



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Atenção à Saúde da Gestante em APS



**Maria Lucia Medeiros Lenz
Rui Flores**

Organizadores

Porto Alegre - RS

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. 2011

100%
SUS

Graus de Recomendação (resumo com enfoque de terapia/prevenção e etiologia/risco)

A: ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados consistentes.

B: estudos de coorte, caso-controle e ecológicos e revisão sistemática de estudos de coorte ou caso-controle consistentes ou ensaios clínicos randomizados de menor qualidade.

C: séries de casos, estudos de coorte e caso-controle de baixa qualidade.

D: opiniões de especialistas sem maior evidência explícita ou baseadas em fisiologia.

Fonte: Centre for Evidence-Based Medicine CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Levels of evidence.** Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>>. Acesso em: 24/01/2011

Atenção à Saúde da Gestante em APS

Presidente da República

Dilma Rousseff

Ministro da Saúde

Alexandre Padilha

Grupo Hospitalar Conceição

Diretoria

Diretor-Superintendente

Neio Lúcio Fraga Pereira

Diretor Administrativo e Financeiro

Gilberto Barichello

Diretor Técnico

Alexandre Paulo Machado de Britto

Gerente de Ensino e Pesquisa

Lisiane Bôer Possa

Gerente do Serviço de Saúde Comunitária

Ney Bragança Gyrão

Coordenador do Serviço de Saúde Comunitária

Simone Faoro Bertoni

Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação de Ações de Saúde

Rui Flores



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Atenção à Saúde da Gestante em APS



Maria Lucia Medeiros Lenz

Rui Flores

Organizadores

Porto Alegre - RS

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. 2011

100%
SUS

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823a Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição.
 Gerência de Saúde Comunitária
 Atenção à saúde da gestante em APS / organização
de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – Porto Alegre:
Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.
 240 p.: il.: 30 cm.

 ISBN 978-85-61979-11-9

 1.Medicina de família e comunidade. 2.Atenção
primária em saúde. 3.Saúde da gestante. I.Lenz, Maria
Lucia Medeiros. II.Flores, Rui. III.Título

 CDU 616-055.5/.7:618.2-082

Ficha catalográfica elaborada por Luciane Berto Benedetti, CRB 10/1458.

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 de responsabilidade dos autores de cada um dos capítulos. O livro poderá ser acessado na íntegra na página do Grupo Hospitalar Conceição <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>

Agradecimentos

Agradecemos às gestantes, seus bebês e suas famílias, principal motivação para a realização de
nosso trabalho.

Aos colegas do SSC, em especial àqueles que participam ativamente da manutenção e
aprimoramento do Programa de Gestantes nas diferentes unidades do SSC e no Monitoramento e
Avaliação

Aos demais colegas do GHC, responsáveis pelos segundo e terceiro pontos de atenção e
dispostos a fortalecer uma rede integrada de cuidados.

A Gerência de Ensino e Pesquisa, em especial aos colegas Airton Stein e Sérgio Sirena, sempre
disponíveis para nos orientar e nos oferecer o apoio necessário.

A bibliotecária Luciane Benedetti que de forma competente tem sido uma grande parceria do
SSC.

Nosso agradecimento especial ao Dr Sérgio Espinosa que vem revisando tecnicamente este
trabalho e sempre contribuindo com importantes sugestões.

Dedicatória

Dedicamos esse trabalho às gestantes de nosso território e a seus familiares, que nos escolhem
como profissionais para cuidar de sua saúde.

Organizadores

Maria Lucia Medeiros Lenz
Rui Flores

Revisores

Djalmo Sanzi Souza
Sérgio Espinosa

Autores**Agente Comunitária de Saúde**

Ana Lúcia da Costa Maciel

Assistente Social

Agda Henk
Edelves Vieira Rodrigues

Enfermeira

Lisiane Andreia Devinar Périco

Farmacêuticas

Elineide Gomes dos S. Camillo
Jaqueline Misturini

Médicos de Família e Comunidade

Carmen L. C. Fernandes
Daniela Montano Wilhelms
Felipe Anselmi Corrêa
Lêda Chaves Dias Curra
Lúcia Naomi Takimi
Margarita Silva Diercks
Maria Lucia Medeiros Lenz
Raul Miguel Alles
Renata Chaves

Renata Pekelman

Ricardo Augusto Lopes Fagundes
Rosane Glasenapp
Rui Flores

Médico Infectologista

Breno Riegel dos Santos

Médicos Obstetras

Rosane Teixeira
Sérgio Espinosa

Nutricionistas

Lena Azeredo de Lima
Maria Luísa de Oliveira Gregoletto

Odontólogos

Ananyr Porto Fajardo
Adriane Vienel Fagundes
Caren Serra Bavaresco
Daniel Demétrio Faustino-Silva

Psicóloga

Simone Faoro Bertoni

Colaboradores

Oswaldo Alfonso Artigalas (Médico Geneticista do HCC/GHC)
Ângela Fagundes (Médica Obstetra do HNSC/GHC)
Ivete Teixeira Canti (Médica Obstetra do HNSC/GHC)

Apresentação

O período de gestação e parto envolve grandes mudanças e requer uma adaptação à chegada do novo membro de uma família, constituindo-se, assim, em momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde a serem realizadas por profissionais de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

Ao atualizarmos as rotinas de Atenção à Saúde da Gestante no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) partimos de versões anteriores¹; da nossa prática em APS; dos depoimentos das mães, gestantes e familiares; das melhores evidências científicas e da colaboração de colegas do GHC e de outros serviços. Em todo o processo de elaboração, procuramos integrar os diferentes olhares das diversas categorias profissionais, objetivando o estímulo para a adoção de uma abordagem integral e qualificada para as gestantes e suas famílias.

Procuramos manter os enfoques descritos nas versões anteriores, que se complementam no sentido de reduzir morbimortalidade materna e infantil e promover melhor qualidade de vida das gestantes de nossas áreas de atuação. No entanto, a intenção atual é propiciar um maior envolvimento e participação das famílias através da escuta das suas histórias e suas impressões sobre as diferentes ações preconizadas.

Buscamos bases científicas que justificam nossas ações, sejam de educação em saúde, rastreamento, diagnóstico, condutas terapêuticas e encaminhamentos. Procuramos seguir e adaptar às nossas práticas as recomendações de serviços e instituições de referência em APS, tais como: Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, Centro Latinoamericano de Perinatologia (CLAP) e National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

Um pré-natal qualificado exige a participação e o comprometimento de uma equipe de APS integrada internamente e com os serviços que prestam cuidados na atenção secundária e terciária. Neste sentido, buscamos definir com clareza as diferentes formas de acesso aos nossos serviços de referência no GHC.

Esperamos, enfim, que o conjunto de recomendações aqui descritas possa servir como mais um subsídio às equipes na tomada de decisões para o adequado cuidado com a saúde de nossas gestantes.

Maria Lucia Medeiros Lenz

1 Versão 1 (2001) Autores: Maria Lucia Lenz, Idiana Luvison, Maria Amália Vidal, Margarita Diercks, Daniela Montano Wilhelms, Carmem Fernandes e Grupo de Auxiliares Administrativos.

Versão 2 (2006). Autores: Maria Lucia Lenz, Mário Tavares, Carmen Fernandes, Idiana Luvison, Renata Peckelman e Margarita Diercks.

Versão 3 (2008) Autores: Maria Lucia Lenz, André Klafke de Lima, Renata Pekelman e Lena Azeredo de Lima.

Sumário

1. O acompanhamento pré-natal no SSC do GHC.....	15
2. Aconselhamento pré-concepcional.....	19
2.1 Anamnese e recomendações.....	19
2.2 Exame físico.....	20
2.3 Exames complementares.....	21
2.4 Prescrições.....	21
2.5 Situações especiais.....	22
3. Diagnóstico de gestação, anamnese e orientações.....	25
3.1 Diagnóstico de gestação.....	25
3.2 Expectativas em relação à gestação.....	26
3.3 Anamnese da gestante.....	26
3.4 Orientações importantes.....	27
3.5 Orientações específicas quanto à amamentação.....	29
4. Imunização na gestação e puerpério.....	33
4.1 Recomendação geral.....	33
4.2 Vacinas recomendadas para gestantes pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) do Ministério da Saúde - Brasil.....	34
4.3 Recomendações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC).....	38
4.4 Viagem durante a gestação e necessidade de imunização.....	41
4.5 Imunização passiva durante a gravidez.....	41
4.6 Rastreamento pré-natal de doenças imunopreveníveis.....	41
4.7 A vigilância sobre a condição de vacinação dos contatos da gestante.....	42
4.8 A vacinação de mulheres que estão amamentando.....	42
5. Formação de vínculo com a gestante e sua família e aspectos psicológicos da gestação.....	47
5.1 A formação de bons vínculos.....	47
5.2 Aspectos psicológicos da gestação.....	48
5.3 Identificando gestantes que necessitam de cuidados adicionais.....	50
6. Alimentação saudável na gestação e puerpério.....	53
6.1 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional.....	53
6.2 Avaliação dietética.....	55
6.3 Recomendações nutricionais na gestação.....	57
6.4 Orientação nutricional em situações especiais.....	59
6.5 Hábitos a serem observados.....	60
6.6 Orientações de alimentação em algumas situações comuns na gestação.....	61
6.7 Alimentação da nutriz.....	62
7. O exame físico da gestante.....	69
7.1 Exame físico na primeira consulta de pré-natal.....	69
7.2 Descrição detalhada de alguns aspectos do exame físico.....	69

