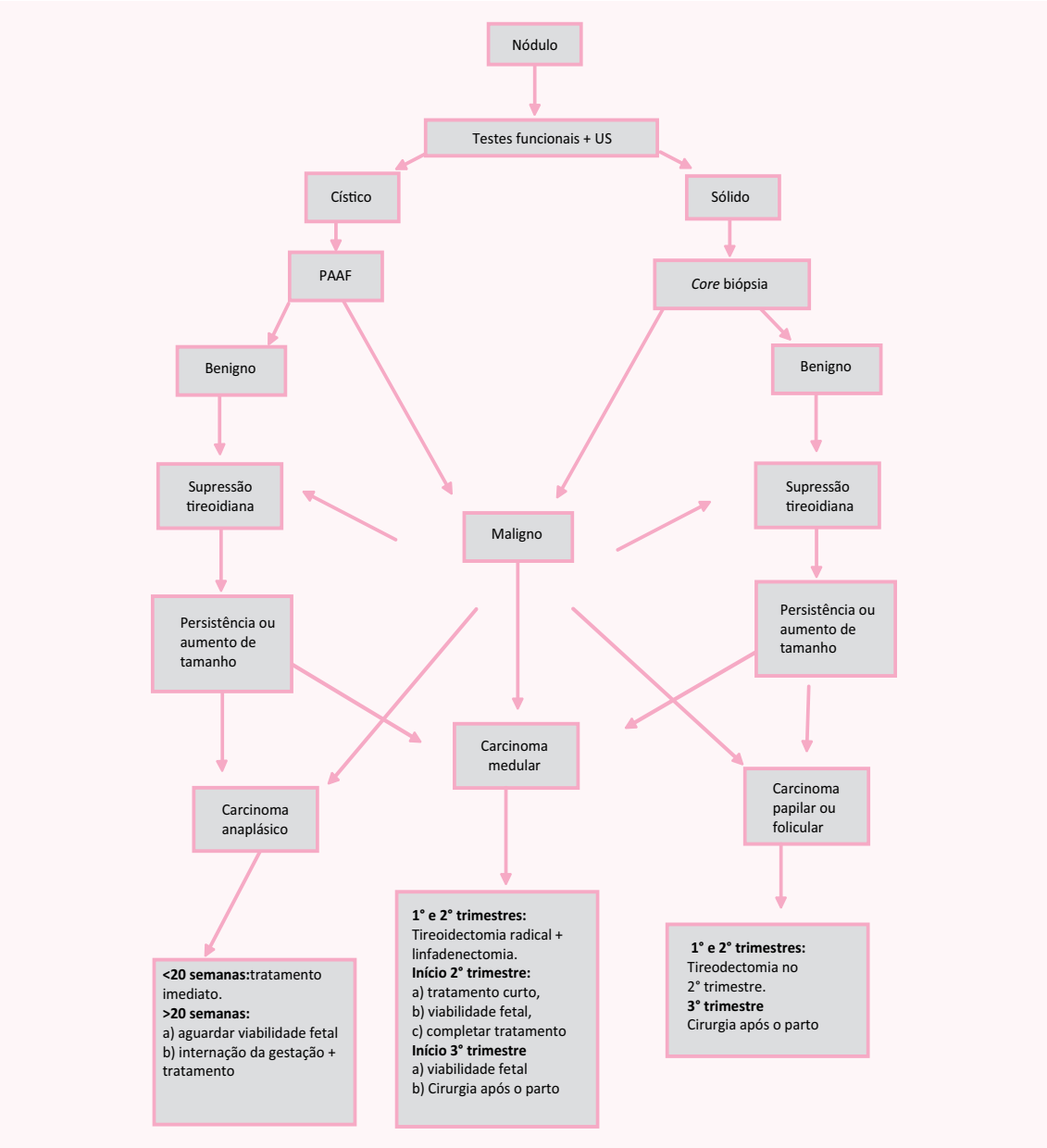
Tumor que cresce rapidamente e carcinoma medular devem ser tratados imediatamente, sem considerar a idade gestacional. A ressalva é quando estiver muito próxima a maturidade fetal. Nesse caso, a gestação deve ser interrompida ao ocorrer viabilidade fetal e então institui-se o tratamento.

Tratamento

Após o diagnóstico, a cirurgia deve ser realizada no segundo trimestre. No caso do diagnóstico ser feito no terceiro trimestre, a cirurgia será postergada para o pós-parto.

O diagrama a seguir mostra o algoritmo de conduta nos casos de câncer de tireoide.

Fluxograma de conduta em câncer de tireoide



Melanoma

A doença pode ocorrer em qualquer época da vida e também no período da gestação. No caso de suspeição é impositiva a realização do diagnóstico.

Há casos de disseminação metastática para o feto.

Diagnóstico

O diagnóstico é histopatológico em peça de biópsia. Na suspeita de melanoma ela deve ser excisional, atendendo a necessidade de haver margem de tecido sadio, livre de doença (margem de segurança).

Conduta

A lesão com um milímetro de profundidade necessita de margem de segurança de um centímetro e quando a profundidade está situada entre um e quatro milímetros a margem de segurança necessária passa a ser de dois centímetros.

Tratamento

A cirurgia é curativa para o estágio I. Em estágios mais avançados, a cirurgia deve ser mais radical.

Antes da 30ª semana de gestação deve ser realizada somente cirurgia. Após a 30ª semana é feita a remoção local com margem de segurança e após o parto é feita a pesquisa do linfonodo sentinela.

Gestantes que realizam pesquisa do linfonodo sentinela com substância radioativa devem ser orientadas a não amamentar o concepto.

Leucemias

A taxa de incidência nos Estados Unidos da América (EUA) é de um caso para 75.000 gestações, sendo a leucemia mieloide aguda a mais incidente, com 60% dos casos.

O resultado final da leucemia aguda na gestação só não é pior do que o resultado da doença em período não gravídico quando há retardo para iniciar o tratamento.

O trabalho de parto prematuro é comum, em torno do oitavo mês. Entre 10 e 15% dos casos ocorre hemorragia no pós-parto.

A Doença de Hodgkin tem taxa de incidência de 1:6.000 partos. Parece que a doença não afeta a gestação e também a gestação não afeta a doença.

Diagnóstico

Na grávida, a presença de febre persistente, perda de peso, linfadenopatia e alteração na contagem diferencial dos elementos figurados do sangue deve constituir sinal de alerta para suspeição de leucemia e necessita investigação.

A Doença de Hodgkin em gestantes costuma ser assintomática.

Linfomas não Hodgkin na gestação têm predileção para mamas, corpo e colo do útero e ovários.

Conduta

Na constatação da leucemia, o tratamento será imediato com quimioterapia e radioterapia. A terapêutica colocará o feto em risco, principalmente se o término da gestação está longínquo. No primeiro e segundo trimestres, o aborto deve ser seriamente considerado.

Se o diagnóstico for feito no terceiro trimestre, quanto antes for realizado o parto e o início da terapêutica definitiva, melhor será o prognóstico da gestante. O sucesso terapêutico está diretamente relacionado com a presteza do início do tratamento.

A leucemia crônica pode ser tratada definitivamente após o término da gestação, sendo possível tratá-la menos agressivamente durante a gestação com alguma segurança.

Na presença de Doença de Hodgkin, a QT e RT abdominal podem ser realizadas após o término da gestação. Por isso, não é indicada a interrupção da gestação.

Os linfomas não Hodgkin geralmente são diagnosticados tardiamente em estágio avançado (50% no estágio IV). O tratamento deve ser instituído imediatamente após o diagnóstico. Caso seja constatado no primeiro trimestre da gestação, há indicação de aborto terapêutico. Se a gestante não o aceitar, ela assume os riscos de sua exposição e a do feto à associação de drogas quimioterápicas. A ressalva é quando o linfoma é de baixo grau e tem evolução indolente. Nesses casos o tratamento poderá ser postergado até a viabilidade do concepto e antecipação do parto, ou pode-se optar pelo tratamento com drogas pouco tóxicas até o parto, com complementação terapêutica no pós-parto.

Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG)

A doença, embora seja ocorrente no período gestacional, não faz parte dos agravos que geram gestações de alto risco, sendo uma doença à parte, onde não há a consideração do binômio materno-fetal.

A exceção é o achado ultrassonográfico de placenta com aparência de mola hidatiforme em combinação com feto vivo. Nesse caso, existem três possibilidades distintas para a ocorrência: primeira, uma gestação única com feto vivo e mola parcial; segunda, uma gestação gemelar que tem duas placentas, sendo uma mola completa e nenhum feto e a outra com placenta sustentando um feto normal; e terceira, uma gestação gemelar com a placenta exibindo mola parcial e feto e outro saco gestacional contendo um feto normal. A primeira possibilidade implica feto triploide que usualmente morre durante o primeiro trimestre da gravidez. A terceira possibilidade é facilmente eliminada pela presença dos dois fetos.

A incidência de mola hidatiforme completa com coexistência de feto ocorre em taxas de 1:10.000 até 1:100.000 gestações.

Diagnóstico

O diagnóstico é ultrassonográfico. Com eliminação da mola, o material é enviado para estudo histopatológico.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 599

Conduta

A literatura suporta a conduta de manter a gestação quando a gestante deseje, e caso não haja pré-eclâmpsia.

A gestante deve ser informada que somente em 25% dos casos sua gestação terminará com o nascimento de um feto vivo e que poderá haver consequências graves, com parto e criança prematuras.

Em casos excepcionais de ocorrência de metástases com feto vivo é impositivo o tratamento quimioterápico durante a gestação.

Tratamento

No caso de haver aborto, passa-se às condutas e tratamentos das NTG fora do âmbito deste Manual.

No caso de se manter a gestação, o acompanhamento deve ser atento para a percepção de eventuais sintomas e sinais de metástases e de eclâmpsia.

Suporte psicossocial à gestante com neoplasia maligna e aos familiares

O tratamento do câncer restrito à doença em si e ao alívio dos sintomas físicos, atualmente, é considerado uma abordagem inadequada. Os estudos sobre a doença deixam claro que a experiência com o câncer afeta a família como um todo. A ameaça à vida da mulher ou ao seu modo de viver, as necessidades de mudança da rotina e dos relacionamentos, a entrada no sistema familiar dos agentes de saúde, enfim, todas as transformações que ocorrem após o diagnóstico de câncer causam impactos emocionais, cognitivos e comportamentais nos membros da família.

Uma vasta literatura embasa a intervenção psicossocial em gestantes graves, o que melhora não apenas sua qualidade de vida, mas traz benefícios adicionais, aumentando a resposta neuroendócrina e a função imunológica, que afetam diretamente a doença. As pesquisas enfatizam que o câncer é uma doença que mobiliza o sistema familiar da mulher que o apresenta, e que o modo pelos quais os familiares ajustam-se à doença tem efeito sobre o processo de enfrentamento da mulher. Portanto, conhecer a dinâmica familiar e identificar aspectos da interação entre os membros da família que ficam comprometidos com o surgimento da doença e que prejudicam o ajustamento e a qualidade de vida das mulheres, de seus maridos, de seus filhos e demais familiares significativos é uma das etapas iniciais para se desenvolver serviços adequados à população em foco.

Os pesquisadores são unânimes na afirmação de que a comunicação tem uma influência significativa no processo de adaptação da família ao câncer. Os parceiros mais expressivos têm mais facilidade de manter o diálogo fluindo, e isso favorece o crescimento pós-traumático do casal que vivencia o câncer. A comunicação clara é uma estratégia que favorece o alívio da tensão e a interação familiar, porém, às vezes

ela se torna distorcida, o que revela a vulnerabilidade dos membros da família e dificulta a resolução de conflitos. Provavelmente a ferramenta mais importante no cuidado da gestante grave e de seus familiares seja a comunicação eficaz, a transmissão clara do diagnóstico, do prognóstico, dos riscos e benefícios dos tratamentos, além da possível progressão da doença. Isso é uma tarefa hercúlea para a equipe que cuida da gestante, porém isso é parte de sua responsabilidade.

A resposta individual é determinada pelo fato da informação ser dada pela pessoa que cuida da gestante, o que a torna adequada e convincente. Embora a esperança varie de gestante a gestante, 80% delas querem saber seu diagnóstico, sua chance de cura e os efeitos adversos do tratamento.

Quando é inexorável transmitir más notícias, é fundamental também transmitir esperança e garantir a confidencialidade. Às vezes, a verdade deve ser parcialmente omitida à gestante, caso ela não tenha recursos para lidar com a informação, pois ela pode sentir que é desumano apresentar a verdade e colocar que como profissional nada mais há a se fazer. No caso do médico, isso fere o fundamento profissional. Na realidade o compromisso médico não é o da cura, mas o do cuidado, que também deve ser o compromisso de toda equipe envolvida.

A sexualidade da gestante deve ser abordada, pois grande parte das mulheres tem dificuldade, senão medo, de falar sobre o assunto. Em especial, quando há neoplasia ginecológica, é comum a reação de negação da sexualidade, associada ao temor de perda da afeição do companheiro. A equipe deve mostrar que existe porvir sexual e esclarecer adequadamente a gestante e seu companheiro.

As gestantes devem ser estimuladas a desenvolver os seus mecanismos pessoais de enfrentamento da doença, e a equipe que cuida deve orientar para que as expectativas sejam de realizações possíveis e alcançáveis em tempos curtos. Dessa forma, a vida pode se tornar gratificante e bem vivida, apesar de eventuais limitações e sujeições a agressões terapêuticas graves.

Na eventualidade da gestante ter religiosidade, ela deve ser estimulada e também deve ser providenciada assistência religiosa dentro do grupo em que a gestante se insere. A equipe que cuida da gestante deverá evitar fazer diletantismo religioso dentro da sua própria concepção.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 601

A interrupção médica da gestação é o termo aplicado à situação em que é necessário antecipar o fim do ciclo gestacional por indicação materna ou fetal. O termo aborto ou abortamento é utilizado de maneira indiscriminada mas, por possuir forte estigma sociocultural, deve ser utilizado apenas se esse processo ocorrer antes da 22ª semana de gestação ou em fetos com peso menor de 500 gramas. Assim sendo, nas situações discutidas abaixo, o termo interrupção médica da gestação (IMG) será utilizado.

O Código Penal Brasileiro (CPB) prevê no artigo 128 que há excludente de culpabilidade no aborto quando for praticado nos casos em que "não há outro meio de salvar a vida da gestante" – inciso I e nos casos em que "a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal" – inciso II.

O inciso I, na redação contida no CPB, restringe a IMG a 22 semanas, dentro da definição médico-legal de aborto. No entanto, a IMG pode ser realizada em qualquer fase da gestação e não somente antes de 22 semanas, e então o termo aborto passa a ser inadequado do ponto de vista técnico após este período. Há que se levar em consideração a viabilidade fetal. Onde há centros de terapia intensiva neonatal avançada, a viabilidade fetal pode estar próxima de 26 a 28 semanas. Portanto, ao se discutir a IMG por indicação materna, a sobrevida fetal deve ser discutida com os pais, após discussão com equipe interdisciplinar. A obstetrícia moderna, em particular a gestação de alto risco, enfrenta esta situação cotidianamente. Como exemplos temos a pré-eclâmpsia grave, longe do termo com comprometimento materno e a rotura prematura pré-termo de membranas antes de 24 semanas. Em ambas as situações há risco de vida: na primeira situação o risco materno é mais imediato e na segunda situação este risco é potencial, porém real. Esta balança nem sempre precisa entre a segurança materna e a viabilidade fetal depende de uma equipe muito bem preparada e da disponibilidade de recursos materiais adequados. Portanto, situações extremas devem ser atendidas em centros terciários onde há equipe multidisciplinar e recursos.

A evolução das técnicas de diagnóstico por imagem permitiu ao obstetra e à gestante enfrentarem situações nas quais a interrupção da gestação deve ser considerada. A gestação de fetos portadores de anomalias letais pode colocar em risco a segurança materna, risco este potencial e futuro e de magnitude obviamente variável e individual. Não há sentido, e ainda, há dolo potencial em se prolongar a gestação de feto anencéfalo, por exemplo, em uma mulher portadora de cardiopatia grave ou de pré-eclâmpsia grave, ou ainda em se proceder a inibição de trabalho de parto prematuro nesta situação, ou em se permitir a continuidade da gestação em mulher com acretismo placentário. O tratamento oncológico durante a gestação pode ser indicação de IMG. Em que pese o cumprimento da ordem jurídica vigente, a segurança materna deve ser garantida.

Em todas estas situações, a IMG deve seguir os preceitos éticos e jurídicos estabelecidos pelo Código de Ética Médica e pela Constituição Federal. Assim sendo,

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 603

decisões relacionadas à IMG em qualquer situação devem ser discutidas por mais de um médico obstetra assistente, pelo especialista clínico, pelo anestesista, pelo pediatra e pelo diretor clínico da instituição onde a mulher está sendo assistida. Em algumas situações, o próprio procedimento pode acarretar risco. A viabilidade ou inviabilidade fetal deve ser avaliada pelo pediatra ou neonatologista do serviço e este deve fornecer estas informações à mulher. A depender da situação, o cardiologista, o nefrologista, o intensivista, o hematologista, o cirurgião, o oncologista ou quaisquer outros especialistas pertinentes devem ser envolvidos na discussão. A assistência psicológica, se disponível, deve ser oferecida à gestante e seu companheiro, se o tiver, durante todo o processo de aconselhamento e decisão.

Finalmente, é necessária a elaboração de Termo de Consentimento Informado e Esclarecido, peça fundamental para qualquer processo de IMG. Este Termo deve conter em linguagem clara, precisa e informativa a descrição da situação clínica, das inter-relações entre doença materna e gestação, dos efeitos de determinado tratamento e dos riscos e benefícios da IMG. Deve ser sempre assinado por dois ou mais médicos obstetras diretamente envolvidos e pelos especialistas necessários para a elucidação do diagnóstico ou realização do tratamento. A mulher e o marido, ou o responsável legal em casos de incapazes juridicamente (menores de idade, interditos) devem ler e assinar o Termo de Consentimento. Este Termo deve ser arquivado no prontuário hospitalar.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 604

A conduta inicial adequada na assistência à gestante que apresenta algum tipo de problema deve ser a realização de diagnóstico precoce e tratamento do distúrbio identificado com vistas a manter a gestação até o seu término. Na prática clínica, no entanto, apesar das medidas tomadas, permanece uma proporção de casos com algum grau de disfunção que implica risco elevado para a gestante e/ou feto em que não é possível ou não existem tratamentos que possam manter a gravidez. Em certas situações, o risco materno é inaceitável. Em outras, o risco fetal torna-se maior que o risco neonatal. Nesses casos, a antecipação eletiva do parto é medida preventiva conveniente e insubstituível. Porém, o que às vezes representa uma decisão óbvia e simples, constitui-se, outras vezes, numa medida que exige conhecimentos, experiência e equipamentos sofisticados.