7.3 Propedêutica fetal.....	77
8. Solicitar e avaliar exames complementares.....	81
8.1 Exames complementares a serem solicitados para a gestante em pré-natal.....	81
8.2 Avaliação dos resultados dos exames solicitados	94
8.3 Exames sugeridos para serem solicitados ao parceiro da gestante	95
8.4. Ecografia fetal.....	95
8.5. Pesquisa de aneuploidias fetais	96
Referências.....	97
9. Medicamentos na gestação e puerpério	101
10. Diagnóstico e manejo de intercorrências clínicas mais frequentes.....	107
10.1 Náuseas, vômitos e hiperêmese	107
10.2 Constipação e hemorróidas.....	108
10.3 Azia	108
10.4 Síndrome do corrimento vaginal.....	108
10.5 Condiloma.....	108
10.6 Sífilis	108
10.7 Gonorréia e Clamídia.....	109
10.8 Herpes simples	109
10.9 Síndromes hemorrágicas	110
10.10 Distúrbios hipertensivos que complicam a gestação	111
10.11 Diabetes mellitus na gestação.....	112
10.12 Infecção do tracto urinário (ITU).....	113
10.13 Trabalho de Parto Prematuro (TPP).....	114
10.14 Gestação prolongada	115
10.15 Ruptura prematura de membranas (Rupreme).....	115
10.16 Asma.....	115
10.17 Anemia.....	116
11. Atenção à saúde bucal da gestante.....	119
11.1 Acompanhamento da gestante pela equipe de saúde bucal	119
11.2 Orientações sugeridas à equipe de saúde para serem fornecidas à gestante.....	125
12. Direitos sociais relacionados à gestação	133
12.1 Direitos sociais das gestantes	133
12.2 Gestantes em vulnerabilidade social.....	134
12.3 Direitos trabalhistas das gestantes.....	135
13. Fatores de risco gestacional	139
13.1 Características individuais e condições sócio-econômicas desfavoráveis	139
13.2 História reprodutiva anterior	140
13.3 História da gestação atual	141
13.4 Intercorrências clínicas crônicas	142
13.5 Considerações finais	142
14. O tabagismo e suas peculiaridades na gestação	145
14.1 O tabagismo na mulher	146
14.2 O tabagismo passivo	149

14.3 O tabagismo na gestação	150
14.4 Considerações finais	162
15. Serviços de referência no GHC de atenção à saúde da gestante e do feto	169
15.1 Ambulatório de pré-natal de alto risco.....	169
15.2 Unidade de Prevenção da Transmissão Vertical (UPTV)	170
15.3 Setor responsável pela visita à maternidade	171
15.4 Unidade de Patologia Obstétrica e Medicina Fetal: internação e ambulatório	171
15.5 Centro Obstétrico (CO).....	173
16. Abordagem familiar perinatal.....	175
16.1 Aspectos gerais da consulta com a família da gestante	175
16.2 Intervenções dirigidas às diversas fases do pré-natal e pós-parto	177
17. Atividades coletivas de educação e saúde	181
17.1 A importância de um grupo de gestantes.....	181
17.2 Fazendo o grupo de gestantes: etapas para sua realização	182
17.3 Exemplo de um encontro de um grupo de gestantes, seguindo os aspectos metodológicos sugeridos.	185
18. O acompanhamento pré-natal e o Agente Comunitário de Saúde	187
18.1 Identificação de gestantes na comunidade	187
18.2 Acompanhar as gestantes para um adequado pré-natal	187
18.3 A visita no puerpério.....	188
18.4 A visita domiciliar à gestante e sua família	189
19. A consulta de puerpério.....	191
19.1 Escuta com empatia.....	191
19.2 Identificar sentimentos e dificuldades em relação a diferentes aspectos	192
19.3 Avaliação clínica e ginecológica.....	192
19.4 Orientações a serem dadas a puérpera.....	193
19.5 Uso de método anticoncepcional durante o aleitamento	194
19.6 Intercorrências que se caracterizam como sinais de alerta no puerpério.....	195
20. Situações envolvendo abortamento	199
20.1 Definição e classificação de aborto.....	200
20.2 História clínica	202
20.3 Fatores de risco associados a aborto espontâneo	204
20.4 Condutas frente às situações de abortamento	205
20.5 Planejamento familiar pós-abortamento.....	207
20.6 Aspectos legais sobre aborto no Brasil.....	209
21. Sistema de informação e indicadores de avaliação da saúde da gestante no SSC	213
21.1 Indicadores de avaliação da atenção pré-natal no SSC.....	213
21.2 Fluxograma do sistema de informação para adequado acompanhamento da saúde da gestante no SSC	214
22. Anexos.....	217

1. O acompanhamento pré-natal no SSC do GHC

Maria Lucia Medeiros Lenz

Rui Flores

“Minha gravidez foi ótima, não tive nenhum problema, mas mesmo assim eu acho muito importante consultar todo o mês (no mínimo uma vez por mês), traz mais segurança para a gente”.

Gestante moradora do território de atuação do SSC

A atenção pré-natal de baixo risco, realizada por médico de família ou enfermeiro no SSC, refere-se ao conjunto de consultas ou visitas programadas da mulher gestante, complementadas pelos demais profissionais de saúde da Equipe, objetivando o acompanhamento da gestação e a obtenção de uma adequada preparação para o parto e para os cuidados com o bebê (FESCINA et al, 2007).

No território de atuação do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) nascem aproximadamente 1.000 crianças a cada ano e as consultas de pré-natal e de puericultura encontram-se entre os dez principais motivos de consulta em nossas Unidades de Saúde (BRASIL, 2009). Sendo assim, a atenção à saúde da gestante e criança continuam sendo ações prioritárias no SSC, que como serviço de APS, é porta de entrada de um sistema de saúde e caracteriza-se pela integralidade do cuidado, coordenação das diversas necessidades de saúde e continuidade da atenção (STARFIELD, 2002).

Altas coberturas de pré-natal, obtidas nos últimos anos (BRASIL, 2009), levam os serviços de APS a se preocuparem fundamentalmente com a qualidade do acompanhamento a gestante (VICTORA, 2003). O Ministério da Saúde (2006) ainda enfatiza essa necessidade justificando-a pela ocorrência de situações, tais como: a não erradicação da sífilis congênita, a hipertensão arterial entre as principais causas de óbito materno, os encaminhamentos inadequados ou tardios aos serviços de pré-natal de alto-risco e o fato da mortalidade materna brasileira ser ainda dez vezes maior que a de países desenvolvidos (BRASIL, 2006).

A atenção qualificada depende da provisão de recursos e da organização de rotinas com ações comprovadamente benéficas, evitando-se intervenções desnecessárias e estabelecendo-se relações de confiança entre as famílias e a equipe e autonomia da gestante (BRASIL, 2006). Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura.

O início do acompanhamento no primeiro trimestre da gestação permite a realização oportuna de ações preventivas, de diagnósticos mais precoces e de ações de promoção à saúde. Além disso, possibilita a identificação no momento oportuno de situações de alto risco que envolvem encaminhamentos para outros pontos da atenção, permitindo melhor planejamento do cuidado (FESCINA et al, 2007).

A periodicidade do pré-natal deve ser adequada a cada gestante em particular, ou seja, as gestantes em situações de maior risco, precisam ser acompanhadas mais de perto (FESCINA et al,

2007). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do MS estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de 6 consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2006). Alguns estudos, em países desenvolvidos, têm demonstrado que uma redução no número tradicional de consultas (12 a 14 consultas) não está associada a resultados adversos maternos e perinatais. Entretanto, associa-se essa redução a uma insatisfação da gestante em relação aos cuidados pré-natais. A rotina no SSC reforça a realização de consultas mensais até o sétimo mês, passando então a quinzenais no oitavo mês e semanais no último mês da gestação.

Considera-se um pré-natal completo aquele em que os conteúdos mínimos desenvolvidos garantam o cumprimento efetivo de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (FESCINA et al, 2007).

Assim, no SSC, as ações consideradas como fundamentais no acompanhamento pré-natal - que serão desenvolvidas detalhadamente nos próximos capítulos dessa Rotina de Atenção - são as seguintes: aconselhar o casal durante o período pré-concepcional; diagnosticar a gestação; procurar estabelecer vínculos, escutar, orientar e esclarecer dúvidas; orientar uma alimentação saudável e controlar o ganho de peso; atentar para o uso de medicamentos e drogas na gestação; realizar exame físico; solicitar e avaliar exames complementares; prescrever suplementação e orientar vacinação; diagnosticar e manejar intercorrências clínicas mais frequentes; encaminhar a gestante para atendimento odontológico; orientar recursos sociais e de apoio à gestante; identificar fatores de risco e referenciar ao pré-natal de alto-risco, quando necessário; conhecer os diferentes recursos disponíveis de atenção à gestante no GHC; realizar uma abordagem familiar adequada; realizar atividades de educação e saúde e visitas domiciliares; realizar abordagem adequada das situações que envolvem abortamento e prover cuidados de puerpério. Um guia resumo das principais recomendações estará disponível em cada sala de atendimento (anexo 1) com o objetivo de auxiliar os profissionais para uma consulta mais imediata.

Priorizamos ações de promoção e prevenção à saúde que são realizadas por - um grupo de profissionais com formações diversas e que atuam de forma integrada. Sendo assim, privilegiados na realização de um pré-natal qualificado. Além disso, a gestação é um momento especial para a formação e o fortalecimento de vínculos entre equipe e família, entre diferentes famílias da comunidade e, principalmente, do vínculo entre os pais e o futuro bebê, condição fundamental para o desenvolvimento saudável de qualquer criança.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério**. Atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Núcleo de Epidemiologia. **Relatório de Avaliação**, 2009. mimeo. mlenz@ghc.com.br
FESCINA, R. et al. **Salud sexual y reproductiva**: guías para el continuo de atencion de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília,DF: Unesco, 2002.

VICTORA, C. G.; CESAR, J. A. Saúde materno-infantil: padrões de morbimortalidade e possíveis intervenções. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

VILLAR, J. et al. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. **La Biblioteca Cochrane Plus**, Oxford, n. 2, 2007.

2. Aconselhamento pré-concepcional

Ricardo A. L. Fagundes

“Antes de engravidar, eu procurei o médico. Queria saber se estava tudo bem, ainda mais que eu já estou com 35 anos”

Gestante moradora do território de atuação do SSC/GHC

O aconselhamento pré-concepcional é parte integrante dos cuidados pré-natais e tem por objetivo possibilitar ações preventivas e o tratamento de patologias que possam prejudicar o curso saudável de uma gestação. Esta consulta, que idealmente deverá ser realizada com o casal, deve ocorrer preferencialmente antes da suspensão da anticoncepção. O profissional de saúde poderá ainda reconhecer precocemente as expectativas em relação à gravidez, o momento que a família está vivenciando e a sua história de vida.