O risco materno é avaliado a partir das probabilidades de repercussões irreversíveis que o organismo da mulher possa ter em consequência das condições identificadas. Já o risco fetal é avaliado a partir das condições maternas e da pesquisa de vitalidade e crescimento fetal. O risco neonatal depende do peso e da maturidade no momento do parto, das condições fetais e dos recursos disponíveis para a atenção ao recém-nascido. Esse momento de decisão é, com certeza, o mais difícil vivido pelo obstetra. Manter a gestação pode significar a morte da mãe ou do feto; se antecipar o parto, o óbito pode se dar no período neonatal a despeito dos recursos existentes de assistência. Decidir só pelos conhecimentos técnicos é tornar-se juiz da vida humana, situação de onipotência injustificada. É fundamental ouvir a gestante, seu companheiro e família, e somente a eles cabe a decisão.

Na maioria das situações, o parto pode ser antecipado por meio de técnicas de indução. Em outras situações, quando há contraindicações à indução, a cesariana deve ser o método de escolha. Em que pese o fato de alguns casos necessitarem decisão individualizada, a maioria delas pode ser enquadrada conforme as recomendações apresentadas a seguir, com a utilização de técnicas e equipamentos disponíveis.

Indução do parto

Indução implica na utilização de métodos que desencadeiem contrações uterinas objetivando o início do trabalho de parto para assegurar o nascimento da criança em um tempo apropriado, quando se avalia que a mesma estará mais segura fora do útero que dentro dele ou para melhorar o prognóstico materno.

Recomendações

A mulher, seu acompanhante e familiares devem receber orientações detalhadas sobre o processo de indução, suas indicações e potenciais riscos associados. Tal concordância deve estar documentada no prontuário.

Avaliar e documentar no prontuário antes de iniciar a indução:

- Indicação da indução e ausência de contraindicação;
- Confirmação da idade gestacional;
- Confirmação da apresentação cefálica, se feto vivo;
- Adequação pélvica;
- Condições cervicais pelo escore de **Bishop** (ver quadro);
- Estado das membranas;
- Atividade uterina;
- Batimentos cardiofetais e cardiotocografia basal, onde disponível;
- Potenciais riscos da indução.

– Aumento da incidência de parto vaginal operatório e cesariana;
– Alterações da contratilidade uterina;
– Anormalidades da frequência cardíaca fetal (FCF);
– Síndrome de hiperestimulação;
– Rotura uterina;
– Prematuridade devido à estimativa inadequada da idade gestacional;
– Possível prolapso ou compressão de cordão quando se usa a rotura artificial de membranas.

Quadro 45. Escore cervical pré-indução de Bishop

	Pontos Consignados			
Fator	**0**	**1**	**2**	**3**
Dilatação (cm)	0	1–2	3–4	5–6
Apagamento (%)	0–30	40–50	60–70	80
Altura da apresentação	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2
Consistência	Firme	Médio	Amolecido	
Posição	Posterior	Médio	Anterior	

Condições de assistência

Quando a indução for indicada, assegurar que condições adequadas de assistência estejam presentes:

- Disponibilidade de pessoal médico ou de enfermagem para monitorar a frequência cardíaca fetal e contrações uterinas a cada 15–30 minutos durante todo o processo de indução;
- De preferência, a disponibilidade de bomba de infusão para uso de ocitocina;
- Um agente tocolítico disponível para uso nas alterações de contratilidade uterina.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 606

Indicações para Indução do Parto

A indução é indicada quando a continuação da gravidez não é mais aconselhável nas seguintes circunstâncias clínicas:

- Síndromes hipertensivas da gravidez descompensadas;
- Isoimunização Rh;
- Rotura prematura de membranas a partir de 36 semanas completas;
- Intercorrências clínicas maternas descompensadas (ex.: diabetes insulino-dependente, doença renal etc.);
- Gestação acima de 41 semanas;
- Restrição do crescimento intrauterinol;
- Insuficiência útero-placentária;
- Morte fetal (abordada no capítulo Óbito fetal);
- Corioamnionite;
- Fatores logísticos (ex.: história de parto rápido, distância do hospital, condições psicossociais etc.). Nesses casos, a indução deve ser bem discutida com a mulher e seus acompanhantes, frisando os possíveis riscos, e realizada somente após estimativa acurada da idade gestacional.

Situações em que se deve ter mais cuidados na indução do parto

- Grande multiparidade (maior que quatro);
- Apresentação de vértice não encaixada;
- Polihidrâmnio;
- Gestação múltipla;
- Presença de uma cicatriz uterina segmentar ou transversa;
- Hipertensão arterial grave;
- Indução por conveniência do médico ou da gestante.

Contraindicações para indução do parto

- Sofrimento fetal agudo;
- Cicatriz segmentar de repetição (duas ou mais);
- Situações de urgência;
- Apresentações fetais anômalas;
- Desproporção cefalo-pélvica absoluta;
- Placenta prévia;
- Presença de incisão uterina corporal prévia;
- Carcinoma invasivo do colo;
- Prolapso de cordão;
- Herpes genital ativo;
- Obstrução do canal de parto.

Amadurecimento cervical pré-indução

Se o colo uterino for desfavorável (escore de Bishop <6), o amadurecimento cervical deve ser realizado antes da indução do parto.

Métodos

Misoprostol por via vaginal

- No caso de feto vivo, antes da inserção do misoprostol deve ser realizada avaliação da vitalidade fetal.
- O misoprostol deve ser utilizado na dose de 25µg de 6 em 6 horas até um máximo de 6 doses ou até que o colo apresente escore de Bishop >6 ou fase ativa do trabalho de parto, o que ocorrer primeiro.
- Após cada inserção, realizar monitoramento da atividade uterina e frequência cardíaca fetal (FCF) periodicamente.
- TER CUIDADO para não administrar a dose errada de misoprostol.
- Deve ser realizada avaliação dos sinais vitais maternos (temperatura, pulso, pressão arterial) de acordo com a rotina, ou seja, de 4 em 4 horas.
- Não iniciar ocitocina em menos de 6 horas após a última administração de misoprostol.
- Nas gestantes em uso de misoprostol que atingirem a fase ativa do trabalho de parto, não há necessidade de uso da ocitocina, exceto para outras indicações como necessidade de estimulação na vigência de progresso inadequado.
- Não utilizar misoprostol em gestantes com cesariana prévia devido ao risco aumentado de rotura uterina.
- Durante a indução do trabalho de parto a gestante pode deambular e se alimentar normalmente.

Riscos do Misoprostol

- Atividade uterina excessiva ou taquihiperssistolia: mais de 5 contrações em 10 minutos ou uma contração durando mais de 120 segundos;
- Síndrome de hiperestimulação uterina: alterações da contratilidade uterina com desacelerações e/ ou outras anormalidades da FCF;
- Se houver sinais de comprometimento fetal.

Administre um agente tocolítico (terbutalina 0,25mg subcutâneo)

Contraindicações do misoprostol

- Hepatopatia grave
- Coagulopatias

Cateter de Foley

- Introduzir, sob condições estéreis, um cateter de Foley de nº 16 a 24 no canal cervical, ultrapassando o orifício interno, e encher o balão com 30 a 60cc de água.
- O cateter deve ser deixado no local até se soltar espontaneamente ou no máximo por 24 horas.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 608

- O cateter deve ser mantido sob tração, através da fixação na face interna da coxa com uma fita adesiva ou esparadrapo, e submetido a trações manuais periódicas, com ajuste da fixação, até o mesmo se soltar.
- Quando o cateter se soltar, se não houver atividade uterina suficiente, iniciar ocitocina conforme protocolo adiante.
- **Contraindicações**: placenta baixa, sangramento uterino, rotura de membranas, cervicite.

Indução do parto propriamente dita

Quando o colo uterino estiver favorável para a indução (escore de Bishop $\geq$6), a ocitocina é o método de escolha.

Ocitocina

O objetivo da administração de ocitocina é produzir atividade uterina que seja suficiente para produzir alterações cervicais e ao mesmo tempo evitar hiperestimulação uterina e comprometimento fetal.

- A ocitocina só deve ser utilizada quando o colo apresentar condições favoráveis, ou seja, escore de Bishop $\geq$6.
- A prescrição de ocitocina deve ser realizada e registrada em mU/minuto.
- As doses e o aumento da ocitocina devem ser de acordo com a tabela adiante.
- De preferência, a ocitocina deve ser administrada por meio de bomba de infusão.
- Antes de qualquer aumento na dose, as contrações uterinas devem ser avaliadas por palpação ou monitoração eletrônica externa. A menor dose efetiva possível deve ser usada para prevenir hiperestimulação uterina.
- As contrações uterinas devem ser avaliadas de preferência a cada 30 minutos e a FCF a cada 15-30 minutos.
- Os dados vitais maternos (pulso, temperatura e pressão arterial) devem ser avaliados a cada 4 horas.
- Se ocorrerem alterações da contratilidade uterina, ver quadro abaixo para conduta adequada.
- A ocitocina pode ser utilizada em gestantes com cesariana prévia seguindo os cuidados preconizados neste guia.
- Não iniciar ocitocina em intervalo inferior a 6 horas após a última dose de misoprostol nas gestantes que o estiverem utilizando para maturação cervical.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 609

Riscos da ocitocina

- Alterações da contratilidade uterina: mais de 5 contrações em 10 minutos ou uma contração durando mais de 120 segundos:

– Diminuir a velocidade de infusão e reavaliar a situação. Reiniciar a uma dose e velocidade menores caso as condições melhorem.

- Síndrome de hiperestimulação uterina: alterações da contratilidade uterina com desacelerações e ou anormalidades da FCF:

– SUSPENDER A INFUSÃO DE OCITOCINA;

– Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo;

– Oferecer O_2 por máscara a 10l/min ou cateter 5l/min;

– Avaliar pressão arterial;

– Fazer um toque vaginal e avaliar dilatação cervical e prolapso de cordão;

– Considerar infusão rápida de cristaloides;

– Preparar para uma possível cesariana se as condições fetais não retornam ao normal;

– Administrar um agente tocolítico (terbutalina 0,25mg subcutâneo).

Quadro 46. Orientação para infusão de ocitocina

Tempo após o início (min)	Dose de ocitocina (mU/min)	Volume infundido ml/hora (Diluição 5UI em 500ml)
0	1	6ml/h ou 2gts/min
30	2	12ml/h ou 4gts/min
60	4	24
90	8	48
120	12	72
150	16	96
180	20	120
210	24	144
240	28	168
270	32	192

Falha de indução

Para o misoprostol, considera-se falha de indução após 6 doses sem trabalho de parto ativo.

Para a ocitocina, considera-se como falha do procedimento a ausência de padrão contrátil eficaz, ou seja, que promova dilatação cervical progressiva, após doses máximas de ocitocina.

Deve-se compartilhar com a mulher e seus familiares a decisão sobre a conduta.

Se a indução apropriadamente conduzida falha

Quando a indução apropriadamente conduzida falha, sua indicação deve ser reavaliada. Se for eletiva e não incluiu situações de risco materno e/ou fetal, pode-se

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 610

suspender o procedimento e adiar a decisão por tempo determinado, com a concordância de médico e gestante. Optando-se por repetir a indução, pode-se utilizar amniotomia associada ao uso do misoprostol ou ocitocina.

Se a indicação incluiu risco materno e/ou fetal, é indicada a cesárea.

Cesárea eletiva

Deve ser o método de eleição nas situações de iteratividade (duas ou mais cicatrizes de cesáreas anteriores) e nas situações de contraindicação absoluta ao parto por via vaginal.

Excetuando-se os casos de urgência e de sofrimento fetal, a presença de contrações uterinas são desejáveis, mesmo quando a cesárea é a via de parto mais indicada. As contrações são um importante indicador de época oportuna para o parto, ajudam na formação do segmento inferior do útero, facilitando a cirurgia e diminuindo o sangramento da histerotomia, e auxiliam na maturidade pulmonar fetal. Deve-se considerar, entretanto, a facilidade de acesso da mulher ao hospital onde a cesárea será realizada.

Recomenda-se programar a cesárea eletiva para gestantes com idade gestacional de 39 semanas confirmadas pela DUM ou pela ultrassonografia do primeiro trimestre.

Avaliação do bem-estar fetal

Métodos clínicos

Registro diário da movimentação fetal (RDMF)

A diminuição do movimento fetal é prova indireta de insuficiência placentária e tem como interpretação a adaptação fetal às condições de balanço negativo.

Assim, o registro diário de movimento fetal é o teste clínico mais simples para avaliação das condições de vitalidade fetal.

O RDMF deve ser realizado em todas as gestantes que apresentarem fatores de risco para resultados perinatais adversos e deve começar entre 26 e 32 semanas. As gestantes saudáveis, sem fatores de risco, devem ser orientadas a realizar a contagem dos movimentos fetais se perceberem uma diminuição subjetiva dos mesmos e após 36 semanas de gestação.

Metodologia

Várias maneiras são propostas para a execução do RDMF. Quatro são mais conhecidas:

1) Os registros são tomados em três intervalos de uma hora de duração, distribuídos pelos três períodos do dia (após o café da manhã, o almoço e o jantar), com a mãe repousando em decúbito lateral.

Os valores obtidos em cada um dos três intervalos são somados, e o resultado multiplicado por quatro corresponde à atividade motora fetal em 12 horas. Segundo o protocolo do Programa Mãe Curitibana, 2005, a soma diária da contagem deve ser maior ou igual a 15 movimentos fetais.

Diminuição acentuada (de mais de 50% no número de movimentos fetais) e brusca ou cessação da movimentação fetal, descritas como "sinal de alarme", associam-se com sofrimento fetal e precedem de 12 a 24 horas o óbito fetal. Nestas situações, a gestante deve ser orientada a procurar a unidade de saúde ou o hospital de referência para avaliação da vitalidade fetal mais complexa.

2) Contagem da movimentação fetal até complementarem-se 10 movimentos, valor considerado como limite mínimo diário para fins clínicos.

O registro da movimentação pode ser feito com a gestante em repouso, ou exercendo atividade leve, em qualquer período do dia.

Valores menores que 10 movimentos em 12 horas sugerem a presença de hipóxia fetal. Também neste caso, diminuição abrupta ou cessação da movimentação são tomadas como sinal de alarme para óbito fetal iminente.

3) Registro dos movimentos fetais por período de uma hora em posição sentada.

Valores maiores que seis movimentos/hora correspondem a fetos em boas condições.

4) Contagem de movimentos fetais percebidos pela mãe em 2 horas. O registro dos movimentos devem ser feitos com a mãe em repouso somando 4 períodos de 30 minutos em 24 horas.

Valor mínimo normal entre 30–40 semanas = 10 movimentos em 24 horas.

Recomendações

Alguns elementos devem ser considerados para a adequada execução e interpretação do registro diário da movimentação fetal:

- A mãe deve estar em uma posição reclinada (não supina), concentrando-se na contagem dos movimentos
- A mãe decide por si mesma o que é movimento fetal, tal como ela esteja habituada a sentir
- Excluem-se movimentos tipo "soluço"
- Considerar a variação nictêmera – há maior movimentação fetal nas primeiras horas da noite
- O uso de medicamentos (sedativos, tranquilizantes) e de cigarro podem diminuir a movimentação fetal. Notadamente, os corticosteroides podem produzir o mesmo efeito por dois dias
- O RDMF não pode determinar a conduta. Diante de um resultado anormal, o teste sempre deve ser seguido por outro teste mais específico de avaliação da vitalidade fetal, como os que se seguem. Se o teste for normal, não há necessidade da realização de outros testes

Prova simplificada de aceleração cardíaca fetal

Consiste na verificação de aceleração de batimentos cardíacos fetais com sonar ou estetoscópio de Pinard, frente à movimentação fetal, estímulos mecânicos ou auditivos.

Metodologia

1) Determinar a frequência cardíaca fetal (FCF) basal ou de repouso.

2) Verificar a frequência cardíaca fetal associada à movimentação espontânea fetal. A presença de elevação da FCF é sinal de boa oxigenação fetal.

3) Na ausência de resposta, faz-se a estimulação sonora (buzina de bicicleta).

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 614

Resposta mínima para estímulo sonoro: elevação de 20bpm e intervalo de 3 minutos para retornar à FCF basal (detectada previamente).

A prova de aceleração cardíaca fetal, por ser método de triagem, também não pode determinar a conduta definitiva. Diante de um resultado anormal, o teste sempre deve ser seguido por outro teste mais específico de avaliação da vitalidade fetal.

Métodos biofísicos

Cardiotocografia anteparto de repouso (CTG basal)

A análise cardiotocográfica possibilita a avaliação da integridade dos mecanismos do sistema nervoso central envolvidos no controle da frequência cardíaca e da cinética fetal.

O feto hígido, próximo do termo, apresenta frequência cardíaca estável entre 110 e 160bpm-batimentos por minuto (bradicardia<110 bpm: pós-maturidade, drogas beta-bloqueadoras – propanolol, bloqueio A-V, asfixia fetal grave; taquicardia>160 bpm: hipoxemia crônica – estímulo simpático, corioamnionite, hipertermia materna, aumentando 10bpm/cada grau centígrado, drogas uterolíticas, nicotina, hiperatividade fetal e taquiarritmias) e variabilidade da frequência cardíaca entre 6 e 25bpm. Além dessas características, ocorrendo movimentação, o feto exibe aceleração transitória de amplitude igual ou superior a 15bpm e duração superior a 15 segundos.

Algumas situações como a hipóxia fetal, a prematuridade, o sono fetal e o uso de drogas sedativas, tranquilizantes e antihipertensivas, além de situações como febre, hipoglicemia e tabagismo, modificam o padrão fisiológico acima descrito.