As seguintes recomendações devem ser observadas, visando identificar problemas, avaliar riscos e prevenir doenças e malformações congênitas.

2.1 Anamnese e recomendações

- Questionar sobre **problemas de saúde**, tais como: epilepsia, diabetes, hipertensão, doenças psiquiátricas, doenças sexualmente transmissíveis, colagenoses (Lupus e outras), distúrbios da tireóide, doenças tromboembólicas, doenças infecciosas (rubéola, varicela, toxoplasmose, hepatite B, infecção urinária) e histórico vacinal (MAGALHÃES & SANSEVERINO, 2011).
- Identificar **uso de medicamentos** especialmente para hipertensão, epilepsia, tromboembolismo, depressão e ansiedade. Essas medicações devem ser revisadas e modificadas, conforme grau de risco (ver capítulo 9), antes da concepção (MAGALHÃES & SANSEVERINO, 2011).
- Identificar **hábitos** como tabagismo (ativo e passivo), ingestão de bebidas alcoólicas (e outras drogas), bem como, os alimentos preferencialmente ingeridos. Orientar sobre o risco de exposição à radiação no período concepcional inicial. A exposição pré-natal ao álcool é a principal causa de retardo mental passível de prevenção. O uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas deverá ser suspenso com a anticoncepção. Medidas farmacológicas auxiliares na interrupção do tabagismo não são seguras na gestação, logo, se necessárias, poderão ser utilizadas no período pré-concepcional (MAGALHÃES & SANSEVERINO, 2011). O capítulo 14 aborda de forma detalhada os riscos do tabagismo ativo e passivo, assim como o adequado manejo para a interrupção deste hábito.
- Identificar **história gineco-obstétrica**, especialmente o número de gestações, tipo de parto, peso ao nascer e intercorrências como abortamento, perdas fetais, hemorragias, pré-eclâmpsia. Estimular para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos.
- Avaliar as **condições de trabalho**, com orientação sobre riscos de exposição a tóxicos ambientais (asbesto, chumbo, radiação, pesticidas, solventes). Para avaliar direitos relativos a questões trabalhistas, vide capítulo 12, “Direito Sociais e trabalhistas relacionados à gestação”.

- Oferecer **aconselhamento genético** a casais que apresentam situação de risco: idade avançada (>35 anos), familiares portadores ou afetados por doença genética ou malformações, consanguinidade, história familiar de retardo mental, exposição ambiental com risco para o feto, uso crônico de medicamentos potencialmente teratogênicos (MAGALHÃES & SANSEVERINO, 2011), triagem sérica materna alterada (vide capítulo 8), alterações na ultra-sonografia (translucência nucal² ou morfológica) e história de abortamentos de repetição (3 ou mais abortamentos espontâneos). O encaminhamento para consulta com geneticista no período pré-concepcional pode ser realizado através do formulário de referência e contra-referência através da Central de Marcações de Consultas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre-RS.

O risco de alterações cromossômicas no feto aumenta com a idade materna, e este aumento é mais acentuado a partir dos 35 anos de idade. Conforme Geoffrey Rose (2010), “um grande número de pessoas com pequeno risco pode fornecer mais casos de doença do que um pequeno número de pessoas com alto risco”. O quadro nº 1 evidencia a razão de chances de ocorrer (odds ratio) a Síndrome de Down de acordo com a idade da gestante.

Quadro 1 – Razão de chances (odds ratio) para ocorrência de Síndrome de Down de acordo com a idade materna (MORRIS, 2002)

Idade em anos	Razão de Chances estimada para Síndrome Down
20	1/1528
25	1/1351
30	1/909
32	1/683
34	1/474
36	1/307
38	1/189
40	1/112
42	1/65
44	1/37
46	1/21
48	1/11

- **Recomendar**, então, aos casais que desejam engravidar, manter relações sexuais sem proteção, cinco dias antes da data prevista para a ovulação (9º dia em um ciclo padrão de 28 dias), podendo realizá-las em dias alternados, até cinco dias após a ovulação (19º dia em um ciclo padrão de 28 dias) (MAGALHÃES & SANSEVERINO, 2011).

2.2 Exame físico

- Exame físico da paciente: realizar ausculta cardio-respiratória, palpar a tireóide, aferir pressão arterial, realizar a antropometria (verificação de peso e da altura) e calcular o índice de massa corporal (IMC). O excesso de peso é um dos fatores de risco obstétricos mais comuns, sendo risco para diabetes, distúrbios hipertensivos na gestação, maior taxa de cesarianas e aumento de complicações anestésicas e pós-operatórias. No entanto, a perda de peso durante a gestação não é recomendada por aumento no risco de defeitos de fechamento do tubo neural, logo, programa para

² A translucência nucal deve ser realizada entre 11 e 13 semanas para o rastreamento de cromossomopatias. Aproximadamente 75% dos fetos portadores da síndrome de Down (trisomia do 21) possuem a translucência nucal aumentada.

redução de peso deve ser realizada no período pré-concepcional e não durante a gestação (MAGALHÃES & SANSEVERINO, 2011).

- Exame ginecológico completo: realizar exame de mamas, estimular o autoexame e coletar material para exame citopatológico do colo uterino (conforme rotina do Programa da Mulher do SSC).

2.3 Exames complementares

- Solicitar hemograma, glicemia de jejum, exame de urina (E.Q.U.), VDRL, sorologia para Toxoplasmose (IgG) e Anti-HIV (sempre com aconselhamento e consentimento) (MAGALHÃES & SANSEVERINO, 2011).
- Solicitar sorologia para rubéola se houver dúvida quanto ao histórico vacinal. Se IgG negativo, indicar vacinação. A vacina contra a rubéola deve ser realizada pelo menos um mês antes de suspender a anticoncepção (CDC, 2001), embora alguns autores recomendem aguardar 90 dias (MAGALHÃES & SANSEVERINO, 2011).
- Nas pacientes não vacinadas contra hepatite B e com maior vulnerabilidade (ex: profissionais da saúde, entre outros) pode ser realizado o rastreamento solicitando o exame HBsAg. A vacina é segura durante qualquer estágio da gestação e as pacientes não imunes e não infectadas com fatores de risco podem ser imunizadas (POLAND, 2004; KROGER et al, 2006). Três doses da vacina induzem títulos protetores (Anti-HBs \geq 10UI/mL) em mais de 90% dos receptores adultos saudáveis (BRASIL, 2001).
- Não deve ser esquecida a avaliação pré-concepcional do parceiro, incluindo VDRL e Anti-HIV (sempre com aconselhamento e consentimento).

2.4 Prescrições

Os defeitos de tubo neural (incluindo a espinha bífida, anencefalia e encefalocele) podem ser prevenidos com a administração de ácido fólico, entretanto, não há consenso na literatura sobre a dose a ser utilizada (WOLF et al, 2009; DEMIAN, 2010). Fescina (2007) preconiza o uso pré-concepcional de 0,4mg/dia de ácido fólico, sendo que as mulheres com antecedentes de feto com este tipo de malformação devem fazer uso de 4mg de ácido fólico/dia. O uso deve ser mantido até o final do primeiro trimestre da gestação. Fazer uso da medicação quando já foi detectada a gestação não contribui na prevenção de defeitos de tubo neural (o fechamento ocorre na 5ª semana pós a data da última menstruação). Entretanto, estão sendo estudados efeitos protetores sobre outras malformações, como cardiopatias e fendas orais (que ocorrem mais tardiamente). Desta forma, recomendamos usar o medicamento até o final do primeiro trimestre, mesmo em gestação já em curso. Na lista da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME, 2010) as apresentações de ácido fólico que se encontram disponíveis são de comprimidos de 5mg e solução oral de 0,2mg/ml (BRASIL, 2010). O Ministério da Saúde preconiza o uso de ácido fólico 5mg/dia, o qual deve ser iniciado 60 a 90 dias antes da concepção (BRASIL, 2005).

2.5 Situações especiais

2.5.1 - Mulheres infectadas pelo vírus HIV (ou parceiro infectado)

Segundo recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o controle pré-concepcional no casal portador do HIV pressupõe a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ (parâmetro de avaliação da imunidade) e a redução da carga viral de HIV circulante para níveis indetectáveis. Esses cuidados, acrescidos das técnicas de assistência preconizadas para a concepção em casais HIV+ (soro discordantes ou soro concordantes) e das ações para a prevenção da transmissão vertical durante toda a gestação, parto e pós-parto, incluindo a não amamentação, permitem que a gestação ocorra em circunstância de risco reduzido para a mulher e o bebê, promovendo melhores resultados maternos e perinatais. O casal que deseja gestar deve ser encaminhado a Unidade de Prevenção da Transmissão Vertical (vide cap 14).

2.5.2 - Mulheres diabéticas e/ou hipertensas

As mulheres diabéticas e hipertensas precisam ser informadas dos riscos na gestação. Ser diabética aumenta o risco materno de complicações crônicas como retinopatia, nefropatia, cardiopatia, neuropatia e, aumenta o risco do recém-nascido apresentar malformações. É importante otimizar o controle metabólico (hemoglobina glicada) antes da concepção, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associada ao acompanhamento dietético e nutricional. Essas condutas têm reduzido o risco da ocorrência de malformações fetais, abortamentos, macrosomia e mortes perinatais (BRASIL, 2005).

Quanto à hipertensão, o aumento da mortalidade materna e perinatal relacionam-se principalmente à sobreposição da pré-eclâmpsia, multiparidade, idade avançada e de complicações com o comprometimento de órgãos vitais. O MS recomenda que se avaliem principalmente as drogas que estão sendo utilizadas para o controle da pressão arterial, e, caso necessário, se faça a troca por drogas reconhecidamente seguras para o feto e a gestante, como metildopa e betabloqueadores. Existem critérios para a prescrição de anti-hipertensivos na gestação, o que muitas vezes pode ser suspensa. Se uma gestação for confirmada, inibidores da ECA devem ser substituídos imediatamente (BRASIL, 2005).

As mulheres hipertensas ou diabéticas deverão realizar o pré-natal no ambulatório de alto-risco (vide cap 13 e 15).

2.5.3 - Mulheres em uso de medicamentos de forma regular

O uso regular de medicamentos é freqüente e estima-se que 90% das mulheres consumam pelo menos um medicamento durante a gestação. Existem substâncias consideradas seguras ou sem evidência de risco e que, se necessário, devem ser escolhidas (vide capítulo 9). Especialmente em relação a mulheres portadoras de **epilepsia**, a orientação conjunta com o neurologista, para uso de monoterapia e de droga de menor potencial teratogênico (por exemplo, a carbamazepina), tem mostrado melhores resultados perinatais.

Um recurso que pode ser utilizado pelas equipes da APS é o SIAT (Sistema Nacional de Informação sobre Agentes Teratogênicos). Trata-se de um serviço gratuito de informação para médicos e pacientes sobre os efeitos de medicamentos e de outros agentes químicos, físicos e biológicos na

gestação. Esse serviço encontra-se localizado no Serviço de Genética Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

As consultas ao SIAT são destinadas a:

- gestantes;
- mulheres que planejam engravidar;
- pais de crianças que nasceram com algum tipo de malformação ou alteração de comportamento cujas mães foram expostas a algum agente externo potencialmente nocivo para o nenê (medicamentos, drogas, infecções, radiações, etc.);
- mulheres que estejam amamentando ou que planejam amamentar;
- profissionais de saúde que estejam assistindo pacientes em alguma das situações de risco teratogênico e
- profissionais da saúde que desejem informações atualizadas sobre o tema.

Como fazer a consulta?

- A consulta pode ser realizada por telefone através do número (51)3359.8008 ou pelo e-mail: **siat@gravidez-segura.org**

O site <http://gravidez-segura.org/> é a página do SIAT onde podem ser encontradas mais informações.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**: Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais**: RENAME. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Notice to readers: revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v. 50, n. 49, p. 1117, 2001. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/preg-guide.htm>>. Acesso em: 25 out. 2010.

DEMIAN, E. Assistência pré-concepcional. In: SOUTH-PAUL, J. E., MATHERNY, S. C.; LEWIS, E. L. **Current medicina de família e comunidade: diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, p. 165-172, 2010.

FESCINA, R. et al. **Salud sexual y reproductiva**: guías para el continuo de atencion de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Sistema Nacional de Informações sobre Agentes Teratogênicos (SIAT). **Gravidez segura**: idade e seus riscos. Disponível em: <http://gravidez-segura.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=5>.

Acesso em: 10 maio 2010.

KROGER, A. T. et al. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v. 55, n. RR15, p. 1-48, dec. 2006. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5515a1.htm>>. Acesso em: 25 out. 2010.

MAGALHÃES, J. A.; SANSEVERINO, MTV. Aconselhamento pré-concepcional. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MORRIS, J. K.; MUTTON, D. E.; ALBERMAN, E. Revised estimates of the maternal age specific live birth prevalence of Down's syndrome. **Journal of Medical Screening**, London, v. 9, n.1, p. 2-6, 2002.

POLAND, G. A.; JACOBSON, R. M. Prevention of hepatitis B with hepatitis B vaccine. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 351, n. 27, p. 2832-2838, dec. 2004.

ROSE, G. **Estratégias da medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WOLFF, T. et al. Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: an update of the evidence for the U.S. preventive services task force. **Evidence Syntheses**, Rockville, n. 70, may 2009.

3. Diagnóstico de gestação, anamnese e orientações

Maria Lucia Medeiros Lenz

Felipe Anselmi Correa

“Eu recebi muitas orientações no pré-natal, as mais importantes foram aquelas que alertaram para o não uso de álcool e drogas. Acho importante que as orientações não sejam contraditórias, senão a gente fica confusa”

Gestante moradora do território de atuação do SSC/GHC

3.1 Diagnóstico de gestação

Frente a suspeita de gestação, qualquer profissional da equipe de saúde deverá agendar **prontamente** uma consulta médica ou de enfermagem para o profissional de escolha da paciente. Um acompanhamento pré-natal eficiente deve iniciar precocemente, garantindo um maior número de ações de promoção, prevenção e recuperação, a identificação precoce de gestações de alto-risco e o planejamento eficaz do manejo de cada situação específica (FESCINA et al, 2007).

A confirmação da gravidez pelo profissional poderá ser feita através da anamnese, do exame físico e dos resultados dos exames complementares, quando forem necessários (BRASIL, 2006; FESCINA et al; FREITAS et al, 2006).

Presume-se que há gestação quando ocorrer: atraso menstrual, manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança no apetite, aumento da frequência urinária e sonolência) e/ou modificações anatômicas (aumento do volume da mama, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída do colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical).

A probabilidade de gestação aumenta com a presença de amolecimento da cérvix, o aumento do volume uterino, o aumento da revascularização das paredes vaginais (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de saco laterais) e a positividade da fração beta do hCG no soro materno, a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização, ou seja, antes que se perceba o atraso menstrual. Em caso de resultado negativo, poderá ser repetido o B-hCG em 15 dias, caso a amenorréia persista.

A certeza da gestação dá-se com a presença de batimentos cardíacos fetais (BCF) detectados por sonar (a partir da 10^a semana), a percepção dos movimentos fetais (a partir da 18^a a 20^a semana), e através da ultrassonografia (saco gestacional com 4-5 semanas menstruais, vesícula vitelina e atividade cardíaca como primeira manifestação do embrião com 6 semanas menstruais) (FREITAS et al, 2006).

O aumento do volume uterino na mulher gestante permite relacioná-lo a idade gestacional, conforme quadro 1.

Quadro 1. Relação da idade gestacional de acordo com o tamanho uterino

Semanas de IG	Tamanho uterino
Até 6ª semana	Não ocorre alteração
Até 8ª semana	Dobro do normal
10ª semana	Aumento de 3x o tamanho habitual, mas ainda não alcança a sínfise púbica
12ª semana	Ocupa toda a pelve, palpado na sínfise
16ª semana	Na metade da distância entre a sínfise púbica e cicatriz umbelical
20ª semana	Na cicatriz umbelical
A partir da 20ª semana	Existe uma relação aproximada entre as semanas e a altura uterina mas, quanto mais próximo do parto, menos fiel a correspondência.

Fonte: FREITAS et al, 2006; FESCINA et al, 2007)

3.2 Expectativas em relação à gestação

Além de diagnosticar a gravidez, é importante identificar-se quais são as expectativas do casal em relação à gestação e em que circunstâncias ela ocorreu. Essas constatações mostram em que momento do ciclo de vida e em que contexto se encontra a família, se o casal planejava ter filhos ou não e se usavam algum método anticoncepcional (vide capítulo 16, abordagem familiar perinatal).

A aceitação da gestação por parte do ambiente social imediato também poderá reforçar (ou não) a tendência da mulher para a maternidade (LANGER apud GUTFREIND, 2010).

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano (BRASIL, 2006, p. 15).

Quando as gestações não são desejadas, aumenta a probabilidade de acontecerem manobras abortivas em situação de risco, hiperêmese gravídica e repercussões emocionais que poderão influenciar na saúde da gestante e do bebê. Verifica-se que a depressão materna resulta menor cuidado pessoal e do bebê e são situações com maior risco de ocorrer em gestações não planejadas (FESCINA et al, 2007).

Estudo realizado em Pelotas (RS) evidenciou que mulheres que não aderiram ao acompanhamento pré-natal apresentavam as seguintes características: idade nas faixas reprodutivas limítrofes (adolescentes e com mais de 40 anos), falta de apoio familiar, reação negativa do parceiro em relação à gestação e gestação não planejada. Além disso, essas gestações resultaram em um maior número de crianças com baixo peso e com um coeficiente de mortalidade perinatal três vezes maior que nos recém-nascidos cujas mães realizaram pré-natal (HALPERN et al, 1998).

Somente entendendo melhor em que contexto está ocorrendo esta gestação é que podemos pensar e planejar um acompanhamento mais individualizado e conseqüentemente mais adequado.

3.3 Anamnese da gestante

Durante a primeira consulta de pré-natal, principalmente se a consulta pré-concepcional não foi realizada, é importante obter a **história clínica e familiar da paciente**, identificando especialmente a presença de história prévia de hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatias, diabetes, infecções, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e doenças psiquiátricas.

Deve-se identificar o **uso de medicações** e, se necessário, suspendê-las ou substituí-las por outras melhor estudadas quanto à segurança à saúde da mãe e do bebê. Em caso de dúvidas, orientamos a leitura do Capítulo 9 desta rotina.

A **história obstétrica** busca conhecer o número de gestações, a ocorrência de partos prematuros, intervalos entre os partos, peso do bebê ao nascimento, a ocorrência de aborto, de perdas fetais, hemorragias, diabetes, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e outras situações relacionadas a um maior risco para a saúde da mãe e bebê. O capítulo 13 aborda os fatores de risco gestacionais, no entanto optamos por enfatizar aqui os que são de risco para pré-eclâmpsia (NICE, 2010), por ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil (BRASIL, 2006):

Quadro 2. Fatores de risco para pré-eclâmpsia

- Nulíparas ou multíparas
- Gestação gemelar
- Gestante com 40 anos ou mais
- Intervalo entre as gestações > que 10 anos
- Hipertensão arterial prévia
- História familiar ou prévia de pré-eclâmpsia
- Diabetes
- Colagenoses
- Isoimunização ao fator Rh
- trombofilias
- Raça negra
- Obesidade (IMC = ou > 30 Kg/m²)
- Doença renal pré-existente

A gestante, ao vincular-se com o profissional de saúde, receberá uma carteira com as informações atualizadas sobre a sua gestação. Esse documento servirá de elo entre o serviço que prestou assistência pré-natal e o hospital (FREITAS, 2006; FESCINA et al, 2007; BRASIL, 2006). As informações sobre o acompanhamento pré-natal também devem ser registradas no prontuário individual em formulário específico, semelhante à carteira de pré-natal (Anexo 2).