O exame consiste no registro simultâneo da frequência cardíaca e dos movimentos fetais espontâneos, durante pelo menos 20 minutos. Nesse período inicial, se não se constatarem ao menos duas acelerações transitórias, ou variabilidade diminuída, ou ainda desacelerações, o exame deve ser prolongado por mais 20 minutos e, se necessário, deve ser realizada estimulação vibro-acústico, com buzina tipo Kobo sobre o polo cefálico fetal, por 3 a 5 segundos.

Outros elementos a serem considerados são o nível da linha de base (bradicárdico ou taquicárdico), a variabilidade (reduzida, igual ou menor que 5bpm) e a presença de desaceleração tardia. A presença de desacelerações tardias que tem uma decalagem superior a 20 segundos entre o pico da contração uterina e o fundo da desaceleração (valor mínimo dos batimentos cardíacos fetais) indica gravidade, assim como as desacelerações variáveis profundas e prolongadas com retorno abrupto, que são resultantes de compressão do cordão umbilical.

Classificação e conduta frente aos registros

O quadro a seguir traz a classificação e a conduta a ser adotada frente aos resultados de uma cardiotocografia de repouso.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 615

Quadro 47. Interpretação e conduta na cardiotocografia de repouso

Parâmetro	PADRÕES NORMAIS ou tranquilizadores	PADRÕES SUSPEITOS ou não tranquilizadores	PADRÕES PATOLÓGICOS
FCF basal.	110–160bpm.	100–110 pm >160bpm por menos de 30min. Elevação da linha de base.	Bradicardia <100bpm Taquicardia >160bpm por mais de >30min. Linha de base errática.
Variabilidade.	6–25bpm (moderada) ≤ 5bpm (ausente ou mínima) <40min.	≤ 5bpm (ausente ou mínima) por 40–80min.	≤ 5bpm (ausente ou mínima) por >80min ≥ 25bpm por >10min. Padrão sinusoidal.
Desacelerações.	Ausência ou desaceleração variável ocasional <30seg.	Desaceleração variável 30–60seg.	Desacelerações variáveis >60 seg. Desacelerações tardias.
Acelerações – Feto ≥ 32 semanas.	≥ 2 acelerações ≥ 15bpm com duração de 15seg. por <40min. ou, na sua ausência, presença de resposta adequada a estímulo sonoro após 20min.	≤ 2 acelerações ≥ 15bpm com duração de 15seg. por 40–80min.	≤ 2 acelerações ≥ 15bpm com duração de 15seg. por >80min.
Acelerações – Feto <32 semanas.	≥ 2 acelerações ≥ 10bpm com duração de 10seg. por <40min. ou, na sua ausência, presença de resposta adequada a estímulo sonoro após 20min.	≤ 2 acelerações ≥ 10bpm com duração de 10seg. por 40–80min.	≤ 2 acelerações ≥ 10bpm com duração de 10seg. por >80min.
CONDUTA.	Não há necessidade de avaliação adicional, dependendo do quadro clínico.	Avaliação adicional necessária (CTG de estresse, PBF, Doppler) ou repetição do teste em 12 horas.	Avaliação adicional urgente ou parto, dependendo do quadro clínico.

Recomendações

- Orientar a gestante sobre o exame (indicações, técnica, inocuidade, etc.);
- Iniciar somente após a 28ª semana;
- A validade do exame é de 7 dias. Portanto, repetir, no máximo, dentro desse período;
- Realizar o exame com a mulher:
  - Em posição semissentada (semi-Fowler) ou sentada ou decúbito lateral contralateral ao dorso fetal;
  - Após período de repouso;
  - Sem ter fumado ou tomado medicação que possa interferir no comportamento fetal até uma hora antes do exame.

Segundo alguns estudos, o uso da cardiotocografia anteparto: não reduz a

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 616

mortalidade e morbidade fetal devido à complicações por asfixia; não piora o resultado da gestação pela interpretação errônea de sofrimento fetal. Mas a cardiotocografia anteparto pode ser usada para dar segurança para a mãe e para o obstetra que a gravidez pode seguir adiante.

Perfil biofísico fetal (PBF)

É prova de vitalidade fetal que se baseia fundamentalmente em parâmetros ultrassonográficos, associados à cardiotocografia. Consiste na avaliação integrada dos seguintes parâmetros: FCF (pela cardiotocografia), movimentos respiratórios fetais, movimentos corporais fetais, tônus fetal e volume do líquido amniótico (avaliado pela medida do bolsão maior). A cada um desses parâmetros atribui-se a pontuação de 0 (anormal) ou 2 (normal).

Quadro 48. Parâmetros do Perfil Biofísico Fetal

Varíavel biofísica	Nota
Reatividade Cardíaca – Cardiotocografia	2
Movimentos respiratórios	2
Movimentos corporais	2
Tônus	2
Volume de líquido amniótico (bolsão único >2cm)	2

A interpretação e a conduta dependem do escore obtido pela somatória das pontuações (ver quadro adiante).

A prova é realizada utilizando-se monitoramento eletrônico e ultrassonografia de tempo real.

O PBF deve complementar a cardiotocografia, na presença de um padrão suspeito. O exame não é recomendado como teste primário de triagem. Para tanto, quando disponível o aparelho de ultrassonografia, pode ser realizado o PBF simplificado, que consiste na cardiotocografia associada à determinação do índice de líquido amniótico (ILA) pela ultrassonografia, especialmente em casos de suspeita de crescimento fetal restrito.

O PBF não deve substituir, contudo, as provas de vitalidade fetal mais simples, nem ser aplicado à população de gestantes sem triagem prévia.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 617

Quadro 49. Interpretação e conduta obstétrica da pontuação do Perfil Biofísico Fetal		
Pontuação	**Interpretação**	**Conduta obstétrica**
8 – 10	Feto normal. Baixo risco de asfixia crônica.	Repetir semanalmente e duas vezes por semana em gestantes portadoras de diabetes e com IG >42 semanas. Se oligohidrâmnio, induzir o parto.
6	Suspeita de asfixia crônica	Se IG >36 semanas, induzir o parto. Se <36 semanas e relação L/E <2, repetir a prova em 4–6 horas. Se oligohidrâmnio, induzir o parto.
4	Suspeita de asfixia crônica.	Se IG >32 semanas, induzir o parto.
0 – 2	Forte suspeita de asfixia	Estender o tempo da prova. Se <32 semanas, repetir a prova. Se persistir <4, realizar o parto .

Dopplervelocimetria

Consiste na medida da velocidade do fluxo sanguíneo nos territórios vasculares estudados.

Durante a gravidez, essa medida pode ser realizada em três leitos vasculares principais: materno (vasos uterinos), placentário-umbilical (vasos umbilicais) e fetal (aorta, cerebral média e ducto venoso).

Por meio da Dopplervelocimetria, pode-se determinar a qualidade do fluxo sanguíneo fetal, placentário e materno, possibilitando, assim, melhor entendimento da influência de patologias extrínsecas (maternas) e gestacionais ou fetais (intrínsecas) sobre a unidade feto-placentária.

Alguns índices são utilizados para mensurar a qualidade do fluxo sanguíneo, na relação dos eventos do ciclo cardíaco – análise da relação entre sístole – diástole, permitindo avaliar os três compartimentos e a impedância do Leito Vascular à ser irrigado.

1. Índice de pulsatilidade = Sístole (S) menos Diástole (D)/ Velocidade média (VM)

2. Índice de Resistência = (S-D/S)

3. Relação Sístole/Diástole (S/D)

Acredita-se que a grande vantagem da dopplervelocimetria seja sua capacidade de informar não só o estado atual do concepto e seu respectivo bem-estar pela análise da resposta hemodinâmica fetal diante da hipóxia, mas também como se apresenta o ambiente materno e placentário.

Recomendações

A principal indicação para a utilização da Dopplervelocimetria é na avaliação da gestação de alto risco. Contudo, o exame é ferramenta importante no rastreamento do risco para desenvolvimento de pré-eclâmpsia e de crescimento intrauterino retardado (CIUR). Ele tem particular valor nas gestações onde se suspeita de uma insuficiência placentária, como nos casos de CIUR e na presença de vasculopatias. Deve ser reali-

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 618

zado por profissional treinado e em associação com outros métodos de avaliação fetal, tendo sua indicação formal a partir do início do terceiro trimestre.

Interpretação

Os parâmetros de avaliação do bem-estar fetal representam-se por uma boa relação entre os fluxos da artéria cerebral média e das artérias umbilicais.

Relação Art.Cerebral/Art.Umbilical – *Índice de Wladimiroff*, sendo valores considerados normais >1. Esta relação permite a caracterização do quadro de Centralização Hemodinâmica Fetal (valores <1).

Os sinais iniciais do comprometimento fetal na dopplervelocimetria são as alterações nas artérias umbilicais com aumento na resistência de fluxo, seguidos de um efeito de redistribuição dos fluxos com vasodilatação da artéria cerebral média e, por fim, nos quadros mais graves, evoluindo com alteração do Doppler venoso fetal – ducto venoso.

A redução, a ausência (diástole zero) ou a reversão (diástole reversa) do fluxo diastólico na artéria umbilical é indicação para intensificação da vigilância do bem-estar fetal ou da programação do parto, dependendo da condição clínica.

Nas situações em que há necessidade de melhorar a especificidade do método, principalmente diante de fetos muito prematuros (<32 semanas), onde a prematuridade pode ser um fator mais preocupante do que a patologia, a avaliação da circulação venosa fetal através do *ducto venoso* oferece um recurso mais específico de comprometimento fetal como elemento de decisão sobre a programação do parto. A redução e a ausência da Onda A (contração atrial) no fluxo do ducto venoso é um achado altamente correlacionado com asfixia, acidose fetal e falência da bomba cardíaca.

As alterações do fluxo na artéria cerebral média, *isoladamente*, não se correlacionam bem com os estágios finais de comprometimento de oxigenação fetal e não são úteis para determinar o momento do parto.

Avaliação da maturidade fetal

Métodos clínicos

Estabelecimento da idade gestacional

Baseia-se na data da última menstruação (DUM), na altura do útero (AU), no início dos movimentos ativos do feto, na insinuação e na biometria fetal pela ultrassonografia.

É importante ter em mente que a duração da gestação é de 280 dias em média, isto é, 40 semanas contadas a partir do 1º dia da última menstruação. Assim, calcula-se, pela regra de Naegele, a data provável do parto, somando-se à DUM 7 dias e diminuindo-se três meses. A seguir, calcula-se quantos dias faltam para a data do parto. Esse número de dias, dividido por 7, dá o número de semanas que faltam para o parto. O

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 619

número de semanas que faltam deve ser subtraído de 40 semanas, total da gestação, obtendo-se assim a idade da gestação em semanas.

Quando houver dúvidas em relação à idade gestacional pela DUM, os seguintes procedimentos podem ser utilizados para ajudar a definir a idade gestacional:

- relacionar a data da última menstruação ao aparecimento dos primeiros sintomas de gestação e datas marcantes (Natal, carnaval, aniversários, entre outras);
- pesquisar batimentos cardiofetais pelo sonar Doppler, durante o terceiro mês, anotando as datas e resultados.

Seja por ausência de informação, incerteza quanto à data da última menstruação ou ainda incoerência entre os achados clínicos e a informação obtida, a gestante deverá ser submetida a uma ultrassonografia para determinação da idade gestacional.

Quanto aos movimentos fetais, se bem que existam precocemente, só são percebidos pela grávida do 4º mês em diante. Nas duas últimas semanas de gestação, pode ocorrer, nas primíparas, a queda do ventre, pela insinuação do pólo cefálico (com o alívio respiratório para a gestante).

A ultrassonografia oferece a oportunidade de calcular a idade da gestação pela biometria fetal. No início da gestação, o cálculo é feito pelo tamanho do saco gestacional sendo, entretanto, pouco preciso. Da 8ª a 14ª semana, mede-se a distância cabeça-nádegas do feto, que é o parâmetro mais preciso. Quando houver uma diferença de 5 dias ou mais entre a data da última menstruação e a USG realizada nesta época, deve-se corrigir a idade gestacional pela ultrassonografia. Na 2ª metade da gestação, o cálculo da idade gestacional é feito pela medida do diâmetro biparietal, da circunferência abdominal, e do comprimento do fêmur, bem como da presença e do tamanho dos pontos de ossificação secundária do fêmur. Devido à maior margem de erro do USG realizado nessa época (mais ou menos duas semanas), o mesmo deve servir de parâmetro apenas se houver uma diferença maior que 10 dias em relação à data da última menstruação.

Exame do líquido amniótico

Amnioscopia

É uma endoscopia cervical, com o objetivo de visualizar o pólo inferior do ovo, isto é, as membranas, o líquido âmniótico e a apresentação. O amnioscópio é constituído por um tubo oco metálico ou mesmo compacto de acrílico que é introduzido através do orifício cervical. Além do tubo, deve haver uma fonte luminosa. É necessária uma cervicodilatação de 1,5cm ou mais.

A amnioscopia tem como desvantagem a necessidade de colo permeável. Apresenta riscos, apesar de pouco frequentes, como ruptura das membranas ovulares, pequenas hemorragias, traumas e infecção.

Avaliam-se a cor e a transparência do líquido amniótico e a eventual presença de grumos. Assim, o líquido pode ser:

- Claro: boa vitalidade;

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 620

- Claro com grumos: boa vitalidade e boa maturidade;
- Meconial: possível hipoxemia fetal. A presença de mecônio também pode ser indicativo de eliminação fisiológica do mesmo por contrações intestinais em fetos maduros;
- Vermelho: hemoâmnio (possível descolamento prematuro de placenta e/ou óbito fetal);
- Amarelo: presença de bilirrubina (isoimunização Rh ou prematuridade extrema);
- Achocolatado: óbito fetal.

O resultado é confiável em 90% dos casos, havendo falso-positivos e falso-negativos em 10%.

São contraindicados para mulheres com placenta prévia (diagnosticada ou suspeita) e processos infecciosos cérvico-vaginais.

Amniocentese

É a coleta do líquido amniótico por via abdominal, hoje orientada pela ultrassonografia. Há dois tipos fundamentais de amniocentese: precoce, realizada na 1ª metade da gravidez (a partir da 15ª semana), e tardia, realizada na 2ª metade da gravidez (de preferência após a 28ª semana).

Pode ser feita em ambulatório, com orientação ultrassonográfica. A agulha usada é, preferencialmente, a de número 12 por 20 ou 22 gauge. Retirar 10 a 20ml de líquido.

Indicações da Amniocentese Precoce:

- Cariótipo fetal, principalmente para afastar a trissomia 21 (Síndrome de Down);
- Erros inatos de metabolismo;
- Dosagem de alfa feto proteína (AFP);
- Determinação do sexo fetal;
- Pesquisa de infecções congênitas.

Indicações da Amniocentese Tardia:

- Estudo da maturidade fetal;
- Esvaziamento, nos casos de polihidrâmnio agudo;
- Introdução de medicamentos.

Espectrofotometria no líquido amniótico em casos de doença hemolítica perinatal: além da dificuldade em se conseguir um espectrofotômetro que faça a leitura na faixa de 450mμ, este exame vem sendo superado pela dopplervelocimetria da artéria cerebral média.

Riscos da amniocentese: infecção, abortamento, lesão fetal anexial, trabalho de parto prematuro e amniorrexe.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 621

Métodos laboratoriais

Exame do líquido amniótico

O exame do líquido obtido por amniocentese ou colhido após a rotura da bolsa pode ser macroscópico e microscópico.

Macroscopia: Deve-se fazer uma descrição do líquido, que é colocado em tubo de ensaio e examinado contra um fundo branco, atendendo às seguintes características:

Cor e transparência: O líquido normalmente é claro e transparente (água de rocha) e, após 36 semanas, pode se ver a presença de grumos (vérnix caseoso) que, em grande quantidade, tornam o líquido opalescente. Entende-se que se o líquido apresentar outros aspectos, é patológico: verde (mecônio), amarelo (presença de bilirrubina), vermelho (hemoâmnio) e achocolatado (óbito fetal). Esses dados avaliam, a grosso modo, a vitalidade e a maturidade fetal.

Microscopia: Há provas que são realizadas para verificar a maturidade fetal por meio de:

Surfactantes: Nos pulmões existem substâncias surfactantes destinadas a proporcionar estabilidade ao alvéolo, evitando atelectasia. Produzidas no pneumócito tipo II, são lipoproteínas complexas com estrutura do glicerol. Entre os surfactantes, destacam-se: fosfatidilcolina (lecitina), fosfatidilglicerol, inositol, serina, etanolamina e esfingomielina. A lecitina é o mais importante dos surfactantes e aumenta com o evoluir da gravidez (agente tensoativo). A esfingomielina, de menor importância, decresce no final da gravidez.

Relação lecitina/esfingomielina (L/E):

- relação L/E inferior a 1,5 significa imaturidade fetal;
- relação L/E entre 1,5 e 1,9 significa imaturidade duvidosa;
- relação L/E superior a 2,0 significa maturidade fetal.

OBSERVAÇÃO: Os recém-nascidos de mães diabéticas podem apresentar síndrome da angústia respiratória mesmo tendo relação L/E superior a 2,0. Nesses casos, a pesquisa de fosfatidilglicerol confirma a maturidade fetal. A determinação da relação L/E e a pesquisa de fosfatidilglicerol são exames laboratoriais disponíveis em poucos locais.

Teste de Clements (modificado): pesquisa a maturidade através da tensão superficial do líquido amniótico, avaliada pela estabilidade das bolhas (espuma), após agitação vigorosa do mesmo em diluição a 1/2. A maturidade está sempre presente nos resultados positivos (halo completo de bolhas), porém o teste apresenta significativa proporção de resultados falso-negativos (geralmente devido à realização do exame com técnica inadequada).