3.4 Orientações importantes

- Orientar a gestante sobre a **importância do pré-natal**.

A gestante deve ser informada sobre os objetivos e a importância do pré-natal. O número de consultas, assim como forma de agendamento devem ser pactuados com as gestantes (NICE, 2010). A recomendação do MS preconiza que a equipe de saúde necessita garantir um número **mínimo** de 6 consultas à gestante; a primeira deve ocorrer no 1º trimestre; duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2006). Segundo recomendação do NICE (2010), gestantes nulíparas e que já tiveram filhos, e sem complicações, devem realizar 10 e 7 consultas respectivamente (NICE, 2010).

A rotina no SSC recomenda a realização de consultas mensais até o sétimo mês, passando, então, a quinzenais no oitavo mês e semanais no último mês, totalizando 12 consultas durante a gestação.

Recomenda também minimamente uma consulta com a equipe de saúde bucal que deve ser realizada preferencialmente no segundo trimestre (vide capítulo 11).

- Incentivar a **participação do pai** no pré-natal, no parto e nos cuidados com o recém-nascido. Segundo recomendação da OMS, o cuidado pré-natal precisa ser estendido para o casal e para a família, não se restringindo apenas ao cuidado da mulher e do seu filho (BRASIL, 2006). O Capítulo 16 sugere uma metodologia para a abordagem familiar no período perinatal.
- Orientar a mãe sobre **mudanças físicas e psicológicas** que ocorrem na gestação e procurar identificar a presença de depressão (vide capítulo 5)
- É necessário incentivar a manutenção de **atividade física** habitual e ginástica orientada, evitando exercícios violentos. As atividades físicas moderadas não se relacionam com efeitos adversos. A prática de alguns esportes que implicam em contatos físicos que possam causar acidentes, traumas abdominais (NICE, 2008) e mergulhos (pelo risco de doença descompressiva no feto) devem ser evitada (FREITAS et al, 2011).
- Orientar uma **alimentação saudável** que será detalhada no Capítulo 6.
- Orientar sobre **hábitos de vida** (NICE, 2010) abordando o banho quente com hidromassagem tendo em vista a sua associação com o risco de abortamento antes da 20ª semana de IG. A exposição a dois ou mais tipos de calor (ex: sauna, banhos quentes de imersão, febre) no primeiro trimestre está associada a maior risco de defeitos no tubo neural e a outras malformações congênitas (VILLAR et al, 2007). Embora a associação entre defeitos no tubo neural e hipertermia seja pequena recomenda-se que a temperatura materna não ultrapasse repetidamente 38,9°C. Para mulheres que costumam tomar banhos quentes ou fazer tratamento de imersão em água quente, a exposição deve ser limitada a 15 minutos em água a 39°C ou a 10 minutos em água a 40 ou 41° C. O uso de antipiréticos em doenças febris durante o início da gestação também aparenta ser uma prática prudente (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. SIAT, 2010).
- Não foram encontradas evidências de que existe uma quantidade segura de volume de álcool que possa ser ingerida durante a gestação, sendo assim, a abstinência é recomendada (FREITAS et al, 2011). O **consumo de álcool** durante a gestação está associado a defeitos físicos e alterações psíquicas e de desenvolvimento neurocomportamental denominados de síndrome alcoólica fetal O consumo de álcool durante a lactação pode diminuir a ejeção do leite e provocar transtornos neurológicos menores ao recém-nascido (FESCINA et al, 2007).
- O CDC estima que 3% das mulheres gestantes usam **drogas ilícitas** como maconha, cocaína, crack, e outras. O uso de cocaína durante a gestação aumenta o risco de abortamento, prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino, descolamento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, defeitos congênitos, retardo mental e outras alterações neurológicas (FESCINA et al, 2007). Freitas et al (2011) acrescenta o risco aumentado para hipertensão, proteinúria e convulsões. O uso de maconha relaciona-se ao retardo de crescimento intra-uterino, prematuridade e alterações neurológicas como uma síndrome de abstinência. As gestantes devem ser orientadas para não utilizarem maconha na gestação (NICE, 2010).
- São efetivas as intervenções sobre gestantes **tabagistas**, empregando material visual, com o objetivo de suspensão do uso de cigarro. E a gestante deve ser informada que parar de fumar em

qualquer estágio da gestação traz benefícios. Entre os riscos relacionados ao tabagismo durante a gestação, encontramos: baixo peso ao nascer, restrição do crescimento fetal, parto prematuro, aborto espontâneo, morte fetal, morte neonatal e diminuição da qualidade e quantidade de leite materno. O fumo passivo durante a gestação também aumentam as probabilidades de retardo de crescimento intra-uterino e risco de baixo peso ao nascer (FESCINA et al, 2007). Recomendamos leitura do capítulo 14, que aborda detalhadamente os riscos e a forma de abordagem da mulher gestante tabagista.

- Em relação a **viagens**, não existem restrições, sendo consideradas seguras até quatro semanas antes da data provável do parto (FREITAS et al, 2011). Em relação às viagens de carro é importante orientar a gestante sobre o uso do cinto de segurança de três pontas. As gestantes devem usar o cinto de segurança no automóvel, mantendo o abdômen livre, a porção superior deve cruzar sobre o peito, entre os seios, e a inferior deve cruzar o corpo sobre a pélvis. (NICE, 2008).
- Em longas viagens de avião recomenda-se o uso de meias elásticas visto que o seu emprego é efetivo na redução do risco de trombose (NICE, 2008; FREITAS et al, 2011).
- Identificar e discutir sentimentos comuns relacionados à **sexualidade** como: rejeição pelo companheiro, medo de lesar o feto, modificação na libido, ansiedade (vide capítulo 5). A gestante deve ser orientada que a atividade sexual na gestação não se encontra associada a nenhum resultado adverso (NICE, 2008). Atividade sexual no 3º trimestre não está associada com aumento do risco para trabalho de parto prematuro e deve ser evitada apenas em situações especiais como trabalho de parto prematuro vigente e ruptura prematura de membranas (FREITAS et al, 2011).
- Orientar **sintomas de pré-eclâmpsia** (NICE, 2010): cefaléia intensa, alterações visuais (visão borrada, luzes diante dos olhos), dor intensa abaixo das costelas, vômitos, edema súbito nas mãos, pés e face. Estes sintomas podem aparecer tanto na gestação quanto no puerpério imediato.
- Orientar sobre o **trabalho de parto** (sinais e sintomas) e o **tipo de parto** (BRASIL, 2006), reforçando às vantagens do parto vaginal e as indicações mais freqüentes de cesárea, tais como: procedimentos repetidos (2 ou mais cesáreas prévias), distócia ou falha na progressão do trabalho de parto, apresentação pélvica, feto não reativo.
- Estimular e orientar como realizar uma **visita à maternidade** (vide capítulo 15). A gestante tem direito, garantido por lei (Lei nº 11.108, de 7/04/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005), a **acompanhante de sua escolha** durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto.
- Orientar sobre a importância da **consulta de puerpério** (vide capítulo 19) e os **cuidados com o recém-nascido** (BRASIL, 2006).

3.5 Orientações específicas quanto à amamentação

A orientação para a **amamentação** durante a gestação merece uma atenção especial uma vez que pode aumentar a sua incidência e prolongar o período de aleitamento. É importante orientar também as mães que **não** poderão amamentar sobre formas de inibir a produção de leite (vide capítulo 19) e a alimentação a ser instituída.

As gestantes que poderão amamentar devem ser orientadas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, enfatizar a livre demanda, não oferecer bicos ou chupetas,

iniciar a amamentação preferencialmente na primeira hora de vida do bebê e sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo para a mulher, criança, família e sociedade. As vantagens serão listadas a seguir (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006):

Para a mãe: Fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, favorecimento da involução uterina, contribui para o retorno do peso normal, contribui para o aumento dos intervalos entre os partos, previne osteoporose, reduz risco para câncer de mama.

Para o bebê: fortalecimento do vínculo afetivo, alimento completo, facilita eliminação de mecônio e diminui incidência de icterícia no RN, protege contra infecções, diminui riscos para alergias, diarreias, asma, bronquiolite, obesidade infantil. Ocasiona um melhor desenvolvimento cognitivo e melhor desenvolvimento motor-oral (mastigação, deglutição, fala, respiração). Reduz hospitalizações, doenças em geral e óbitos.

Para a família e sociedade: O leite é limpo, pronto, na temperatura certa e gratuito. Diminui as internações hospitalares e seus custos.

Desde já se deve enfatizar que para amamentar é importante escolher um lugar mais tranquilo, uma posição confortável para ambos (mãe e bebê) e uma boa pega.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FESCINA, R. et al. **Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS.** Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GUTFREIND, C. **Narrar, ser mãe, ser pai & outros ensaios sobre a parentalidade.** Rio de Janeiro: Difel, 2010.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul. 1998. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman.** London: NICE, jun. 2010.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Serviço de genética médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Sistema nacional de informações sobre agentes teratogênicos (SIAT)**. Disponível em: <<http://gravidez-segura.org>> Acesso em: 16 set. 2010.

VILLAR, J. et al. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. **La Biblioteca Cochrane Plus**, Oxford, n. 2, 2007.

4. Imunização na gestação e puerpério

Lisiane Andreia Devinar Périco

“Eu comecei o pré-natal no convênio e depois fui fazer no Posto de Saúde. Fiquei impressionada que eles tinham o registro das vacinas que eu já havia feito. Isso foi muito bom, porque só precisei fazer uma dose de reforço da antitetânica”.

Gestante moradora do território de atuação do SSC

A gestação tem sido associada à supressão da função imunológica (humoral e celular) devido à necessidade do organismo materno acomodar um "corpo estranho" (SOUZA; FERREIRA, 2002), colocando a gestante, assim, numa condição de vulnerabilidade às doenças infecciosas. Além disto, recém-nascidos e lactentes jovens permanecem suscetíveis a diversas doenças causadas por vírus e bactérias durante os primeiros meses de vida (BRICKS, 2009).