Técnica:

0,5ml de líquido amniótico + 0,5ml de soro fisiológico + 1ml de etanol a 95% / tampar o tubo de ensaio com rolha de borracha / agitar vigorosamente por 15 segundos /fazer a leitura após 15 minutos.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 622

A maioria das indicações de cesariana visa preservar a saúde e a vida do feto. Historicamente, a primeira indicação formal de cesariana que se tem notícia é a cesariana *post-mortem*, realizada imediatamente após a morte da gestante com o intuito de salvar a vida do nascituro. Desde meados do século XIX, quando William Little, um ortopedista inglês, sugeriu que a asfixia perinatal era uma causa frequente de paralisia cerebral em crianças, tanto médicos como leigos têm acreditado que a maioria das crianças com danos neurológicos têm, no trabalho de parto e no parto distócicos, a gênese de sua enfermidade. Entretanto, desde aquela época até os dias de hoje, não se encontrou nenhuma evidência consistente que sustentasse a hipótese de Little. Apesar disso, são frequentes as acusações de má-prática médica responsabilizando obstetras por sequelas neurológicas em recém-nascidos, fato este que se soma a outros para contribuir com a escalada das indicações de cesariana.

A partir dos anos 70, as taxas de cesariana passaram de menos de 5% para mais de 30% em muitos locais, sendo que no Brasil, na rede privada de hospitais, com frequência são registrados índices superiores a 70%. Além disto, quando William Little publicou suas observações, a ocorrência de partos difíceis e, nesses casos, as extrações fetais cruentas eram a regra, as gestantes não recebiam assistência pré-natal sistematicamente, não havia nenhum método de avaliação da saúde fetal e a neonatologia não era uma especialidade desenvolvida em bases científicas. Portanto, seria de se esperar que o incremento das operações cesarianas, aliado à assistência pré-natal com métodos sofisticados de avaliação fetal e o desenvolvimento de UTIs neonatais, tivessem um impacto significativo na diminuição das taxas de paralisia cerebral em crianças.

Em 1986, em análise multivariada de riscos, Nelson e Ellemberg relataram que: "apesar do otimismo inicial de que a paralisia cerebral iria provavelmente desaparecer com o advento das melhorias obstétricas e dos cuidados neonatais, aparentemente não tem havido uma redução consistente na sua frequência nas últimas duas décadas". De lá para cá, vários estudos têm atestado que os eventos periparto têm muito menos importância na gênese das paralisias cerebrais dos recém-nascidos do que se pensava.

Causas de paralisia cerebral na infância

Muitos tipos diferentes de lesões podem causar paralisia cerebral, sendo que na maioria dos casos a gênese da lesão neurológica permanece indeterminada. As causas podem ser pré-concepcionais, antenatais, intraparto ou pós-nascimento. O fato de mulheres que se submetem a tratamento para infertilidade e casais com história familiar de doença neurológica ou convulsões terem maior probabilidade de terem filhos com paralisia cerebral aponta para possíveis causas pré-concepcionais (veja tabela). Similarmente, a ocorrência de paralisia cerebral mais amiúde em fetos com crescimento intrauterino restrito, em fetos cujas mães têm doença tireoideana ou tiveram infecções virais agudas durante a gestação revela possíveis causas anteparto para o dano neurológico (tabela 1). Durante o parto e o período neonatal, os recém-nascidos prematuros são particularmente vulneráveis e isto possivelmente se deve ao fato dos seus vasos sanguíneos cerebrais serem pouco desenvolvidos e frágeis e não

conseguirem prover quantidade suficiente de oxigênio ao cérebro quando submetidos a situações adversas. A ocorrência de eventos agudos intraparto, como descolamento prematuro da placenta, prolapso de cordão umbilical e choque hipovolêmico materno podem dar origem a dano neurológico em fetos previamente hígidos. A concentração sérica elevada de bilirrubina, comum nos recém-nascidos, pode produzir *kernicterus* e lesão cerebral. Durante os primeiros anos de vida, enfermidades graves como, meningite, sepse, traumatismo ou desidratação intensa também podem causar lesão cerebral e acarretar paralisia cerebral.

Encefalopatia neonatal e paralisia cerebral

Em 1998, o *Western Australia case-control study* demonstrou que muitos casos de encefalopatia neonatal não resultam em paralisia cerebral e que a incidência de encefalopatia neonatal atribuível a eventos intraparto, na ausência de qualquer outra anormalidade pré-concepcional ou anteparto, é estimada como sendo de aproximadamente 1,5 por 10.000 crianças. Do mesmo modo, tem sido demonstrado que as causas de encefalopatia neonatal são heterogêneas, com diversos fatores desencadeantes tanto pré-concepcionais como antenatais. Já foi demonstrado que há uma correlação inversa e exponencial entre o último teste de Perfil Biofísico Fetal e a ocorrência de paralisia cerebral em recém-nascidos, identificando causas antenatais para o dano neurológico. Particularmente em relação ao período intraparto, já foi observado que não há evidência de hipóxia intraparto em mais de 70% dos casos de encefalopatia neonatal e que a hipóxia intraparto isolada é responsável por somente 4% dos casos de encefalopatia grave dos recém-nascidos. Além disso, a hipóxia intraparto pode estar sobreposta a fatores de risco pré-concepcionais ou anteparto com dano preexistente em 25% dos casos. Também há estudos que demonstram que a cardiotocografia tem uma **taxa de falsos positivos de 99%** e um valor preditivo positivo de somente 14% para prever o nascimento de crianças com paralisia cerebral. Em outro estudo, demonstrou-se que a asfixia intraparto foi a causa possível de dano cerebral em somente 8% dos casos de crianças com paralisia cerebral espástica. Um estudo de metanálise de 2005 (GIBSON ET AL) que avaliou o uso da cardiotocografia intraparto refere que a herança da mutação no gene MTHFR C677T aproximadamente dobra o risco de paralisia cerebral em recém-nascidos pré-termo e que uma combinação da homozigose para MTHFR C677T e heterozigose para a mutação do gene da protrombina aumenta o risco de quadriplegia em cinco vezes. Os mesmos autores demonstraram também que a exposição perinatal ao vírus herpes quase dobra o risco de paralisia cerebral nos recém-nascidos.

Portanto, as evidências mais atuais dão embasamento para o conceito de que a paralisia cerebral deve ser o resultado de uma combinação de fatores que incluem a predisposição genética e perpassam por fatores desencadeadores que podem atuar tanto no ambiente intra como extrauterino. A lista de fatores de risco para encefalopatia do recém-nascido vem aumentando à medida que o conhecimento médico se desenvolve e é hoje mais extensa e precisa do que os fatores elencados por William J. Little em meados do século XIX. A tabela abaixo dispõe alguns dos fatores de risco conhecidos segundo a razão de chance para encefalopatia do RN.

Tabela 1. Fatores de risco para encefalopatia do recém-nascido

Fatores de Risco	OR ajustada (IC 95%)
1. Preconcepcionais	
Tratamento para infertilidade	4,43 (1,12 –17,60)
História familiar de doença neurológica	2,73 (1,16 – 6,41)
História familiar de convulsões	2,55 (1,31 – 4,04)
2. Anteparto	
CIUR* <percentil 3	38,23 (9,44 - 154,79)
CIUR* percentil 3-9	4,37 (1,43 – 13,38)
Doença tireoidiana materna	9,7 (1,97 – 47,91)
Pré-eclâmpsia grave	6,3 (2,25 – 17,62)
Hemorragia anteparto moderada a grave	3,57 (1,30 – 13,38)
Doença viral	2,97 (1,52 – 5,80)
Anormalidades morfológicas da placenta	2,07 (1,15 – 3,73)
3. Intraparto	
Evento intraparto agudo	4,44 (1,30 – 15,22)
Apresentação occipito-posterior	4,29 (1,79 – 10,54)
Hipertermia intraparto	3,86 (1,44 – 10,12)
Parto instrumentado	2,34 (1,16 – 4,70)
Cesariana de emergência	2,17 (1,01 – 4,64)

*CIUR = Crescimento intrauterino restrito

Fonte: Adaptado de Badawi N et al. Intrapartum risk factors for newborn encephalopathy: the Western Australian case-control study. BMJ. 1998 317:1549-58 e Badawi N et al. *Antepartum risk factors for newborn encephalopathy: the western Australian case-control study.* BMJ 1998;317;1554-1558.

Critérios para definir um evento intraparto como causa de paralisia cerebral no recém-nascido

Os critérios baseados em evidências científicas para definir um evento hipóxico agudo como suficiente para causar paralisia cerebral no recém-nascido baseiam-se em revisões sobre o tema, consulta e consenso entre especialistas e foram propostos pela primeira vez em 1992 pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG, 1992). Subsequentemente, à medida que o conhecimento sobre o tema ganhou mais consistência científica, os critérios foram e estão sendo refinados e redefinidos por um extenso grupo de especialistas que incluem várias entidades internacionais, entre elas: *American Academy of Pediatrics; Center for Disease Control and Prevention (EUA); Department of Health and Human Service (EUA); Child Neurology Society (EUA); March of Dimes Birth Defects Foundation (EUA); National Institute of Child Health and Human Development (EUA); National Institute of Health (EUA); Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine, Society of*

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 625

Obstetricians and Gynaecologists of Canada; Australian College of Midwives; Hong Kong Society of Neonatal Medicine; Institute of Obstetrics and Gynaecology of the Royal College of Physicians of Ireland; International Society of Perinatal Obstetricians; New Zealand College of Midwives; Paediatric Society of New Zealand.

Os critérios definidos abaixo são uma modificação e atualização da *Cerebral Task Force Consensus Statment* , revisada por Hankins & Speer (2007).

Critérios essenciais (casos devem contemplar todos os quatro critérios)

I. Evidência de acidose fetal intraparto em amostras do sangue arterial do cordão (pH <7,00 e déficit de base ≥12mmol/l). O componente metabólico (déficit de base e bicarbonato) é a variável mais importante.

II. Início precoce (dentro das primeiras 24 horas) de encefalopatia neonatal moderada ou grave em recém-nascidos com idade gestacional ≥34 semanas.

III. Paralisia cerebral do tipo espástica quadriplégica ou tipo discinésica. Quadriplegia espástica e, menos comumente, paralisia cerebral discinésica são os únicos tipos de paralisia cerebral associadas com eventos hipóxicos agudos intraparto.

IV. Exclusão de outras etiologias identificáveis como trauma, distúrbios da coagulação, infecção intrauterina, distúrbios genéticos, nascimento pré-termo, CIUR, coagulopatias maternas, gestações múltiplas, hemorragia anteparto, apresentação pélvica e anormalidades cromossômicas ou congênitas.

Critérios não essenciais

São os que, em conjunto, sugerem o momento intraparto como causa da paralisia cerebral, mas não são específicos para um dano asfixiante.

I. Evento hipóxico "sentinela" ocorrendo imediatamente antes ou durante o trabalho de parto. O feto saudável tem muitos mecanismos fisiológicos para proteger-se de episódios hipóxicos leves, transitórios e recorrentes, que ocorrem durante o trabalho de parto. Para que os fetos neurologicamente intactos (não comprometidos por hipóxia crônica) tenham uma hipóxia aguda neurologicamente danificadora, tem que ocorrer um grave evento patológico sentinela. Exemplos desses eventos são: rotura uterina, descolamento prematuro da placenta, prolapso do cordão umbilical, embolia amniótica, parada cardiorrespiratória da gestante, rotura de vasa prévia ou outras hemorragias feto/maternas com exanguinação do feto.
II. Bradicardia fetal de início súbito e sustentada ou ausência de variabilidade na frequência cardíaca fetal (FCF) na presença de desacelerações tardias ou variáveis, que ocorrem geralmente após um evento "sentinela" quando previamente o padrão da FCF era normal. Embora os padrões de FCF mais frequentemente associados com paralisia cerebral sejam os de desacelerações tardias múltiplas com diminuição da variabilidade, estes padrões não podem ser usados para predizer dano neurológico por apresentarem taxa de falsos positivos de 99%.
III. Escores de Apgar de 0–3 além do 5º minuto do nascimento. Existe boa correlação entre escores extremamente baixos no 15º e 20º minutos e subsequente

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 626

disfunção neurológica. Estas crianças, em geral, nascem muito deprimidas e são resistentes aos esforços de reanimação. Além disso, nesses casos, nos quais são necessárias compressões torácicas, ventilação mecânica ou ressuscitação química, a asfixia pode se sobrepor ao dano preexistente. Por outro lado, está bem estabelecido que os escores de Apgar no 1º e 5º minutos são preditores pobres de desfecho neurológico em longo prazo. Além disso, 75% das crianças com paralisia cerebral têm escores normais de Apgar ao nascimento.

IV. Início de envolvimento multissistêmico no RN dentro de 72 horas do nascimento. Hipóxia aguda suficiente para resultar em encefalopatia neonatal quase sempre envolve múltiplos órgãos e não somente o cérebro. Este envolvimento pode incluir dano intestinal agudo, insuficiência renal, lesão hepática, lesão cardíaca, complicações respiratórias e anormalidades hematológicas.

V. Exames de imagens precoces mostrando anormalidade cerebral aguda não focal. O exame de imagem de Ressonância Magnética (IRM) é a melhor técnica de avaliação. Edema cerebral precoce sugere insulto recente.

Critérios sugestivos de outra causa para paralisia cerebral

I. Déficit de base de sangue da artéria umbilical menor do que 12mmol/l ou pH maior do que 7,00.
II. Recém-nascidos com anormalidades congênitas ou metabólicas maiores ou múltiplas.
III. Infecções sistêmicas ou do sistema nervoso central.
IV. Exame de imagem com evidência de anormalidade neurológica de longa data (P. ex.: ventriculomegalia, porencefalia, encefalomalácia).
V. Recém-nascido com sinais de crescimento intrauterino restrito.
VI. Frequência cardíaca fetal com variabilidade reduzida desde o início do trabalho de parto.
VII. Microcefalia no nascimento (circunferência da cabeça fetal abaixo do percentil 3).
VIII. Descolamento da placenta antenatal.
IX. Corioamnionite extensa.
X. Coagulopatia congênita na criança.
XI. Presença de fatores de risco antenatal maiores para paralisia cerebral. Por exemplo, parto pré-termo, gestação múltipla ou doença autoimune.
XII. Presença de fatores de risco pós-natal para paralisia cerebral. Por exemplo, encefalite pós-natal, hipotensão prolongada, hipóxia devido à doença pulmonar grave.
XIII. Paralisia cerebral hereditária.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 627

Previsibilidade da hipóxia intraparto

Retrospectivamente, não é possível afirmar inequivocamente se uma intervenção obstétrica poderia ter prevenido dano cerebral em qualquer caso individual onde um evento hipóxico sentinela não tenha ocorrido. Após a detecção do evento sentinela, é necessário considerar as condições locais e as facilidades médicas e hospitalares disponíveis no momento do nascimento em questão, comparados aos cuidados aceitáveis como padrão. Não se sabe qual o período de tempo e o grau de hipóxia requeridos para causar dano cerebral no feto humano. Muitos mecanismos fisiológicos protegem o feto da hipóxia aguda, permitindo que ele sobreviva intacto por período maior – minutos e talvez horas – do que o adulto com concentração sanguínea gasosa similar.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 628

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Premature rupture of membranes*. Washington, 1998. 10 p. Revisado em 2004.

_____. Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. *Committee Opinion*, Washington, n. 210, october 1998.

_____. Preterm labor. *Educational Bulletin*, Washington, n. 206, 1995.

_____. Tocolysis in preterm labor. *ACOG Criteria*, Washington, n. 311, Sept. 998.

_____. Hemoglobinopathies in pregnancy. *ACOG practice bulletin*: Clinical management Guidelines for Obstetricians and Gynecologists, Washington, n. 78, Jan. 2007. 9 p.

_____. Vaginal Birth after Previous Cesarean Birth. *ACOG practice bulletin*: Clinical management Guidelines for Obstetricians and Gynecologists, Washington, n. 54, 2004.

_____. Management Postterm Pregnancy. *ACOG Practice Bulletin*: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Washington, n. 55, Sept. 2004.

_____. Fetal and Neonatal Neurologic Injury. Washington, 1992.

_____. Thromboembolism in pregnancy. *ACOG Practice Bulletin*: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, n. 19, 2000.

ADAIR, C. D. Nonpharmacologic Approaches to Cervical Priming and Labor Induction. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 43, n. 3, p. 447-454, 2000.

AL-OMARI, W. et al. Atosiban and nifedipine in acute tocolysis: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, [Shannon], v. 128, n. 1, p. 129-134, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV). 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. *Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

AMSEL, R. et al. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *The American Journal of Medicine*, [Virginia], v. 74, p. 14-22, 1983.

ANANTH, C. V. et al. Chronic hypertension and risk of placental abruption: is the association modified by ischemic placental disease?. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, [New Brunswick], v. 197, n. 3, p. 273.e1-7, 2007.

_____. Evidence of placental abruption as a chronic process: associations with vaginal bleeding early in pregnancy and placental lesions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, [Shannon], v. 128, n. 1/2, p. 15-21, Mar. 2006.

_____. Influence of hypertensive disorders and cigarette smoking on placental abruption and uterine bleeding during pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, Oxford, v. 104, n. 5, p. 572-578, 1997.

_____. Placental abruption in the United States, 1979 through 2001: temporal trends and potential determinants. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 192, n. 1, p. 191-198, 2005.

ANANTH, C. V.; GUISE, J. M.; THORP JUNIOR, J. M. Utility of antibiotic therapy in preterm premature rupture of membranes: a meta-analysis. *Obstetrical Gynecology Survey*, Philadelphia, v. 51, n.5, p. 324-328, 1996.

ANDERSEN, B. S. et al. The cumulative incidence of venous thromboembolism during pregnancy and puerperium: an 11 year Danish population: based study of 63,300 pregnancies. *Acta Obstricia et Gynecologica Scandinavica*, [S.l.], v. 77, p. 170-173, 1998.

ANSELL, J. et al. The pharmacology and management of the vitamin K antagonists: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest,* [Chest], v. 126, p. 204S-233S, 2004.

APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, p. 28-31, 2000. Suplemento 3.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 629

ARNAOUT, M. S. et al. Is there a safe anticoagulation protocol for pregnant women with prosthetic *valves*?. *Clinical Experimental Obstetrics & Gynecology*, Montréal, p. 25101-25104, 1998.

ASKIE, L. M. Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet*, London, v. 369, p. 1791-1798, 2007.

ASTRACHAN-FLETCHER, E. et al. The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. *Journal of Woman's Health*, New York, 17: 227-239, 2008.

ATASH, H. K. et al. Maternal morbidity in the United States 1979-1986. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 76, p. 1055-1060, 1990.