A vacinação no período gestacional poderia ser uma ação de proteção para a saúde das gestantes e dos bebês, evitando algumas destas doenças através de vacinação. Em determinadas situações, a vacinação de gestantes beneficiaria não apenas a mãe, mas também protegeria seu filho por meio da passagem de anticorpos pela placenta, pelo colostro e leite materno (BRICKS, 2006). Porém, somente alguns imunobiológicos são recomendados para mulheres grávidas, devido ao temor de que as vacinas possam causar danos à gestante e ao feto (BRICKS, 2006).

Neste capítulo vamos abordar recomendações relacionadas à vacinação de mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas e de seus contatos, para orientação de médicos de família, enfermeiros e outros profissionais de saúde das equipes durante a realização do acompanhamento pré-natal no SSC.

4.1 Recomendação geral

Orienta-se avaliar a história vacinal de mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas e seus contatos através dos registros na carteira de vacinação e no sistema de informação utilizado pela unidade de saúde (prontuários e registros de vacinas), pois independentemente do período de atraso de uma vacina, não é necessário reiniciar os esquemas vacinais, somente completá-los seguindo as normas técnicas específicas para cada imunobiológico [D] (KREBS; CUNHA, 2009). Apenas registros escritos e com data devem ser aceitos como evidência de vacinação [D] (KREBS; CUNHA, 2009). Em geral, o estado imune em relação à determinada doença pode ser avaliado laboratorialmente. Se não for possível, a vacina poderá ser administrada, pois a vacinação de uma pessoa já imune não apresenta riscos adicionais, além das possíveis reações adversas descritas após a administração da vacina (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2006, 2008) [D].

4.2 Vacinas recomendadas para gestantes pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) do Ministério da Saúde - Brasil

Segundo o Manual de Normas de Vacinação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) em sua última edição, publicada no ano de 2001, em relação à vacinação de gestantes não há nenhuma evidência de que a administração de vacinas de vírus inativados (vacina contra a raiva, por exemplo) ou de bactérias mortas, toxóides (toxóide tetânico e toxóide diftérico) e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos (vacina contra infecção meningocócica e vacina contra hepatite B, por exemplo) acarretem qualquer risco para o feto. Entretanto, as vacinas vivas (vacina contra sarampo, contra rubéola, contra caxumba, contra febre amarela, BCG) são contraindicadas em gestantes. Contudo, quando for muito 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. (BRASIL, 2001) [D].

Após a vacinação com vacinas de vírus vivos recomenda-se evitar a gravidez durante um mês. Entretanto, se a mulher engravidar antes desse prazo, ou se houver aplicação inadvertida durante a gestação, o risco é apenas teórico e assim não se justifica o aborto em nenhum desses casos [D] (BRASIL, 2001).

A vacinação de rotina das gestantes é contra o tétano, geralmente combinada com a vacinação contra difteria, e contra a hepatite B. Outras vacinas poderão ser consideradas, dependendo de circunstâncias especiais, como a vacinação contra raiva e febre amarela. Estes casos poderão ser avaliados na própria unidade de saúde quando a vacina estiver disponível ou encaminhados para avaliação acompanhados de um relato por escrito aos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIEs), em Porto Alegre nos seguintes endereços:

- Hospital Sanatório Partenon – Rua Bento Gonçalves, 3722 - Partenon – Tel: (51) 3336.8802 - (51) 3901.1400
- Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV)- Av. Independencia, 661 - 6º andar - Centro - Tel. (51) 3289.3000 - 3289.3019

4.2.1 Esquema de vacinação contra o tétano

O esquema de vacinação de rotina contra o tétano é realizada para a prevenção do tétano no recém-nascido e para a proteção da gestante, com a vacina dupla do tipo adulto - dT ou, na falta desta, com o toxóide tetânico – TT, da seguinte forma [D]: (BRASIL, 2001):

A) Gestante não-vacinada

Esquema básico: consta de três doses, podendo ser adotado um dos seguintes esquemas:

- as primeiras duas doses com intervalo de dois meses (mínimo de um mês) - aplicando-se a primeira o mais precocemente possível - e a terceira, seis meses depois da segunda; caso só haja tempo para aplicação de duas doses, a segunda deve ser aplicada 20 dias, ou mais, antes da data provável do parto (esquema 0, 2, 8). O esquema de três doses, neste caso, deverá ser complementado posteriormente.
- três doses, de dois em dois meses (intervalos mínimos de um mês) - aplicando-se a primeira dose o mais precocemente possível; caso só haja tempo para aplicar duas doses, a segunda

deve ser aplicada 20 dias, ou mais, antes da data provável do parto (esquema 0, 2, 4). O esquema de três doses, neste caso, deverá ser complementado posteriormente.

Por motivos de ordem operacional, tem-se optado por um ou outro esquema nas diferentes regiões do país.

B) Gestante vacinada

Esquema básico: na gestante que já recebeu uma ou duas doses da vacina contra o tétano (DTP, DT, dT ou TT) deverão ser aplicadas mais duas ou uma dose, respectivamente, da vacina dupla tipo adulto (dT), para se completar o esquema básico de três doses. Essa terceira dose deve ser aplicada 20 dias ou mais antes da data provável do parto.

Reforços: de dez em dez anos; antecipar a dose de reforço se ocorrer nova gravidez cinco anos, ou mais, depois da aplicação da última dose. A dose de reforço deve ser aplicada 20 dias ou mais antes da data provável do parto.

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), embora não existam evidências de que os agentes etiológicos do tétano e da difteria sejam teratogênicos, esperar até o segundo trimestre de gravidez para administrar dT é uma precaução razoável para minimizar qualquer preocupação sobre a possibilidade teórica de tais reações [D] (CDC; 1991).

4.2.2 Vacinação contra a hepatite B

O Ministério da Saúde na Nota Técnica 39/09/CGPNI/DEVEP/SVS/MS, referente à vacinação de gestantes contra hepatite B na rede do SUS, determina o que segue:

- O Programa Nacional de Imunizações reforça a indicação da vacina contra hepatite B para as gestantes que apresentam sorologia negativa para hepatite B e que perderam a oportunidade de receber a vacina na rotina dos serviços. A administração da mesma está indicada após o primeiro trimestre de gestação. Essa estratégia contribuirá para a redução do potencial de transmissão vertical da doença e da tendência de cronificação (70% a 90%) quando ocorre a contaminação em idade precoce.
- A transmissão vertical ocorre predominantemente durante o parto, por meio de contato com sangue, líquido amniótico ou secreções maternas, sendo rara a transmissão via transplacentária, leite materno ou após o nascimento.
- A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a imunização para a hepatite B. As gestantes imunizadas para hepatite B, com esquema vacinal completo de três doses, não necessitam de reforço vacinal. Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber três doses da vacina nos intervalos de 0,1 e 6 meses e ou complementar o esquema já iniciado. A dose da vacina em microgramas ou mililitros varia de acordo com a idade: 0,5ml até 19 anos de idade e 1,0ml a partir desta, seguir as normas do PNI.
- Para gestantes em situação de violência sexual recomenda-se a administração de três doses da vacina quando a vítima não for vacinada e ou doses adicionais se estiver com esquema vacinal incompleto para hepatite B. Recomenda-se também dose única de Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), 0,06ml/kg, IM se a vítima for suscetível e o agressor AgHBs positivo ou pertencente a grupo de risco (usuário de drogas, portador de

DST/Aids, sorologia desconhecida para hepatite B, por exemplo). Quando indicada, a IGHAHB deve ser aplicada o mais precocemente possível, até no máximo, 14 dias após a violência sexual.

- As principais finalidades da vacinação contra a hepatite B são prevenir a doença aguda, impedir a cronificação da hepatopatia e sua evolução para a cirrose hepática e ou hepatocarcinoma e, ainda contribuir na redução da transmissão viral. As características da transmissão do vírus requerem estratégias diferenciadas de vacinação, para que sejam protegidos tanto os recém-nascidos quanto crianças, adolescentes e adultos. O PNI oferece a vacina contra a hepatite B nos calendários da criança, adolescentes, adultos e idosos. Para os adultos e idosos considera-se aqueles em condições específicas para controlar a infecção no país.
- Embora a vacinação contra hepatite B tenha sido iniciada em 1989, as coberturas vacinais acumuladas para a população de 1 a 19 anos de idade em 2009, dados parciais até março de 2009, demonstram que só 80,9% deste grupo etário recebeu a terceira dose da vacina e que existem muitas oportunidades perdidas de vacinação, resultando conseqüentemente em bolsões de não vacinados.
- Para tanto, a vacina contra hepatite B deverá ser disponibilizada em todos os serviços de vacinação do SUS independente da faixa etária da gestante.

A Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e o Programa Nacional para Prevenção e o Controle das Hepatites Virais informam que a vacina contra hepatite B está disponível nas salas de vacina dos serviços do SUS para gestantes, após o primeiro trimestre. As gestantes que não foram anteriormente vacinadas devem receber 3 doses (nos intervalos 0, 1 e 6 meses) durante a gestação e não é necessário reforço vacinal. As gestantes com esquema incompleto apenas devem completá-lo [D] (PARECER TÉCNICO nº 04/2010).

4.2.3 Outras vacinas

Gestantes também foram prioridade da CGPNI para receberem a vacina contra o vírus Influenza H1N1 na Campanha de Vacinação de 2010, apesar da vacina ser oferecida anualmente apenas para idosos.

A vacinação com vacina inativada contra influenza é recomendada para pessoas que estão em risco aumentado para complicações severas da gripe, incluindo-se mulheres que estarão grávidas durante a temporada de influenza [D] (CDC, 2006).

O Quadro 1 resume o esquema vacinal para mulheres não gestantes, gestantes e puérperas.