AUDRA, P.; PASQUIER, J. C. Rupture prématurée des membranes à terme. In: ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE: obstétrique. Paris: Editions et Médicales Elsevier SAS, 2002.

AVILA, W. S. et al. Embolia coronária em gestante portadora de prótese de disco em posição aórtica. Relato de caso. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 45, p. 267-269, 1985.

_____. Pregnancy in patients with heart disease: experience with 1.000 cases. *Clinical Cardiology*, Hoboken, v. 26, p. 135-142, 2003.

AYACH, W. et al. Associação glicemia de jejum e fatores de risco como teste para rastreamento do diabetes gestacional. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, n. 3, p. 329-335, 2005.

BADAWI, N. et al. Antepartum risk factors for newborn encephalopathy: the Western Australian case-control study. *British Medical Journal*, London, v. 317, p. 1549-1553, 1998.

_____. Intrapartum risk factors for newborn encephalopathy: the Western Australian case-control study. *British Medical Journal*, London, v. 317, p. 1554-1558, 1998.

BARBOUR, L. A. Current concepts of anticoagulant therapy in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, [S.l.], v. 24, p. 499-521, 1997.

BARRILEUX, P. S.; MARTIN, J. N. Hypertension therapy during pregnancy. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 45, n. 1, p. 22-34, 2002.

BARTON, J. R.; WITLIN, A. G.; SIBAI, B. M. Management of mild preeclâmpsia. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 42, n. 3, p. 455-469, 1999.

BATES, S. et al. Use of antithrombotic agents during pregnancy: the seventh ACCP conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. *Chest*, [Chest], v. 126, p. 627S-644S, 2004.

BAUGHMAN, K. L. The heart and pregnancy. In: TOPOL, E. J. (Ed.). *Textbook of Cardiovascular Medicine*. 2nd ed. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins, 2002. p. 733-751.

BEHNKE, M. et al. The search for congenital malformations in newborns with fetal cocaine exposure. *Pediatrics*, [S.l.], v. 107, p. 74-80, 2001.

BELL, R. et al. Trends in the cause of late fetal death, 1982-2000. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, Oxford, v. 111, n. 12, p. 1400-1407, 2004.

BERKMAN, N. D. et al. *Management of preterm labor*: evidence report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2000. (Technology Assessment, n. 18).

BHIDE, A.; THILAGANATHAN, B. Recent advances in the management of placenta previa. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, London, v. 16, n. 6, p. 447-451, 2004.

BICK, R. L. Antiphospholipid syndrome in pregnancy. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 107-120, 2008.

BIFFI, R. G. *A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama*. 2003. 179f. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BILLHULT, A.; SEGESTEN, K. Strength of motherhood: nonrecurrent breast cancer as experienced by mothers with dependent children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Oxford, v. 17, p. 122-128, 2003.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 630

BONOW, R. O. et al. Guidelines for the management of patients with valvular Heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Taske Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients with Valvular Heart Disease). *Circulation*, [S.l.], v. 98, p. 1949-1984, 1998.

BOTTOMS, S. F. et al. Obstetric determinants of neonatal survival: Influence of willingness to perform cesarean delivery on survival of extremely low-birth-weight infants. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 176, p. 960-966, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000. Institui o componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – incentivo a assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 571, de 1º de junho de 2000. Viabiliza a estruturação de Centrais de Regulação Obstétrica, a implantação de sistemas de atendimento móvel às gestantes, nas modalidades pré e inter-hospitalares e a capacitação de recursos humanos que irão operar estes dispositivos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 572, de 1º de junho de 2000. Estabelece novos mecanismos de custeio da assistência ao parto que permitam o incremento da qualidade do acompanhamento integral e integrado da gestante durante o pré-natal, o parto, o puerpério e a adequada assistência ao recém-nascido. *Diário Oficial da União*, 8 jun. 2000d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a investigação de todos os óbitos maternos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis*: manual de bolso. Brasília, 2007.

BRASILIANO, S. *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química*. 2005. 248 f. Tese (Doutorado)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BRENNER, B.; AHARON, A. Thrombophilia and adverse pregnancy outcome. *Clinics in Perinatology,* [S.l.], v. 34, n. 4, p. 527-541, 2007.

BRILL-EDWARDS, P.; GINSBERG, J. Safety of withholding antepartum heparin in women with a pervious episode of venous thromboembolism. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 343, p. 1439-1444, 2000.

BUJOLD, E. et al. Interdelivery interval and uterine rupture. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 187, n. 5, p. 1199-1202, 2002.

BULGALHO, A. et al. Induction of labor with intra-vaginal misoprostol in intrauterine fetal death. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 171, p. 538-541, 1994.

_____. Vaginal misoprostol as an alternative to oxytocin for induction of labour im women with late fetal death. *Acta Obstricia et Gynecologica Scandinavica*, [S.l.], v. 74, p. 194-198, 1995.

BULIK, C. M. et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadLy defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychological Medicine*, New York, v. 37, n. 8, p. 1109-1118, 2007.

BURNS, L.; MATTICK, R. P.; COOKE, M. The use of record linkage to examine illicit drug use in pregnancy. *Addiction*, [S.l.], v. 101, p. 873-882, 2006.

BURTIN, P. et al. Fetus-Placenta-Newborn: Safety of Metronidazole in Pregnancy: A Meta-Analysis. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 172, n. 2, p. 525-529, 1995.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 631

BURTON ET al. Detection of Atopobium vaginae in postmenopausal women by cultivation-independent methods warrants further investigation. *Journal of Clinical Microbiology*, Washington, v. 42, p. 1829-1831, 2003.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto. Montevideo: Centro Latinoamericanode Perinatologia y Desarrollo Humano, 1973. (Publicación científica del CLAP, n. 519).

CALHOUN, F.; WARREN, K. Fetal alcohol syndrome: historical perspectives. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, [S.l.], v. 31, n 2, p. 168-171, 2007.

CAMARGO, R. P. S. et al. Impact of treatment for bacterial vaginosis on prematurity among brazilian pregnant women: a retrospective cohort study. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 123, n. 3, p. 108-112, 2005.

CAMPOS, M. G. V.; FERMINO, F. A.; FIGUEIREDO, M. Anemias Carenciais. *RBM Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 58, n. 12, dez. 2001.

CANAVAN, T. P.; SIMHAN, H. N.; CARITIS, S. An Evidence-Based Approach to the Evaluation and Treatment of Premature Rupture of Membranes: Part 1. *Obstetrical Gynecology Survey*, Philadelphia, v. 59, n. 9, p. 669-677, 2004.

CANAVAN, T. P.; SIMHAN, H. N.; CARITIS, S. An Evidence-Based Approach to the Evaluation and Treatment of Premature Rupture of Membranes: Part II. Obstet. Gynecol. *Obstetrical Gynecology Survey*, Philadelphia, v. 59, n. 9, p. 678-689, 2004.

CAREY, J. C. et al. Metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 342, p. 534-540, 2000.

CARLINI, E. A. et al. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*: 2005. Brasília: SENAD, 2007.

CARO-PATÓN, T. et al. Is metronidazole teratogenic?: A meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*, London, v. 44, p. 179-182, 1997.

CASEY, B. M.; LEVENO, K. J. Thyroid disease in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 108, n. 5, p. 1283-1292, 2006.

CATANZARITE, V. A. et al. Diagnosis and management of fetal death. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, [S.l.], v. 42, p. 291-299, 1993.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Sexually Transmitted diseases treatment guidelines*. Atlanta, 2006.

MMWR: Morbidity and Mortality Weekly. Atlanta: CDC, n. 55, 2006.

_____. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. *MMWR*: Morbidity and Mortality Weekly, 51, n. RR-11, p. 1-28, 2002.

CESTARI, T. F.; MAROJA, M. F. Hanseníase e gestação. In: TALHARI, Sinésio et al. *Dermatologia tropical*: hanseníase. 4. ed. Manaus: Talhari, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 153, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 184-185.

CHALMERS, I.; ENKIN, M.; KEIRSE, M. J. N. C. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989. p. 1283-1284.

CHAMBERLAIN, G.; ZANDER, L. ABC of labour care: induction. *British Medical Journal*, London, v. 318, p. 995-998, 1999.

CHANG-CLAUDE, J.; SCHNEIDER, A.; SMITH, E. et al. Longitudinal study of the effects of pregancy and other factors on detection of HPV. *Gynecologic Oncology*, [S.l.], v. 60, p. 355-362, 1996.

CHOI-HEE, L.; RAYNOR, B. D. Misoprostol induction of labour among women with a history of cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 184, p. 1115-1117, 2001.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 632

CHURCHILL, D.; DULEY, L. Interventionist versus expectant care for severe pre-eclâmpsia before term. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004. Update software.

CIRAULO, D. A.; SHADER, R. I. *Clinical manual of chemical dependence*. Washington: American Psychiatric Press, 1991.

CLOUSE, L.; COMP, P. The regulation of hemostasis: the protein C system. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 314, p. 1298, 1986.

COSTA, K. C. B. C. Infecção por papilomavírus humano no ciclo gravídico-puerperal. In: MARTINS, N. V.; RIBALTA, J. C. L. *Patologia do trato genital inferior*. São Paulo: Roca, 2005. p. 235-239.

COTRUFO, M. et al. Risk of warfarin during pregnancy with mechanical valve prostheses. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 99, p. 35-40, 2002.

CREASY, R. K.; HERRON, M. A. Prevention of preterm birth. *Seminars in Perinatology*, [S.l.], v. 5, p. 295-302, 1981.

CROW, S. J. et al. Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *The International Journal of Eating Disorders,* Minneapolis, v. 41, n. 3, p. 277-279, 2008.

CROWLEY, P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004.

CROWTHER, C. A. et al. For the ACTORDS Study Group: outcomes at 2 years of age after repeat doses of antenatal corticosteroids. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 357, n. 12, p. 1179-1189, 2007.

CROWTHER, C. A et al. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 352, n. 24, p. 2477-2486, 2005.

CROWTHER, C. A.; MOORE, V. Magnesium maintenance therapy for preventing preterm birth after threatened preterm labour. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004. Update software.

CROWTHER, C. A.; HARDING, J. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for preventing neonatal respiratory disease. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004. Update software.

CROWTHER, C. A.; HILLER, J. E.; DOYLE, L. W. Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004. Update software.

CUNNINGHAM, F. G. et al. Obstetrical hemorrage. In: _____. *Willians obstetrics.* 20th ed. Columbus: Ugraw-Hill, 1997. 745-782.

CUNNINGHAM, F. G. et al. *Willians obstetrics*. 21th ed. New York: Ugraw-Hill, 2001. 1668 p.

FONSECA, E. B. et al. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: A randomized placebo-controlled double-blind study. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 188, n. 2, p. 419-424, 2003.

DAJANI, A. S. et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. *Circulation*, [S.l.], v. 96, 1997.

DAMOS, J.; LEVENTHAL, J.; DINTER, M. Birth crisis: Caring for the family experiencing perinatal death or the birth of a child with medical complications. *ALSO Syllabus Update Review*, [S.l.], p. R:1-12, 2003.

DASHE, J. S. et al. Persistence of placenta previa according to gestacional age at ultrasound detection. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 99, p. 692-697, 2002.DERUELLE, P.; COULON, C. The use of low-molecular-weight heparins in pregnancy: how safe are they?. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, London, v. 19, n. 6, p. 573-537, 2007.

DEVENNE, P. et al. Detection of human pappilomavirus DNA in biopsy=proven cervical squamous intraepithelial lesions in pregnant women. *The Journal Reproductive Medicine*, Saint Louis, v. 37, n. 10, p. 829-833, 1992.

DIAV-CITRIN, O. et al. Pregnancy outcome after gestational exposure to metronidazole: a prospective cohort controlled study. *Teratology*, Reston, v. 63, p. 186-192, 2001.

DIEBEL, N. D.; PARSONS, M. T.; SPELLACY, W. N. The effects of Betamethasone on white blood cells during pregnancy with PPROM. *Journal of Perinatal Medicine*, Berlin, v. 26, n. 3, p. 204-207, 1998.

DODD, J. M.; CROWTHER, C. A. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 4, 2007. Update software.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 633

DOYLE, N. et al. Diagnosis of pulmonary embolism: a cost-effectiveness analysis. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 191, p. 1019-1023, 2004.

DRESANG, L. T. et al. Venous thromboembolism during pregnancy. *American Family Physician*, Leawood, v. 77, n. 12, p. 1709-1716, 2008.

DULEY, L.; GÜLMEZOGLU, A. M.; HENDERSON-SMART, D. J. Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclâmpsia *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004.

DULEY, L.; HENDERSON-SMART, D. Magnesium sulphate versus phenytoin for eclâmpsia (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004.

_____. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004.

DUNLOP, R. J.; BENNETT, K. C. L. B. Pain management for sickle cell disease. *Cochrane Database of Systematic Rewiews*, [Oxford], 2007.

EGARTER, C. et al. Antibiotic treatment in preterm premature rupture of membranes and neonatal morbidity: a metaanalysis. . *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 174, n. 2, p. 589-597, 1996.

EGARTER, C. H.; HUSSLEIN, P. W.; RAYBURN, W. F. Uterine hyperestimulation after low dose prostaglandin E2 therapy: tocolytic treatment in 181 cases. . *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 163, p. 794-796, 1990.

ELKAYAM, U. Pregnancy and cardiovascular disease. In: BRAUNWALD, E. (Ed.). *Heart disease*: a textbook of cardiovascular medicine. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders. p. 2172-2191, 2001.

ELLIOT, J. P.; RADIN, T. The effect of corticosteroid administration on uterine activity and preterm labor in high-order multiple gestations. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 85, n. 2, p. 250-254, 1995.

ENKIN, M. et al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.

EXACOUSTOS, C.; ROSATI, P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 82, n. 1, p. 97-101, 1993.

FERRANDINA, G. et al. Management of an advanced ovarian cancer at 15 weeks of gestation: case report and literature review. *Gynecologic Oncology*, [S.l.], v. 97, n. 2, p. 693-696, 2005.

FERRARI, E. et al. The ECG in pulmonary embolism. Chest, [Chest], v. 111, p. 537-544, 1997.

FISHER, J. E. et al. Gestational diabetes mellitus in women receiving beta-adrenergics and corticosteroids for threatened preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology,* v. 90, n. 6, p. 880-883, 1997.

FLENADY, V.; KING, J. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 2, 2005.

FONSECA, E. B. et al. For the fetal medicine foundation second trimester screening group: progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 357, n. 5, p. 462-469, 2007.

FREEMAN, J. M. Introduction: Prenatal and perinatal factors associated with brain disorder. In: FREEMAN, J. M. (Ed.). *Prenatal and perinatal factors associated with brain disorder*. Bethesda: National Institutes of Health, 1985.

FRIEDMAN, S. A. et al. Expectant management of severe preeclâmpsia remote from term. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 42, n. 3, p. 470-478, 1999.

GABBE, S. G.; CARPENTER, L. B.; GARRISON, E. A. New Strategies for Glucose Control in Patients With Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus in Pregnancy. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 50, n. 4, p. 1014-1024, 2007.

GABBE, S. G.; NIEBYL, J. R.; SIMPSON, J. L. Hematologic complications of pregnancy. In: _____. *Obstetrics*: normal and problem pregnancies. 4. ed. New York: Churchill Livingstone, 2002.

GATES, S. et al. Prophylaxis for thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period *The Cochrane Library*, Oxford, n. 4, 2007.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 634

GATES, S.; BROCKLEHURST, P. DAVIS, L. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database of Systematic Rewiews*, [Oxford], v. 2, 2002.

GEI, A. F.; HANKINS, G. D. Cardiac disease and pregnancy. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, [S.l.], v. 28, p. 465-512, 2001.

GETAHUN, D. et al. Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 107, n. 4, p. 771-778, 2006. Comment in p. 752-754.

GIBSON, C. S. et al. Associations between inherit thrombophilias, gestational age, and cerebral palsy. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 193, p. 76-80, 2005.

_____. Neurotropic virus and cerebral palsy: population based case-control study. *British Medical Journal*, London, v. 332, p. 76-80, 2006.

GJONI, M. Preterm Premature Rupture of the Membranes. POSTGRADUATE COURSE FOR TRAINING IN REPRODUCTIVE MEDICINE AND REPRODUCTIVE BIOLOGY, 8., [200-], Geneva. *Scientific Reviews*… Geneva, [200-]. Disponível em: <http://www.gfmer.ch/Endo/PGC_network/Preterm_premature_rupture_Gjoni.htm>. Acesso em: 27 abr. 2008.

GLINOER, D. Management of hypo- and hyperthyroidism during pregnancy. Growth Hormone & IGF Research, v. 13, p. S45-54, 2003. Supplement A.

GOLDBERG, A. B.; GREENBERG, M. B.; DARNEY, P. D. Misoprostol e pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 344, p. 38-47, 2001.

GOLDENBERG, R. L. et al. Bed rest in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers,

v. 84, p. 131-136, 1994.

GOLDENBERG, R. L. et al. Intrauterine infection and preterm delivery *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 342, p. 1500-1507, 2000.

GOUIN-THIBAULT, I.; PAUTAS, E.; SIGURET V. Safety profile of different low-molecular weight heparins used at therapeutic dose. *Drug Safety*, [S.l.], v. 28, p. 333-349, 2005.

GOULD, M. et al. Low molecular weight heparins compared with unfractionated heparin for treatment of acute venous thrombosis. A meta-analysis of randomized, controlled trails. *Annal of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 130, p. 800-809, 1999.

GOUVEIA, A. M. M. et al. Diretrizes de Anticoagulação na Gravidez. *Boletim do Departamento de Cardiopatia e Gravidez da SBC*, São Paulo, v. 10, 2003.

GRANT, A.; GLAZENER, C. M. A. Elective caesarean section versus expectant management for delivery of the small baby. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 2, 2005. Update Software.

GRAVES, C. R. Antepartum Fetal Surveillance and Timing of Delivery in the Pregnancy Complicated by Diabetes MellitUSG. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 50, n. 4, p. 1007-1013, 2007.

GRAVETT, M. G. et al. Preterm labor associated with subclinical amniotic infection and with bacterial vaginosis. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 67, p. 229-237, 1986.

GREER, I.; THOMSON, A. Thromboembolic disease in pregnancy and the puerperium. *Guidelines and Audit Committee of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, London, 2001.

GREER, I. The acute management of venous thromboembolism in pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, London, v. 13, p. 569-575, 2001.

GUASCHINO, S. et al. Treatment of asymptomatic bacterial vaginosis to prevent preterm delivery: a randomised trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, [Shannon], v. 110, p. 149-152, 2003.

GUIDETTI, D. A. et al. Fetal umbilical artery flow velocimetry in postdate pregnancies. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 157, p. 1521-1523,1987.

GUTMAN, R. E. et al. Evaluation of clinical methods for diagnosing bacterial vaginosis. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 105, p. 551-556, 2005.

HADI, H. Cervical Ripening and Labor Induction: Clinical Guidelines. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 43, n. 3, p. 524-536, 2000.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 635

HALL, J. G. et al. Maternal and fetal sequelae of anticoagulation during pregnancy. *The American Journal of Medicine*, [Virginia], v. 68, p. 122-140, 1980.

HANKINS, G. D. V. et al. Neonatal organ system injury in acute birth asphyxia sufficient to result in neonatal encephalopathy. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 99, p. 688-691, 2002.

HANKINS, G. D. V.; SPEER, M. Defining the pathogenesis and pathophysiology of neonatal encephalopathy and cerebral palsy. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 102, p. 628-636, 2003.

_____. Pathogenesis and pathophysiology of neonatal encephalopathy and cerebral palsy. In: QUILLIGAN, E. J. High Risk Pregnancy. *The American Congress of Obstetricians and Gynecologists*, [S.l.], p. 352-360, 2007.

HAUTH, J. C. et al. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 333, 1732-1736, 1995.

HAY, P. E. et al. Abnormal bacterial colonization of the genital tract and subsequent preterm delivery and late miscarriage. *British Medical Journal*, London, v. 308, p. 295-298, 1994.

HEARNE, A. E.; NAGEY, D. A. Therapeutic agents in preterm labor: tocolytic agents. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 43. n. 4, p. 787-801, 2000.

HEIT, J. et al. Trends in the incidence of venous hromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 143, p. 697-706, 2005.

HELMER, F. et al. Fenômeno de Lúcio (eritema necrosante) na gestação. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 205-210, 2004.

HILLIER, S. L. et al. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of low-birth-weight infant. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 333, p. 1737-1742, 1995.

HER MAJESTY'S STATIONERY OFFICE (HMSO). Why mothers die. In: _____. *Report of the confidential enquiries into maternal deaths 1994-1996*. London, 1998.

HOCHGRAF, P. B. Aspectos clínicos dos transtornos alimentares. In: BUCARETCHI, H. A. (Ed.). *Anorexia e bulimia nervosa*: uma visão multidisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora, 2003. p. 57-79.

HÖGBERG, U. et al. Maternal mortality in Sweden, 1980-1988. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 84, p. 240-244, 1994.

HOREY, D.; WEAVER, J.; RUSSELL, H. Information for pregnant women about caesarean birth. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=maternal/2914&linkTitle=Pneumonia&source=preview&selectedTitle=1~150&anchor=10#10 - Up-To-Date - Treatment of respiratory infections in pregnant women>. Acesso em: 2 set. 2008.

HURWITZ, A. et al. Failure of continuous intravenous heparinization to prevent stroke in a pregnant woman with a prosthetic valve and atrial fibrillation. *The Journal of Reproductive Medicine*, Saint Louis, v. 30, p. 618-620, 1985.

IAMS, J. D. et al. Cervical competence as a continuum: A study of ultrasonographic cervical length and obstetric performance. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 172, p. 1097-1106, 1995.

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

JEYABALAN, A.; CARITIS, S. N. Pharmacologic inhibition of preterm labor. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 45, n. 1, p. 99-113, 2002.

JOHNSON, P. H. et al. The treatment of pregnant women with breast cancer and the outcomes of the children exposed to chemotherapy in utero. *Journal of Clinical Oncology*, Alexandria, 2005.

JONES, J.; LOPEZ, A.; WILSON, M. Congenital Toxoplasmosis: a review. *American Family Physican*, [S.l.], v. 67, n. 10, p. 2131-2138, 2003.

JUDITH, K. et al. Prenatal and perinatal factors and cerebral palsy in very low birth weight infants. *Journal of Pediatrics*, [S.l.], v. 128, n. 3, p. 407-414, 1996.

KAAJA, R.; ULANDER, V. Treatment of acute pulmonary embolism during pregnancy with low molecular weight heparin: three case reports. *Blood Coagulation Fibrinolysis*, [S.l.], v. 13, p. 637-640, 2002.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 636

KADANALI, S. et al. Changes in leukocyte, granulocyte and lymphocyte counts following antenatal betamethasone administration to pregnant women. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, [S.l.], v. 58, n. 3, p. 269-274, 1997.

KANNE, J.; LALANI, T. Role of computed tomography and magnetic resonance imaging for deep venous thrombosis and pulmonary embolism. *Circulation*, [S.l.], v. 109, p. 115-121, 2004.

KEARON, C. Diagnosis of pulmonary embolism. *Canadian Medical Association Journal= Journal de l'Association médicale canadienne*, [S.l.], v. 168, p. 183-194, 2003.

KEIRSE, M. J. Prostaglandins in preinduction cervical ripening: Meta-analysis of worldwide clinical experience. *The Journal of Reproductive Medicine*, Saint Louis, v. 38, p. 89-100, 1993.

KEMP, E. A.; HAKENEWERTH, A. M.; LAURENT, S. L. et al. Human Pappilomavirus prevalence in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 79, p. 649-656, 1992.

KENYON, S.; BOULVAIN, M.; NEILSON, J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 2, 2005. Update Software.

KHOSHNOOD, B. et al. For the Eurotoxo group (panel 3): prenatal screening and diagnosis of congenital toxoplasmosis: a review of safety issues and psychological consequences for women who undergo screening [Unpublished report]. Bordeaux:The Eurotoxo Group, 2005. 15 p.

KING, J.; FLENADY, V. Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004. Update Software.

KING, J. F et al. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004. Update Software.

KIRSCH, S. E. D.; BRADT, P. A.; LEWIS, F. M. Making the most of the moment. When a child's mother has breast cancer. *Cancer Nursing*, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 47-54, 2003.

KLINE, J. et al. New diagnostic tests for pulmonary embolism. *Annals of Emergency Medicine*, [S.l.], v. 35, p. 168-180, 2000.

KNIGHT, M. et al. Antiplatelet agents for preventing and treating pre-eclâmpsia. *The Cochrane Library,* 2001.

KNOX, G. E.; HUDDLESTON, J. F.; FLOWERS JUNIOR, C. E. Management of prolonged pregnancy: results of a prospective randomized trial. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 134, p. 376-381, 1979.

KURKI, T. et al. Bacterial vaginosis in early pregnancy and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 80, p. 173-177, 1992.

LAMONT, R. F.; FISK, N. M. The role of infection in the pathogenesis of preterm labor. In: STUDD, J. W. W (Ed.). *Progress in obstetrics and gynecology*. London: Churchill Livingstone, 1993. v. 10.

LANDERS, D. V. et al. Predictive value of clinical diagnosis of lower genital tract infection in women. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 190, p. 1004-1010, 2004.

LAO, T. T.; CHEUNG, V. Y. Expectant management of preterm prelabour rupture of membranes--the significance of oligohydramnios at presentation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, [Shannon], v. 48, n. 2, p. 87-91, 1993.

LAURENT, P. et al. Low molecular weight heparins: a guide to their optimum use in pregnancy. *Drugs*, [S.l.], v. 62, p. 463-477, 2002.

LEEMAN, L. et al. Clinical complications in pregnancy. In: AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. *Advanced Life Support in Obstetrics Syllabus*. Leawood, 2006. Revised.

_____. Medical complications in pregnancy. In: AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. *Advanced Life Support in Obstetrics Syllabus*. Leawood, 2006. Revised.

LEITICH, H. et al. Concomitant use of glucocorticoids: a comparison of two metaanalysis on antibiotic treatment in preterm premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 178, n. 5, p. 899-908, 1998.

LEROY, V. et al. For the Eurotoxo Group (Panel 3). Performances of tests involved in screening and diagnosing of acute maternal toxoplasmosis during pregnancy and congenital infection: a systematic review, 1985-2005. Bordeaux: The Eurotoxo Group, 2006. 74 p.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 637

LESTER, B. M. et al. The Maternal Lifestyle Study: Effects of substance exposure during pregnancy on neurodevelopmental outcome in 1-month-old infants. *Pediatrics*, [S.l.], v. 110, p. 1182-1192, 2002.

LETSKY, E. A. Peripartum prophylaxis of thrombo-embolism. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], v. 11, p. 523-543, 1997.

LINDHOFF-LAST, E.; LUXEMBOURG, B. Evidence-based indications for thrombophilia screening. Vasa, [S.l.], v. 37, n. 1, p. 19-30, 2008.

LINHARES, E. Dosagens Hormonais em Ginecologia e Obstetrícia, 1993. Disponível em <http://www.bragafilho.com.br/dosagens4/tsht3t4.html>. Acesso em: 28 ago. 2009.

LINDQVIST, et al. Thrombotic risk during pregnancy: a population study. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 94, p. 595-599, 1999.

LITTLE, W. J. On the influence of abnormal parturition, difficult labours, premature births, and asphyxia neonatorum, on mental and physical condition of the child, especially in relation to deformities. Trans. Obstet. Soc., London, v. 3, p. 293-344, 1862.

LODHI, S. K.; KHANUM, Z.; WATOO, T. H. Placenta previa: the role of ultrasound in assessment during third trimester. Journal Pakistan Medical Association, Karachi, v. 54, n. 2, p. 81-83, 2004.

LYONS, C. A.; GARIT, T. J. Corticosteroids and fetal pulmonary maturity. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 45, n. 1, p. 35-41, 2002.

MACHADO, F. et al. Ovarian cancer during pregnancy: analysis of 15 cases. *Gynecologic Oncology*, [S.l.], v. 105, n. 2, p. 446-450, 2007.

MACLENNAN, A. A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement. *British Medical Journal*, London, v. 319, p. 1054-1059, 1999.

MAGANN, E. F.; MARTIN, J. N. Twelve steps to optimal management of HELLP syndrome. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 42, n. 3, p. 532-550, 1999.

MAGEE, L.; ORNSTEIN, P.; VON DADELSZEN, P. Management of hypertension in pregnancy. *British Medical Journal*, London, v. 318, p. 1332-1336, 1999.

MAGEE, L. A. et al. A randomised controlled comparison of betamethasone with dexamethasone: effects on the antenatal fetal heart rate. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, Oxford, v. 104, n. 11, p. 1219-1220, 1997.

MAGEE, L. A. et al. Hydralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: meta-analysis. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, Oxford, v. 327, p. 955-964, 2003.

MAHOMED, K. Folate supplementation in pregnancy. *Cochrane Database System Review*, Oxford, 2006.

MANNE, S. et al. Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, [S.l.], v. 66, p. 442-454, 2004.

MANNING, F. Neonatal complications of postterm gestation. *The Journal of Reproductive Medicine*, Saint Louis, v. 33, p. 271-276, 1988.

MANNING, F. A. et al. Fetal assessment based on FBP scoring. VIII. The incidence of cerebral palsy in tested and untested patients. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 178, p. 696-706, 1988.

MANY, A. et al. The association between polyhydramnios and preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 86, n. 3, p. 389-391, 1995.

MARTINELLI, I. et al. Inherited thrombophilia and first venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, London, v. 87, p. 791-795, 2002.

MARTINS, W. A et al. Alterações Cardiovasculares na Anemia Falciforme. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p. 365-370, 1998.

MASTROBATTISTA, J. M. Therapeutic agents in preterm labor: steroids. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 43, n. 4, p. 802-808, 2000.

MANTICORPOHABA, P.; MOODLEY, J. Corticosteroids for HELLP syndrome in pregnancy. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004. Update Software.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 638

MATERNAL MORTALITY COMMITTEE. *Maternal deaths in Australia 1991-1993*. Canberra: NHMRC, 1998.

MAY, P. A. et al. Alcohol consumption and other maternal risk factors for Fetal Alcohol Syndrome among three distinct sample of women before, during and after pregnancy. *American Journal of Medical Genetics*, [S.l.], n. 127C, p. 10-20, 2004.

MCCOLL, M.; GREER, I. Low-molecular-weight heparin for the prevention and treatment of venous thromboembolism in pregnancy. Current Opinion in Pulmonary Medicine, [S.l], v. 10, p. 371-375, 2004.

MCDONALD, H. M. et al. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy *The Cochrane Library*, Oxford, n. 4, 2007. Update Software.

UgREGOR, J. A. et al. Antenatal microbiological maternal risk factors associated with prematurity. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 163, p. 1465-1473, 1990.

MERCER, B. M.; ARHEART, K. L. Antimicrobial therapy in expectant management of preterm premature rupture of the membranes. *Lancet*, London, v. 346, p. 1271-1279, 1995.

METZGER, B. E. et al. Summary and Recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes MellitUSG. *Diabetes care*, [S.l.], v. 30, p. s251-269, 2007. Supplement 2.

MICALI, N. Eating disorders and pPregnancy. *Psychiatry*, v. 7, n. 4, p. 191-193, 2008.

MICHIELS, J. et al. Strategies for the safe and effective exclusion and diagnosis of deep vein thrombosis by the sequential use of clinical score, d-dimer testing, and compression ultrasonography. *Seminar in Thrombosis and Hemostasis*, [S.l.], v. 26, p. 657-667, 2000.

MOISE JUNIOR, K. J. Management of rhesus alloimmunization in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 100, n. 3, p. 600-611, 2002.

MONK, B. J.; WENZEL L. Palliative care and quality of live. In: DISAIA, P. J.; CREASMAN, W. T. *Clinical gynecologic oncology*. 7th ed. Mosby: Elsevier, 2007. p. 669-696.

MORALES, et al. Effect of metronidazole in patients with preterm birth in preceding pregnancies and bacterial vaginosis: a placebo controlled double-blind study. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 171, p. 345-347, 1994.

MOSS, J. R. et al. Costs and consequences of treatment for mild gestational diabetes mellitus – evaluation from the ACHOIS randomised trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [S.l.], v. 7, n. 27, oct. 2007. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/27>. Acesso em: 27 abr. 2008.

MOZURKEWICH, E. L.; WOLF, F. M Premature rupture of membranes at term: a meta-analysis of three management schemes. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 89, n.6, p. 1035-1043, 1997.

NANDA, K. et al. Terbutaline pump maintenance therapy after threatened preterm labor for preventing preterm birth. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004. Update Software.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. Electronic fetal heart rate monitoring: research guidelines for interpretation. . *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 177, p. 1385-1390, 1997.

NEALE, D. M.; COOTAUCO, A. C.; BURROW G. Thyroid Disease in Pregnancy: review. *Clinics in Perinatology*, [S.l.], v. 34, n. 4, p. 543-557, 2007.

NEILSON, J. P. Interventions for suspected placenta praevia (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford, n. 4, 2007.

_____. Interventions for treating placental abruption (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford, n. 4, 2007.

NELSON, K. B. et al. Uncertain value of eletronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 85, p. 149-155, 1996.

NELSON, K. B.; ELLEMBERG, J. H. Antecedents of cerebral palsy: multivariate analysis of risk. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 315, p. 81-86, 1986.

NELSON, K. B.; ELLEMBERG, J. H. Apgar scores as predictors of chronic neurologic disability. *Pediatrics*, [S.l.], v. 68, p. 36-44, 1981.

NELSON, L. H. et al. Expectant management of preterm premature rupture of the membranes. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 171, n. 2, p. 350-356, 1994.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 639

NELSON-PIERCY, C. Hazards of heparin: allergy, heparin-induced thrombocytopenia and osteoporosis. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], v. 11, p. 489-509, 1997.

_____. Thromboprophylaxis during pregnancy, labour and after vaginal delivery. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*: guideline, London, n. 37, 2004.

NESS, R. B. et al. Douching in relation to bacterial vaginosis, lactobacilli and facultative bacteria in the vagina. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 100, p. 765-72, 2002.

NEWTON, M. S; CHIZAWSKY, L. L. Treating vulnerable populations: the case of eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, London, v. 27, p. 5-7, 2006.

NICHHD PLANNING WORKSHOP. Eletronic fetal heart rate monitoring: research guidelines for interpretation. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 177, p. 1385-1390, 1997.

NJAINE, K. et al. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 405-414, 1997.

NOMURA, R. M. Y. et al. Fatores maternos e resultados perinatais no descolamento prematuro de placenta: comparação entre dois períodos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 324-330, 2006.

NORWITZ, E. R. *Syphilis in pregnancy*. Waltham: Uptodate, 2008.

NUGENT, R. P. et al. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of Gram stain interpretation. *Journal of Clinical Microbiology*, Washington, v. 29, p. 297-301, 1991.

OKOMO, U.; MEREMIKWU, M. M. Fluid replacement therapy for acute episodes of pain in people with sickle cell disease. *Cochrane Database of Systematic Rewiews*, [Oxford], 2007.

OLIVEIRA, G. L. V.; MENDIBURU, C. F.; BONINI-DOMINGOS, C. R. Avaliação do perfil hematológico de portadores de talassemia alfa provenientes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 105-109, 2006.

OBSTETRIC MEDICINE GROUP OF AUSTRALASIA (OMGA). Anticoagulation in pregnancy and the puerperium: a Working Group on behalf of the Obstetric Medicine Group of Australasia. Medical Journal of Australia, [S.l.], v. 175, p. 258-269, 2001.

OPPENHEIMER, L. et al. Diagnosis of low-lying placenta: can migration in the third trimester predict outcome?. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 100-102, 2001. Comment in p. 96-99.

OPPENHEIMER, L. Diagnosis and management of placenta previa. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Ottawa, v. 29, n. 3, p. 261-273, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORME, M. L. et al. May mothers given warfarin breast-feed their infants?. *British Medical Journal*, London, v. 1, p. 1564-1565, 1977.