Quadro 1. Recomendações da Associação Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2010

Vacina	Esquemas	Indicação		
		Não gestante	Gestante	Puérpera
HPV (1)	A vacina <i>HPV</i> deve ser indicada somente para o sexo feminino, para a prevenção de infecções por papilomavírus. A vacina do laboratório MSD (com antígenos dos sorotipos 6, 11, 16 e 18), é indicada para idades entre nove a 26 anos, em três doses (esquema 0-2-6 meses). A vacina do laboratório GSK (com antígenos dos sorotipos 16 e 18 e o adjuvante AS04), é indicada para idades entre dez a 25 anos, em três doses (esquema 0-1-6 meses).	SIM	Contra indicada	SIM
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Uma ou duas doses (com intervalo mínimo de 30 dias) para mulheres com até 49 anos de idade, de acordo com histórico vacinal, de forma que todas recebam no mínimo duas doses na vida. Dose única para mulheres com mais de 49 anos de idade.	SIM	Contra indicada (1)	SIM
Hepatites A, B ou A e B (2)	Hepatite A: duas doses, no esquema 0-6 meses.	SIM	A ser considerada em situações de riscos especiais	SIM
	Hepatite B: três doses, no esquema 0-1-6 meses.	SIM	Recomendada	SIM
	Hepatite A e B: três doses, no esquema 0-1-6 meses. A vacinação combinada contra as hepatites A e B é uma opção e pode substituir a vacinação isolada contra as hepatites A e B.	SIM	A ser considerada em situações de riscos especiais	SIM
Vacinas contra difteria, tétano e coqueluche (3)	Com esquema de vacinação básica completo: reforço com dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) e, posteriormente, uma dose de dT (dupla bacteriana do tipo adulto), de dez em dez anos.	SIM	Vacina dT – recomendada Vacina dTpa – a ser considerada em situações de riscos especiais	SIM
	Com esquema de vacinação básica incompleto: uma dose de dTpa, seguida por duas doses de dT para completar o esquema 0-2-6 meses.			
	Durante a gestação: para a gestante, mesmo que esteja com o esquema de vacinação contra o tétano em dia, mas que tenha recebido a última dose há mais de cinco anos: uma dose de dT (vacina dupla bacteriana do tipo adulto).			
Varicela (catapora)	A partir dos 13 anos de idade: duas doses com intervalo de dois meses.	SIM	Contraindicada (1)	SIM
Influenza (gripe) (4)	Dose única anual.	SIM	Recomendada	SIM
Febre Amarela (5)	Uma dose (que deverá ser repetida de dez em dez anos) para quem vive ou vai se deslocar para áreas endêmicas.	SIM	Em geral contra indicada. Deve ser considerada em situações em que o risco da doença supere o risco da vacina	SIM
Meningocócica C conjugada (6)	Dose única.	SIM	A ser considerada em situações de riscos especiais	SIM

Fonte: SBIm – CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA MULHER

Comentários:

(1) Vacina de vírus atenuados tem risco teórico para o feto, portanto, contraindicada em gestantes.

(2) A vacina contra hepatite A é vacina inativada, portanto, sem evidências de riscos teóricos para a gestante e o feto. Deve ser preferencialmente aplicada fora do período da gestação, mas em situações de risco a exposição ao vírus não está contraindicada em gestantes.

(3) Como todos os componentes da vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) são substâncias inativadas, não há risco teórico do seu emprego durante a gravidez. No entanto, por ainda não existirem estudos de grande porte com essa vacina em

gestantes, não há segurança absoluta para que seja administrada nessas mulheres, preferindo-se, por enquanto, não indicar o seu uso rotineiro durante a gravidez. Para a prevenção do tétano neonatal, deve-se, portanto, preferir a vacina dupla do tipo adulto (dT). Na falta da dT, esta pode ser substituída pela vacina antitetânica (toxóide tetânico ou TT).

Em resumo, em situação ideal:

- a. Em gestantes previamente vacinadas, com pelo menos três doses de vacina contendo o toxóide tetânico (dT, DTP, DTPa ou TT), tendo recebido a última dose há mais de cinco anos: aplicar uma dose da dT no segundo trimestre da gravidez e uma dose de dTpa no pós-parto, seis meses (ou no mínimo dois meses) depois da última dose de dT.
- b. Em gestantes que receberam vacinação incompleta contra tétano nos últimos dez anos: concluir o esquema, com uma ou duas doses de dT (estas, com intervalo de dois meses), a partir do segundo trimestre de gravidez, e aplicar uma dose de dTpa no pós-parto, seis meses (ou no mínimo dois meses) depois da última dose de dT.
- c. Em gestantes cuja vacinação antitetânica anterior não for conhecida: aplicar duas doses de dT a partir do quarto mês de gravidez, com intervalo de dois meses, e uma dose de dTpa no pós-parto, seis meses (ou no mínimo dois meses) depois da última dose de dT.

(4) A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus da influenza.

(5) A vacina contra a febre amarela, apesar de vacina de vírus atenuado de risco teórico para o feto (e por isso contra indicada para gestantes), nos locais em que a doença seja altamente endêmica e os riscos de adquirir febre amarela superem os riscos de eventos adversos graves pela vacina anti-amarela, esta deve ser aplicada mesmo durante a gravidez. Essa vacina está contraindicada durante a lactação.

(6) A vacina meningocócica C conjugada é vacina inativada, portanto sem evidências de riscos teóricos para a gestante e o feto. No entanto, na gestação está indicada apenas nas situações de surtos da doença.

Observações:

Sempre que possível, evitar a aplicação de vacinas no primeiro trimestre de gravidez. **(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA MULHER; 2010) [D]**

Vacinas de vírus vivos (**tríplice viral, varicela e febre amarela**), se possível e de preferência, devem ser aplicadas pelo menos um mês antes do início da gravidez e nunca durante a gestação. **(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA MULHER; 2010) [D]**

4.3 Recomendações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), o risco para o feto em desenvolvimento com a vacinação da mãe durante a gravidez é essencialmente teórico. Não existem evidências de risco de vacinar as mulheres grávidas com vírus inativado ou vacinas bacterianas ou toxóides. As vacinas vivas representam um risco teórico para o feto. Os benefícios da vacinação de mulheres grávidas geralmente superam os riscos potenciais quando o risco de exposição à doença é alto, quando a infecção possa constituir um risco para a mãe ou o feto e quando é improvável que a vacina cause dano.

Geralmente, as vacinas de vírus vivos são contraindicadas para mulheres grávidas devido ao risco teórico de transmissão do vírus da vacina para o feto. Se uma vacina de vírus vivo inadvertidamente é dada a uma mulher grávida, ou se uma mulher engravidar dentro de 4 semanas após a vacinação, ela deve ser orientada sobre os potenciais efeitos sobre o feto, mas a vacinação não é normalmente uma indicação para interromper a gravidez. Se as vacinas vivas ou inativadas são utilizadas, a vacinação de mulheres grávidas deve ser considerada levando em conta a relação riscos versus benefícios - isto é, o risco que a vacinação oferece contra os benefícios de proteção em uma circunstância particular **[D]** (CDC, 2005).

4.3.1 Considerações do CDC relacionadas com vacinas do Calendário Básico de Vacinação Brasileiro

As recomendações do CDC em relação à vacinação de gestantes com as vacinas BCG, contra hepatite B, tétano, difteria, sarampo, caxumba, rubéola, dupla viral, tríplice viral, febre amarela e influenza são semelhantes às recomendações do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira de Imunizações. Vamos destacar algumas recomendações do CDC para vacinas específicas em caráter complementar as orientações que foram anteriormente referenciadas.

Sarampo , Caxumba e Rúbeola (Dupla e Tríplice Viral)

Sarampo, caxumba e rubéola e seus componentes vacinas não devem ser administrados a mulheres sabidamente grávidas, pois um risco para o feto decorrente da administração destas vacinas de vírus vivos não pode ser excluída por razões teóricas. As mulheres devem ser aconselhadas a evitar a gravidez por 28 dias após a vacinação contra o sarampo, caxumba e rubéola **[D]** (CDC, 2001).

Se uma mulher que não sabe que está grávida for vacinada ou se ela engravidar dentro de 4 semanas após a vacinação, ela deve ser orientada sobre a base teórica de preocupação com riscos para o feto; no entanto, a vacinação durante a gravidez não deve ser considerada como uma razão para interromper a gravidez **[D]** (CDC, 1998, 2006).

Mulheres rubéola suscetíveis que não são vacinadas porque afirmam que estão ou podem estar grávidas devem ser aconselhadas sobre o risco potencial para a SRC (Síndrome da Rubéola Congênita) e a importância de ser vacinadas logo que não estejam mais grávidas **[D]** (CDC;1998).

Meningocócica (MCV4) (conjugado)

MCV4 é segura e imunogênica entre as pessoas não grávidas com idade entre 11 e 55 anos, mas não existem dados disponíveis sobre a segurança dos MCV4 durante a gravidez. Mulheres que se tornam conscientes de que estavam grávidas no momento da vacinação MCV4 devem contatar o seu médico **[D]** (CDC, 2005).

Pneumocócica

A segurança da vacina pneumocócica durante o primeiro trimestre da gravidez não foi avaliada; não há relatos sobre conseqüências adversas em recém-nascidos cujas mães foram vacinadas inadvertidamente durante a gravidez **[D]** (CDC, 1997).

Febre Amarela

A segurança da vacinação contra a febre amarela durante a gravidez não foi estabelecida; a vacina deve ser administrada somente se a gestante necessitar viajar para área endêmica e houver um aumento do risco de exposição **[D]** (CDC, 2002).

Infecção do feto com a vacina aparentemente ocorre a uma taxa baixa e não tem sido associada a anomalias congênitas **[D]** (CDC, 2002).

As mulheres grávidas que precisam viajar para áreas onde o risco de febre amarela está alto devem ser vacinadas e, apesar da aparente segurança dessa vacina, as crianças nascidas dessas mulheres devem ser acompanhadas atentamente quanto a evidência de infecção congênita e outros possíveis efeitos nocivos resultantes da vacinação **[D]** (CDC, 2002).

Se a vacinação de uma mulher grávida é realizada, o teste sorológico necessário para documentar uma resposta imunológica à vacina pode ser considerado, porque existem evidências de

que a taxa de soroconversão para mulheres grávidas em um país em desenvolvimento é substancialmente menor do que a observada para os outros adultos saudáveis e crianças [D] (CDC, 2002).