OROZCO, L. T. interrupção da gravidez com feto morto e retido. In: FAÚNDES, Aníbal (Ed.). *Uso de misoprostol em ginecologia e obstetrícia*. 2. ed. Santa Cruz de la Sierra: FLASOG, 2007. p. 48-53.

OTT, W. J. Intrauterine growth retardation and preterm delivery. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 168, p. 1710-1715, 1993.

PÁRAMO, J. A. et al. [Treatment of antiphospholipid syndrome]. *Revista de Medicina da Universidad de Navarra*, Pamplona, v. 51, n. 4, p. 38-41, 2007.

PASQUIER, J. C. et al. Rupture premature des membranes avant 34 semaines d'aménorrhée. In: ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE: obstétrique. Paris: Editions et Médicales Elsevier SAS, 2002.

PASSINI JUNIOR, R. Consumo de álcool durante a gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, 2005. Editorial.

PATTISON, N.; MCCOWN, L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 2, 2001. Update Software.

PENA-ROSAS, J. P.; VITERI, F. E. Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Rewiews*, [Oxford], 2007.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 640

PULMONARY EMBOLISM PREVENTION (PEP) TRIAL COLLABORATIVE GROUP. Prevention of pulmonary embolism and deep vein thrombosis with low dose aspirin. *Lancet*, London,

v. 355, n. 9212 p. 1295-302, 2000.

PERLMAN, J. M. et al. Acute systemic organ injury in terms infants after asphyxia. *American Journal of Diseases of Children*, [S.l.], v. 143, p. 617-620, 1989.

PERU. Ministerio de Salud. *Obito fetal*: guías nacionales de atención integral de salud sexual y reproductiva. Lima, 2004. p. 31-32. Tercer modulo.

PILLNY, M.; SANDMANN, W.; LUTHER, B. et al. Deep venous thrombosis during pregnancy and after delivery: indications for and results of thrombectomy. *Journal of Vascular Surgery*, Chicago, v. 37, p. 528-532, 2003.

PROSPECTIVE INVESTIGATION OF PULMONARY EMBOLISM DIAGNOSIS INVESTIGATORS. Value of the ventilation/perfusion scan in acute pulmonary embolism: results of the Prospective Investigators of Pulmonary Embolism Diagnosis (PIOPED). *The Journal Of the American Medical Association*, Chicago, v. 263, p. 2753-2760, 1990.

PIRCON, R. A. et al. Controlled trial of hydration and bed rest versus bed rest alone in the evaluation of preterm uterine contractions. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 161, p. 775-779, 1989.

PRENDIVILLE, W. J.; ELBOURNE, D.; MCDONALD, S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). *The Reproductive Health Library*, Oxford, n. 9, 2006. Update software.

PSCHIRRER, E. R.; MONGA, M. Risk factors for preterm labor. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 43, n. 4, p. 727-734, 2000.

QUIROZ, R. et al. Clinical validity of a negative computed tomography scan in patients with suspected pulmonary embolism: a systematic review. *The Journal Of the American Medical Association*, Chicago, v. 293, p. 2012-2017, 2005.

RAMSEY, P. S.; OWEN, J. Midtrimester Cervical Ripening and Labor Induction. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 43, n. 3, p. 495-512, 2000.

RAMZI, D; LEEPER, K. DVT and pulmonary embolism: part 1: diagnosis. *American Family Physician*, Leawood, v. 69, p. 2829-2840, 2004.

RAY, J. G; CHAN, W. S. Deep vein thrombosis during pregnancy and the puerperium: a meta-analysis of the period of the risk and the leg of presentation. *Obstetrical Gynecology Survey*, Philadelphia, v. 54, p. 265-271, 1999.

RAY, P; MURPHY, G. J.; SHUTT, L. E. Recognition and management of maternal cardiac disease in pregnancy. *British Journal of Anaesthesia*, Oxford, v. 93, p. 428-439, 2004.

RAYBURN, W. F. Maternal and fetal effects from substance use. *Clinics in Perinatology,* [S.l.], v. 34, p. 559-571, 2007.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Induction of labour: evidence-based. *Clinical Guideline* , London, n. 9, 2001.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Placenta Previa: diagnosis and management. *Clinical Green Top Guidelines,* London, v. 27, jan. 2001.

REICHELT. A. J. et al. Fasting Plasma Glucose Is a Useful Test for the Detection of Gestational Diabetes. *Diabetes care*, Indianapolis, v. 21, n. 8, p. 1246-1249, 1998.

REVEIZ, L.; GYTE, G. M. L.; CUERVO, L. G. Treatments for Iron-deficiency anaemia in pregnancy. *The Cochrane Library*, Oxford, 2007.

RING, A. E.; SMITH, L. E.; ELLIS, P. A. Breast cancer and pregnancy: review. *Annals of Oncology*, Oxford, v. 16, p. 1885-1860, 2005.

ROBERTSON, P. A. et al. Neonatal morbidity according to gestational age and birth weight from five tertiary care centers in the United States, 1983 through 1986. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 166, p. 1629-1645, 1992.

RODIE, V. et al. Low molecular weight heparin for the treatment of venous thromboembolism in pregnancy: a case series. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, Oxford, v. 109, p. 1020-1024, 2002.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 641

ROMERO, R. et al. An oxytocin receptor antagonist (atosiban) in the treatment of preterm labor: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial with tocolytic rescue. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 182, n. 5, p. 1173-1183, 2000.

ROMPALO, A. *Treatment and prevention of syphilis in the HIV-infected patient*. Waltham: Uptodate, 2008.

ROSEMBLOOM, L. Dyskinetic cerebral palsy and birth asphyxia. *Developmental Medicine and Child Neurology*, [S.l.], v. 35, p. 285-289, 1994.

RUSSELL, M. A.; CARPENTER, M. W.; COUSTAN, D. R. Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes MellitUSG. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 50, n. 4, p. 949-958, 2007.

SAKORNBUT, E. Late pregnancy bleeding. *ALSO Syllabus Update Review*, [S.l.], 2007.

SAKORNBUT, H.; SHIELDS, S. *Vaginal Bleeding in Late Pregnancy*. 4th ed. Mississauga: ALSO Provider Course Syllabus, 2003.

SANCHEZ-RAMOS, L. et al. Misoprostol for cervical ripening and labour induction: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, p. 89, p. 633-642, 1997.

SANCHEZ-RAMOS, L.; GAUDIER, F. L.; KAUNITZ, A. M. Cervical Ripening and Labor Induction After Previous Cesarean Delivery. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 43, n. 3, p. 513-523, 2000.

SANCHEZ-RAMOS, L.; KAUNITZ, A. M. Misoprostol for Cervical Ripening and Labor Induction: A Systematic Review of the Literature. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 43, n. 3, p. 475-488, 2000.

SANSON, B. J. et al. Safety of low molecular weight heparin in pregnancy: a systematic review. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, Oxford, v. 81, p. 668-672, 1999.

SAYAL, K. et al. Minimal in utero alcohol exposure linked to mental health problems. *Pediatrics*, [S.l.], v. 119, p. 426-434, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretriz de embolia pulmonar. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 83, p. 1-8, 2004. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Consenso brasileiro de pneumonias em indivíduos adultos imunocompetentes. *Jornal de Pneumologia*, São Paulo, v. 27, 2001. Suplemento 1.

SCHEMPF, A. H. Illicit drug use and neonatal outcomes: a critical review. *Obstetrical Gynecology Survey*, Philadelphia, v. 62, n. 11, p. 749-757, 2007.

SCHIFFMAN, M. H. Latest HPV findings: some clinical implications. *Contemporary Obstetrics and Gynecology*, Festus, p. 27-41, 1993.

SCHNEIDER, A.; HOTZ, M.; GISSMANN, L. Increased prevalence of human pappilomaviruses in the lower tract of pregant women. *International Journal of Cancer*, Heidelberg, v. 40, p. 198-201, 1987.

SCHOLZ, H. S. et al Outcome of pregnancies after non-amniocentesis-induced premature rupture of membranes at 14 to 23 weeks' gestation. *Wiener Klinische Wochenschrift*, [S.l.], v. 15, n. 114, p. 50-53, 2002.

SCHREIBER, D. Deep venous thrombosis and thrombophlebitis. *Emedicine*, Omaha, 2009. Disponível em: <http://www.emedicine.com/EMERG/topic122.htm>.

SCHUCKITT, M. *Abuso de álcool e drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SCHULMAN S et al. A comparison of six weeks with six months of oralanticoagulant therapy after a first episode of venous thromboembolism. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 332, p. 1661-1665, 1995.

SCUCS, M. M. et al. Diagnostic sensitivity of laboratory findings in acute pulmonary embolism. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 74, p. 161-168, 1971.

SETJI, T. L.; BROWN, A. J.; FEINGLOS, M. N. Gestational Diabetes MellitUSG. *Clinical Diabetes*, Orlando, v. 22, n. 1, p. 17-24, 2005.

SHEINER, E. et al. Placental abruption in term pregnancies: clinical significance and obstetric risk factors. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, [S.l], v. 13, n. 1, p. 45-49, 2003.

SIMÕES, J. A. et al. Complicações perinatais em gestantes com e sem vaginose bacteriana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 437-441, 1998.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 642

SIU, S. C. et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. *Circulation*, [S.l.], v. 104, p. 515-521, 2001.

_____. Risk and predictors for pregnancy-related complications in women with heart disease. *Circulation*, [S.l.], v. 96, p. 2789-2789, 1997.

SKALUBA, S. J.; BERKSON, D. M. Peripartum cardiomyopathy: case report and literature review. *Congestive Heart Failure*, [S.l.], v. 7, p. 88-92, 2001.

SMAILL, F. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 439–450, 2007.

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA (SOGC). Fetal Health Surveillance: Antepartum and UIntrapartum Conensus Guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Ottawa, v. 29, n. 9, 2007. Supplement 4.

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA (SOGC). Induction of Labour at Term. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Ottawa, v. 23, n. 8, p. 717-728, 2001.

SOLLID, C. P. et al. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 190, n. 1, p. 206-210, 2004.

SOSA, C. et al. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004. Update Software.

SOSTMAN, H. D. et al. Prospective comparison of hCT and MRI in clinically suspected acute pulmonary embolism. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, Hoboken, v. 6, p. 275-281, 1996.

SOUZA, A. I; BATISTA FILHO, M. Diagnóstico e Tratamento das Anemias Carenciais na Gestação: Consensos e Controvérsias. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 3, n. 4, p. 473-479, 2003.

SPARLING, P. F.; HICKS, C. B. *Pathogenesis, clinical manifestations, and treatment of early syphilis*. Waltham: UpToDate, 2008. Disponível em: <http://www.uptodateonline.com/online/content/author.do?authorId=110543>.

STAN, C. et al. Hydration for treatment of preterm labour. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 2004. Update Software.

STANLEY, F. J. et al. Spastic quadriplegia in Western Australia: a genetic epidemiological study. I: Case population and perinatal risk fators. *Developmental Medicine and Child Neurology*, [S.l.], v. 35, p. 191-201, 1993.

STEIN, P. et al. D-dimer for the exclusion of acute venous thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 140, p. 589-602, 2004.

STEIN, P. D. Arterial blood gas analysis in the assessment of suspect acute pulmonary embolism. *Chest,* [Chest], v. 109, p. 78-81, 1996.

STOKES, H. J.; ROBERTS, R. V.; NEWNHAM, J. P. Doppler flow velocity waveform analysis in postdate pregnancies. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, [S.l.], v. 31, p. 27-30, 1991.

STUBBS, T. M. Oxytocin for Labor Induction. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 43, n. 3, p. 489-494, 2000.

TASK FORCE ON THE MANAGEMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES DURING PREGNANCY OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. *European Heart Journal*, Amsterdam, v. 24, p. 761-781, 2003.

TESS, V. L. C. Psicofarmacologia na gestação e lactação. In: CHEI-TUNG, T; DEMETRIO, F. N. *Psicofarmacologia aplicada*: manejo prático dos transtornos mentais. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 227-251.

TEWARI, K. S. Cancer in pregnancy. In: DISAIA, P. J.; CREASMAN, W. T. *Clinical gynecologic oncology*. 7th ed. Mosby: Elsevier, 2007. p. 467-531.

THE MAGPIE TRIAL COLLABORATIVE GROUP. Do women with pre-eclâmpsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo controlled trial. *Lancet*, London, v. 359, p. 1877-1890, June 2002.

THE NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP. *Report on High Blood Pressure in Pregnancy*. Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute, 2000. 38 p.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 643

THILEN, V.; OLSSON, S. B. Pregnancy and heart disease: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, [Shannon], v. 75, p. 43-50, 1997.

TOGLIA, M. R.; WEG, J. G. Current Concepts: Venous thrombo-embolism during pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 335, p. 108-114, 1996.

TOME-ALVES, R. et al. Hemoglobina AS/Alfa talassemia: Importância Diagnóstica. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 388-394, 2000.

TOPOL, E. J. et al. Anticoagulation and enoxaparina use in patients with prosthethic heart valves and/ or pregnancy. *Clinical Cardiology Consensus Reports*, Atlanta, v. 3, n. 1-18, 2002.

TORLONI, M. R. et al. O uso de adoçantes na gravidez: uma análise dos produtos disponíveis no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 267-275, 2007.

TRAEN, K. et al. Stage Ib cervical cancer during pregnancy: planned delay in treatment - case report. Eur Gynaecol Oncol. 27(6): 615-617; 2006.

TSENG, C. J. et al: Perinatal transmission of human pappilomavirus in infants: relantionship between infection rate and mode of delivery. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 91, n. 1, p. 92-96, 1998.

TURNER, M. J. Uterine Rupture. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, [S.l.], v. 16, n. 69-79, 2002.

UGWUMADU, A. et al. Effect of early oral clindamycin on late miscarriage and preterm delivery in asymptomatic women with abnormal vaginal flora and bacterial vaginosis: a randomized controlled trial. *Lancet*, London, v. 361, p. 983-987, 2003.

UPPONI, S. S. et al. Pregnancy after breast cancer. *European Journal of Cancer*, [S.l.], v. 39, n. 6, p. 736-741, 2003.

VALADARES, L. J.; COELHO, E. G.; MAKDISSI, F. B. A. Câncer de mama na gravidez. In: KOWALSKI, L. P. (Ed.). *Manual de Condutas Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia*. 3. ed. São Paulo: Hospital A. C. Camargo, 2006. p. 800-802.

VAN DONGEN, C. et al. Fixed dose subcutaneous low molecular weight heparins versus adjusted dose unfractionated heparin for venous thromboembolism. *Cochrane Database of Systematic Rewiews*, [Oxford], 2004.

VESGA-LÓPEZ, O. et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 65, n. 7, p. 805-815, 2008.

VIEIRA, R. J. S.; GOMES, R.; TRAJANO, A. J. B. Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 101-110, 2005.

VIJAY, Z. et al. Squamous cell carcinoma of the vulva in pregnancy: case report and review of literature. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, New Delhi, v. 57, n. 4, p. 356-357, 2007.

VORHERR, H. Placental insufficiency in relation to postterm pregnancy and fetal postmaturity: evaluation of fetalplacental function; management of the postterm gravida. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 153, p. 67-103, 1975.

WAPNER, R. J. et al. For the National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network: Long-Term Outcomes after Repeat Doses of Antenatal Corticosteroids. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 357, n. 12, p. 1190-1198, 2007.

WATSON, W. J. Herceptin (trastuzumab) therapy during preganancy: association with reversible anhydramnios. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 105, n. 3, p. 642-643. 2005.

WELLS, P. et al. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department using a simple clinical model and d-Dimer. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 135, p. 98-107, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth (MCPC): a guide for midwives and doctors. Geneva, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/impac/index.html>. Acesso em: 27 abr. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia*: report of a WHO/IDF consultation. Geneva, 2006.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 644

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

WILLIAM, A; GROBMAN, et al. Pregnancy Outcomes for Women With Placenta Previa in Relation to the Number of Prior Cesarean Deliveries. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 110, p. 1249-1255, 2007.

WINER-MURAM, H. et al. Pulmonary embolism in pregnant patients: fetal radiation dose with helical CT. *Radiology*, [S.l.], v. 224, p. 487-492, 2002.

WING, D. A; PAUL, R. H.; MILLAR, L. K. Management of the symptomatic placenta previa: a randomized, controlled trial of inpatient versus outpatient expectant management. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, New York, v. 175, p. 806-811, 1996.

WITLIN, A. G. Prevention and treatment of eclamptic convulsions. *Clinical Obstetrics Gynecology*, Chattanooga, v. 42, n. 3, p. 507-518, 1999.

YUDIN, M. H. et al. Clinical and cervical cytokine response to treatment with oral or vaginal metronidazole for bacterial vaginosis during pregnancy: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, Danvers, v. 102, p. 527-534, 2003.

ZHAO, X. Y. et al. Ovarian cancer in pregnancy: a clinicopathologic analysis of 22 cases and review of the literature. *International Journal of Gynecological Cancer*, Louisville, v. 16, p. 8-15, 2006.

ZOTZ, R.; GERHARDT, A.; SCHARF, R. Prediction, prevention and treatment of venous thromboembolic disease in pregnancy. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis*, [S.l.], v. 29, p. 143-153, 2003.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Área Técnica de Saúde da Mulher

Elaboração 4ª e 5ª EDIÇÃO

Organização: Daphne Rattner e João Batista Marinho C. Lima

Autores (3ª a 5ª edições):

Carmen Regina Nery e Silva, Coríntio Mariani Neto, Daniela Santos Borges, Daniela Vidal Massa, Daphne Rattner, Dirlene Mafalda I Siqueira, Egle Cristina Couto, Etelvino de Souza Trindade, Eudóxia Rosa Dantas, Fabiana Sanches, Fernanda Surita, Jacob Arkader, Janine Schirmer, João Batista Marinho C. Lima, Jorge Eurico Ribeiro, José Guilherme Cecatti, José Júlio Tedesco (in memoriam), Leila John Marques SteidLe, Marcelo Luís Nomura, Márcia Rovena de Oliveira, Márcio Ribeiro Guimarães, Marcos Augusto Bastos Dias, Marcos Roberto Ymayo, Maria Benita Spinelli, Maria Carmelita Maia, Maria Inês Rosselli Puccia, Maria Leide W. de Oliveira, Mário Júlio Franco, Marisa Márcia Mussi-Pinhata, Marli Villela Mamede, Melissa Garcia Tamelini, Patrícia B. Hochgraf, Ricardo Gadelha de Abreu, Rodrigo Cerqueira de Souza, Sara Romera Sorrentino, Sérgio Hofmeister Martins-Costa, Silvia Brasiliano, Silvia Cristina Vianna Silva Lima, Suzanne Jacob Serruya, Tereza Cristina Segatto, Walquíria Quida Salles Pereira Primo

Colaboradores (3ª a 5ª edições):

Adson Roberto França Santos, Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos, Ana Margareth Gomes Alves, Andrea Domanico, Angela de A. Jacob Reichelt, Beatriz Helena Tess, Carlos José Mangabeira da Silva, Carmen Regina Nery e Silva, Cristine Ferreira, Denis Ribeiro, Dennis Armando Bertolini, Elaine Sanae Sumikawa Tanaka, Eleonor G. Lago, Fábio Moherdaui, Flor Martinez, Geraldo Duarte, Gessyanne Vale Paulino, Gilberto Alfredo Pucca Júnior, Gilda Porta, Ivana Varella, Janaína Rodrigues Cardoso, Joice Aragão de Jesus, Jorge Andrade Pinto, Katia Biscuola de Campos, Leonardo Guirao Júnior, Luciana F. Bordinoski, Luciana Teodoro de Rezende Lara, Marcelo Araújo de Freitas, Marcelo Joaquim Barbosa, Márcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro, Maria Carolina Coelho Quixadá Pereira, Maria da Conceição M. Bezerra, Maria Inês Schmidt, Maria Lúcia da Rocha Operman, Marinice Coutinho, Marisa Telles de Menezes Rocha, Naiara Paola Macedo Velásquez Thomazoni, Neiva Sellan Lopes Gonçales, Paola Marchesini, Raymundo Paraná, Regina Coeli Viola, Renato Augusto Moreira de Sá, Ricardo Fescina, Sueli Massumi Nakatani, Thereza de Lamare Franco Netto, Thiago Rodrigues de Amorim, Valdiléa G. Veloso dos Santos, Valdir Monteiro Pinto

Revisão Técnica (5ª edição):

Adriana Ueti, Carlos Augusto Santos de Menezes, Fernando Cesar de Oliveira Jr., Ione Rodrigues Brum, José Guilherme Cecatti, Leila Katz, Márcia Maria Auxiliadora de Aquino, Rosiane Mattar

Revisão do texto (5ª edição): Daphne Rattner e Marcella Distrutti

Manual Técnico Gestação de Alto Risco (0025080954) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 647

ISBN 978-85-334-1767-0



Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Legislação em Saúde
www.saude.gov.br/saudelegis

SUS Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 09/09/2021 | Edição: 171 | Seção: 1 | Página: 79

Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde

PORTARIA SVS Nº 29, DE 6 DE SETEMBRO DE 2021

Institui o Grupo de Trabalho para vigilância integrada de fatores de risco para anomalias congênitas.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 34 do Anexo I, Seção II, do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019 e, tendo em vista o disposto no art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Resolução WHA63.17, aprovada em 2010 pela Organização Mundial de Saúde, que fomenta os países a adotarem medidas de prevenção das anomalias congênitas, na Lei nº 13.685, de 25 de junho de 2018, e no Capítulo I, do Anexo V, da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, resolve:

Art. 1º Fica instituído no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) o Grupo de Trabalho (GT) para vigilância integrada de fatores de risco para anomalias congênitas.

Art. 2º Compete ao GT:

I - elaborar proposta do Plano de Vigilância Integrada de Fatores de Risco para Anomalias Congênitas no Brasil, contendo:

a) lista de fatores de risco selecionados para a vigilância;

b) sistemas de informação do Ministério da Saúde que serão utilizados para a vigilância;

c) proposta de atividades individuais e integradas a serem realizadas por diferentes áreas técnicas da SVS; e

d) definição de análises de dados e publicações técnico-científicas que serão elaboradas no âmbito do GT.

II - apresentar diagnóstico operacional e epidemiológico da vigilância de fatores de risco para anomalias congênitas no âmbito da SVS;

III - realizar o levantamento das fontes de dados, com base nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, que serão utilizadas para análise de diagnóstico dos fatores de risco para a ocorrência de anomalias congênitas, bem como propor estratégias de vinculação entre as diferentes coleções de dados;

IV - realizar análise dos dados para identificar quais fatores influenciam na ocorrência de anomalias congênitas e sua distribuição no território nacional;

V - elaborar documentos, na forma de publicações científicas ou relatórios técnicos, apresentando os resultados das análises supracitadas e informações sobre a importância, viabilidade e impacto da vigilância integrada de fatores de risco para as anomalias congênitas, contendo:

a) descrição do impacto que os fatores de risco selecionados para a vigilância têm no desenvolvimento de anomalias congênitas, com base em revisão da literatura;

b) estratégia (ou metodologia) a ser empregada para a vigilância integrada dos fatores de risco para anomalias congênitas que são passíveis de monitoramento através dos sistemas de informação do Ministério da Saúde; e

c) apresentação e divulgação dos resultados epidemiológicos da vigilância integrada destes fatores de risco e seu efetivo impacto na ocorrência de anomalias congênitas registradas no país.

VI. Subsidiar a SVS em assuntos técnico-científicos relacionados à vigilância de fatores de risco para anomalias congênitas.

Portaria SVS Nº 29, 6/set/2021 Criação GT (0025081122) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 650

Art. 3º O GT será composto por um titular e um suplente das seguintes coordenações-gerais da SVS:

I. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE/DASNT/SVS/MS);

II. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS/MS);

III. Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses (CGARB/DEIDT/SVS/MS);

IV. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS/MS);

V. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV/DEIDT/SVS/MS);

VI. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais (CGAHV/DCCI/SVS/MS);

VII. Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST/DCCI/SVS/MS);

VIII. Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM/DSASTE/SVS/MS);

IX. Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT/DSASTE/SVS/MS);

X. Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DAEVS/SVS/MS);

XI. Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE/SVS/MS).

Parágrafo único - Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pela Coordenação-Geral de cada uma das áreas indicadas, no prazo de 15 (quinze) dias úteis contando da data de publicação desta Portaria.

Art. 4º Os membros do GT participarão das reuniões preferencialmente por meio de videoconferência.

Parágrafo único - Não haverá previsão de pagamento ou ressarcimento de despesas com diárias e passagens.

Art. 5º O GT será coordenado pelo Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT/SVS/MS), que será responsável por:

I - prestar apoio técnico e administrativo necessário ao desenvolvimento dos trabalhos;

II - convocar as reuniões; e

III - elaborar as atas de reunião.

§ 1º O cronograma de reuniões e demais atividades será proposto pela Coordenação do GT e pactuado no âmbito do grupo.

§ 2º O quórum de reunião do GT será de maioria absoluta dos membros e o quórum de aprovação será de maioria simples.

§ 3º O Coordenador submeterá à votação dos membros os temas que dependam de deliberação ou da aprovação do GT

§ 4º Além do voto ordinário, o Coordenador do GT terá o voto de qualidade em caso de empate.

Art. 6º O GT poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos afetos ao tema, cuja presença seja considerada necessária para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 7º O GT não será permanente e suas atividades ocorrerão no prazo máximo de 02 (dois) anos.

Parágrafo único - Ao final da vigência deste ato normativo será entregue relatório final, que descreverá as atividades realizadas, bem como resultados obtidos por meio da vigilância de fatores de risco para anomalias congênitas.

Art. 8º As funções dos membros do GT e eventuais convidados não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante.

Portaria SVS Nº 29, 6/set/2021 Criação GT (0025081122) SEI 25000.167559/2021-82 / pg. 651

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARNALDO CORREIA DE MEDEIROS

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

DESPACHO

SVS/MS

Brasília, 06 de dezembro de 2021.

À Assessoria Parlamentar (ASPAR/GM/MS)

Assunto: **Requerimento de Informação n. 2249/2021 de autoria da Senadora Mara Gabrilli que solicita informações sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do SUS.**

Ref.: NUP N° 25000.167559/2021-82

1. Trata-se do **Requerimento de Informação n. 2249/2021** (0023809362), de autoria da Senadora Mara Gabrilli, direcionado a esta Secretaria pelo **Despacho ASPAR** (0023809511), de 16 de novembro de 2021, no qual solicita informações sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do Sistema Único de Saúde, recomendando a observância quanto aos questionamentos contidos nos itens de 1 a 9 do referido Requerimento, para que seja o mesmo analisado e emitida nota técnica e devolução àquela Assessoria até o dia 16 de dezembro de 2021.

2. A demanda aportou nesta Secretaria e foi redirecionada ao Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT/SVS/MS), conforme **Despacho NUJUR/SVS** (0023878716), de modo que aquela área técnica exarou a **Nota Técnica n. 238/2021-CGIAE/DASNT** (0024054584) e o **Anexo Planilha** (0024086638).

3. Nesse sentido, este Gabinete/SVS ratifica as informações prestadas por sua área técnica, momento em que restitui a presente demanda à essa Assessoria para conhecimento e providências ulteriores julgadas pertinentes.

4. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

ARNALDO CORREIA DE MEDEIROS
Secretário de Vigilância em Saúde

Documento assinado eletronicamente por **Arnaldo Correia de Medeiros**, **Secretário(a) de Vigilância em Saúde**, em 06/12/2021, às 15:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do

assinatura eletrônica Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0024193483** e o código CRC **08D9A33D**.

Referência: Processo nº 25000.167559/2021-82 SEI nº 0024193483

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

NOTA TÉCNICA Nº 238/2021-CGIAE/DASNT/SVS/MS

1. ASSUNTO

1.1. **Requerimento de Informação nº 2249/2021** (0023809362), de autoria da Senadora Mara Gabrilli, que solicita informações sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do SUS.

2. ANÁLISE

2.1. Trata-se do Despacho NUJUR/SVS (0023837205), que encaminha o **Requerimento de Informação nº 2249/2021** (0023809362), de autoria da Senadora Mara Gabrilli, por meio do qual são solicitadas, ao Ministro de Estado da Saúde, **informações sobre a assistência aos pacientes com síndrome alcoólica fetal no âmbito do Sistema Único de Saúde**, a Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológicas (CGIAE), presta os seguintes esclarecimentos:

2.2. Inicialmente ressalta-se que as informações sobre nascidos vivos e de mortalidade no Brasil são disponibilizadas na internet pela Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE), área responsável pelos Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Os dados estão disponíveis no site do Datasus, no período de 1996 até 2019. Os dados anonimizados de 2018 e 2021 registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e de Mortalidade estão disponíveis para tabulação ou *download* das bases de dados nos seguintes endereços eletrônicos:

1) Portal de dados abertos OpenDataSUS: https://opendatasus.saude.gov.br/dataset

2) Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (Plataforma IVIS): http://plataforma.saude.gov.br/

3) Painel de Monitoramento: http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/

4) Portal Tabnet: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205

2.3. Os dados referentes ao ano de 2020 e 2021 ainda não estão disponíveis no Tabnet, mas é possível fazer o download da base de dados no endereço eletrônico: http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/dados-abertos/sim/

2.4. Salienta-se que os dados de nascidos vivos e de mortalidade referentes ao ano de 2020 e 2021 são prévios e estão em fase de

aprimoramento da qualificação, podendo sofrer alterações até sua publicação final, prevista para dezembro de 2021 e 2022 respectivamente.

2.5. Dito isso, em relação a solicitação, destaca-se **a observância quanto aos questionamentos contidos nos itens de 1 a 9 do referido Requerimento.** Assim, no âmbito de competência da CGIAE, enquanto responsável pela gestão negocial dos sistemas SIM e SINASC, encaminha-se planilha anexa (0024086638) com os dados requeridos referente ao **item 9** - "Encaminhar os dados epidemiológicos acerca da **incidência, da prevalência e da mortalidade** por SAF no Brasil".

2.6. Ressalta-se que quanto as medidas de ocorrência, acredita-se que seria mais exato a utilização da incidência, visto que se refere ao número de casos novos da síndrome no período avaliado. Não é possível tecer comentários sobre a prevalência, considerando que não é conhecido o número de pessoas com síndrome alcoólica fetal nos sistemas de informação geridos pela CGIAE/DASNT.

2.7. Ademais, existe a hipótese dos dados disponibilizados não representarem a verdadeira realidade, caracterizando a subnotificação da síndrome alcoólica fetal SINASC e no SIM devido ao diagnóstico tardio após o nascimento ou pelo desconhecimento do profissional médico no momento do preenchimento da Declaração de Óbito.

2.8. Cabe destacar que os dados disponibilizados na planilha supracitada são prévios e estão sujeitos a alterações substanciais, por se tratarem de registros codificados e recebidos na Base Federal até a data da exportação. Esses dados ainda passarão por etapas de verificação e não representam todas as mortes que ocorreram nesse período, considerando os prazos legais para alimentação do sistema, segundo a Portaria nº 116/2009.

3. CONCLUSÃO

3.1. Tendo em vista o atendimento aos questionamentos realizados, a CGIAE/DASNT restitui o processo ao **NUJUR/SVS**, para conhecimento e providências cabíveis.

3.2. Por fim, esta Coordenação-Geral se coloca à disposição para prestar outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

ELAINE DIAS DE OLIVEIRA RINCON
Tecnologista

MARLI SOUZA ROCHA
Coordenadora-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

De acordo.

GIOVANNY VINÍCIUS ARAÚJO DE FRANÇA
Diretor

Documento assinado eletronicamente por **Elaine dias de Oliveira Rincon**, **Tecnologista**, em 30/11/2021, às 14:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Marli Souza Rocha**, **Coordenador(a)-Geral de Informações e Análise Epidemiológicas**, em 30/11/2021, às 14:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Giovanny Vinícius Araújo de França**, **Diretor(a) do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**, em 30/11/2021, às 15:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0024054584** e o código CRC **FC762BD6**.

Referência: Processo nº 25000.167559/2021-82 SEI nº 0024054584

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas - CGIAE
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

Tabela 1. Incidência de Síndrome Alcoólica Fetal (Q86.0) por 10.000 nascidos vivos, Brasil, 2015 a 2021.

Variáveis	2015	2016	2017	2018	2019
N° de nascidos vivos com Q86.0	8	3	1	1	0
N° de nascidos vivos	3,017,668	2,857,800	2,923,535	2,944,932	2,849,146
Incidência por 10.000 nascidos vivos	0.03	0.01	0.00	0.00	0.00

Fonte: Sinasc - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Dados atualizados até 12/05/2021.
Os dados dos anos de 2020 e 2021 são preliminares e estão sujeitos a alterações

2020*	2021*
3	1
2,726,025	818,990
0.01	0.01

Tabela 02 - Frequência de óbitos por síndrome alcoólica fetal (SAF), por UF de residência, Brasil, 2015 a 2021*

UF Residência	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*
Rondônia	0	0	0	0	0	0	0
Acre	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas	0	0	0	0	0	1	0
Roraima	0	0	0	0	0	0	0
Pará	0	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	0	0	1	0	0	0
Maranhão	0	0	0	0	0	0	0
Piauí	0	0	0	1	0	0	0
Ceará	0	0	0	1	0	1	1
Rio Grande do Norte	0	0	0	0	0	0	0
Paraíba	0	0	0	0	0	0	0
Pernambuco	0	0	0	0	0	0	0
Alagoas	0	0	0	0	0	0	0
Sergipe	0	0	0	0	0	0	0
Bahia	0	1	0	0	0	0	0
Minas Gerais	2	1	0	0	0	0	0
Espírito Santo	0	0	0	0	0	0	0
Rio de Janeiro	0	0	0	0	0	0	0
São Paulo	0	0	0	0	1	0	0
Paraná	0	0	0	0	0	0	0
Santa Catarina	0	0	0	0	0	0	0
Rio Grande do Sul	1	0	1	0	0	0	0
Mato Grosso do Sul	0	0	0	0	0	0	0
Mato Grosso	0	0	1	0	0	0	0
Goiás	0	0	0	0	0	0	0
Distrito Federal	0	0	0	0	0	0	0
Ign	0	0	0	0	0	0	0
Total	3	2	2	3	1	2	1

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade. Dados atualizados até 12/05/2021.
*2020 e 2021 - Dados preliminares sujeitos a alterações.

Tabela 03 - Frequência de óbitos por síndrome alcoólica fetal (SAF), por faixa etária, Brasil, 2015 a 2021*

Fx Etar Infant 1	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*
< 7 dias	1	1	0	2	1	2	0
07-27 dias	0	0	0	0	0	0	0
28dias a <1 ano	1	0	2	1	0	0	1
Ignorado	1	1	0	0	0	0	0
Total	3	2	2	3	1	2	1

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade. Dados atualizados até 12/05/2021.
*2020 e 2021 - Dados preliminares sujeitos a alterações.

Tabela 04 - Frequência de óbitos por síndrome alcoólica fetal (SAF), por UF de residência e faixa etária, Brasil,

UF Resid	< 7dias	07-27dias	28dias a <1 ano	Ignorado	Total
Rondônia	0	0	0	0	0
Acre	0	0	0	0	0
Amazonas	1	0	0	0	1
Roraima	0	0	0	0	0
Pará	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0
Tocantins	0	0	1	0	1
Maranhão	0	0	0	0	0
Piauí	1	0	0	0	1
Ceará	2	0	1	0	3
Rio Grande do Norte	0	0	0	0	0
Paraíba	0	0	0	0	0
Pernambuco	0	0	0	0	0
Alagoas	0	0	0	0	0
Sergipe	0	0	0	0	0
Bahia	0	0	0	1	1
Minas Gerais	2	0	0	1	3
Espírito Santo	0	0	0	0	0
Rio de Janeiro	0	0	0	0	0
São Paulo	1	0	0	0	1
Paraná	0	0	0	0	0
Santa Catarina	0	0	0	0	0
Rio Grande do Sul	0	0	2	0	2
Mato Grosso do Sul	0	0	0	0	0
Mato Grosso	0	0	1	0	1
Goiás	0	0	0	0	0
Distrito Federal	0	0	0	0	0
Ign	0	0	0	0	0
Total	7	0	5	2	14

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade. Dados atualizados até 12/05/2021.

*2020 e 2021 - Dados preliminares sujeitos a alterações.

2015 a 2021*