Difteria, tétano e coqueluche acelular (dTpa)

A gravidez não é uma contraindicação para o uso de dTpa. Os dados sobre a segurança, imunogenicidade e os resultados na gravidez não estão disponíveis para as mulheres grávidas que recebem dTpa. Quando dTpa é administrada durante a gravidez, a passagem transplacentária de anticorpos maternos pode proteger a criança contra a coqueluche no início da vida. Eles também podem interferir com a resposta imune do bebê para doses de dTpa e deixar a criança menos protegida contra a coqueluche [D] (CDC, 2008).

ACIP recomenda dT quando a proteção contra o tétano e a difteria é necessária durante a gravidez. Em alguns casos, os profissionais de saúde podem optar por administrar dTpa em vez de dT para adicionar proteção contra a coqueluche. Quando dT ou dTpa é administrado durante a gravidez , o segundo ou terceiro trimestre é o preferido [D] (CDC, 2008).

Profissionais de saúde que escolhem administrar dTpa para as mulheres grávidas devem informar sobre a falta de dados sobre segurança, imunogenicidade e os resultados na gravidez [D] (CDC, 2008).

Nas situações com risco aumentado para a coqueluche os profissionais de saúde podem optar por administrar dTpa em vez de dT para proteção contra coqueluche em adolescentes grávidas porque a incidência da coqueluche é elevada entre adolescentes; em profissionais de saúde grávidas; em cuidadores infantis para evitar a transmissão para as crianças menores de 12 meses de idade e outras pessoas vulneráveis e em gestantes empregadas em uma instituição ou que vivem em uma comunidade onde a coqueluche aumentou [D] (CDC, 2008).

Hepatite A

A segurança da vacinação contra hepatite A durante a gravidez não foi determinada; no entanto, como a vacina é produzida a partir vírus da hepatite A inativado, o risco teórico para o feto em desenvolvimento deve ser baixo. O risco associado com a vacinação deve ser ponderado contra o risco de hepatite A em mulheres grávidas que podem estar em alto risco de exposição ao vírus da doença [D] (CDC,2006).

Poliomielite inativada (IPV)

Embora não tenha efeitos adversos do IPV documentados entre mulheres grávidas ou seus fetos, vacinação de mulheres grávidas deve ser evitada em termos teóricos. No entanto, se uma mulher grávida está em risco aumentado para infecção e requer proteção imediata contra a pólio, o IPV pode ser administrado de acordo com os intervalos recomendados para adultos [D] (CDC,2000).

Papilomavírus Humano (HPV)

As vacinas não são recomendadas para uso em mulheres grávidas; no entanto, teste de gravidez não é necessário antes da vacinação [D] (CDC,2010).

Varicela

Os efeitos da vacina contra o vírus varicela sobre o feto são desconhecidos, portanto, mulheres grávidas não devem ser vacinadas. Mulheres não gestantes vacinadas devem evitar engravidar por um mês após cada injeção **[D]** (CDC, 2007).

A virulência do vírus atenuado usado na vacina é menor que o do vírus selvagem, logo, o risco para o feto, se houver, deve ser ainda menor **[D]** (CDC, 2007).

Se a vacinação de uma mulher sem saber estar grávida ocorre ou se ela engravidar dentro de 4 semanas depois da vacinação contra a varicela, ela deve ser orientada sobre a base teórica de preocupação para o feto, porém a vacinação contra a varicela durante a gravidez não deve ser considerada como um motivo para interromper a gravidez **[D]** (CDC, 2006).

Raiva

Considerando as potenciais consequências do tratamento inadequado da exposição à raiva e que não há associação entre anormalidades fetais e a vacinação anti-rábica, a gravidez não é considerada uma contraindicação para profilaxia pós-exposição **[D]** (CDC, 1999).

4.4 Viagem durante a gestação e necessidade de imunização

Uma mulher grávida que esteja planejando viajar deve conversar com o profissional de saúde que está acompanhando o seu pré-natal para receber orientações sobre as vacinas necessárias. Para obter mais informações, consulte [Viajar durante a gravidez](#) e [Saúde do Viajante](#) encontrados no site do CDC. Ao orientar uma gestante em situação de risco muito alto para ocorrer a infecção natural pelos agentes dessas doenças (viagens a áreas endêmicas ou na 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 **[D]** (CDC, 2010).

4.5 Imunização passiva durante a gravidez

Não existe risco conhecido para o feto de imunização passiva de gestantes com preparações de imunoglobulinas **[D]** (CDC, 2010). As gestantes suscetíveis expostas à varicela ou com contato físico com herpes-zóster deverão receber imunoglobulina antivariçela-zóster em qualquer período da gestação **[D]** (SHERMANN; PORTO, 2009). Varicela Zoster Imunoglobulina deve ser fortemente considerada para mulheres grávidas que foram expostas **[D]** (CDC, 2007).

Grávida comunicante de caso de sarampo, com condição imunitária desconhecida, deve receber imunoglobulina humana normal **[D]** BRASIL, 2001).

4.6 Rastreamento pré-natal de doenças imunopreveníveis

Atualmente, o Immunization Practices Advisory Committee (ACIP) recomenda a triagem pré-natal para rubéola e hepatite B e avaliação pré-natal para a varicela:

Rubéola: triagem sorológica pré-natal é indicada para todas as mulheres grávidas que não tenham evidência aceitável de imunidade contra a rubéola. Após a conclusão ou término de suas gestações, as mulheres que não têm evidência sorológica de imunidade à rubéola ou documentação de vacinação contra a rubéola devem ser vacinadas com DV ou TV, antes alta do hospital **[D]** (CDC, 1998).

Hepatite B: todas as mulheres grávidas devem ser regularmente testadas para HBsAg durante o pré-natal, em cada gravidez, mesmo que tenham sido previamente vacinadas ou testadas. As mulheres que são HBsAg positivas devem ser encaminhadas a um programa de gestão de cuidados adequados para garantir que seus filhos recebam a profilaxia pós-exposição em tempo útil e acompanhamento. Para as mulheres que são HBsAg positivo deve ser fornecido encaminhamento para aconselhamento adequado e tratamento médico. Quando o HBsAg de mulheres grávidas não é viável (ou seja, em áreas remotas sem acesso a um laboratório), todas as crianças devem receber a vacina contra hepatite B ≤ 12 horas do nascimento e devem terminar a série vacinal contra a doença de acordo com um programa recomendado para recém-nascidos de mães HBsAg-positivas [D] (CDC, 2005).

Varicela: a avaliação pré-natal das mulheres para a evidência de imunidade contra varicela é recomendada. Após a conclusão de suas gestações, mulheres que não têm evidência de imunidade contra a varicela devem receber a primeira dose da vacina antes da alta da unidade de saúde. A segunda dose deve ser administrada 4 a 8 semanas mais tarde, o que coincide com a visita pós-parto (6 a 8 semanas após o parto). Para as mulheres que deram à luz, a segunda dose deve ser administrada na visita pós-parto. As mulheres devem ser aconselhadas a evitar a concepção durante um mês após cada dose de vacina contra a varicela [D] (CDC, 2007).

4.7 A vigilância sobre a condição de vacinação dos contatos da gestante

O último surto de rubéola ocorrido na cidade de Porto Alegre evidenciou uma situação de alerta: aconteceram casos de rubéola em gestantes onde a doença havia ocorrido primeiro em algum de seus familiares. É necessário que durante o pré-natal também seja avaliada a história vacinal de comunicantes próximos à gestante através dos registros na carteira de vacinação e no sistema de informação utilizado pela unidade de saúde (prontuários e registros de vacinas), principalmente em relação às doenças transmissíveis no contato pessoa a pessoa que expõe mãe e bebê a riscos (ex: rubéola) e cuja proteção se dá através de vacinas que não poderão ser administradas à gestante (ex: tríplice viral, varicela), procurando-se assim diminuir riscos de exposição. Encontrando-se indivíduos suscetíveis (não vacinados ou com esquema incompleto), as vacinas deverão ser administradas conforme os calendários de vacinação - ver calendários de vacinação de crianças, adolescentes, adultos e idosos em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448

4.8 A vacinação de mulheres que estão amamentando

Segundo o CDC, em relação à vacinação de mulheres que estão amamentando, nem vacinas inativadas nem vivas administradas a mulheres lactantes afetam a segurança da amamentação para mães e bebês; amamentação não prejudica a imunização e não é uma contraindicação para qualquer vacina, com exceção da vacina contra a varíola [D] (CDC, 2010).

Em relação à vacina contra Febre Amarela, a equipe poderá orientar-se pela NOTA TÉCNICA Nº 05/2010/CGPNI/DEVEP/SVS/MS que trata sobre a Recomendação da Vacina Febre Amarela VFA (atenuada) em mulheres que estão amamentando. Considerando as evidências científicas que demonstram as vantagens e a importância do aleitamento materno (AM) e diante da possibilidade de transmissão do vírus vacinal pelo leite materno, devem ser adotadas as seguintes medidas de precaução:

A. O adiamento da vacinação de mulheres que estão amamentando até a criança completar seis meses de idade, ou

B. Na impossibilidade de adiar a vacinação, durante o aconselhamento deve-se apresentar à mãe opções para evitar o risco de transmissão do vírus vacinal pelo aleitamento materno, tais como:

- Previamente à vacinação praticar a ordenha do leite, de preferência manualmente, e mantê-lo congelado por 15 dias em freezer ou congelador (seguir as técnicas de ordenha descrita no Caderno de Atenção Básica nº 23 – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar do Ministério da Saúde) para planejamento de uso durante o período da viremia, ou seja, por 14 dias após a vacinação, ou
- Encaminhar a mãe à rede de banco de leite humano, constituída por centros especializados, obrigatoriamente vinculados a um hospital materno e/ou infantil, responsável pela promoção do aleitamento materno e atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro.

Adicionalmente, a Secretaria de Vigilância em Saúde ressalta que são necessários estudos que expliquem a capacidade da veiculação do vírus vacinal através do aleitamento materno em mulheres que estão amamentando e que foram recém vacinadas para orientar futuras estratégias de vacinação contra febre amarela nas áreas afetadas pelo vírus [D] (NOTA TÉCNICA Nº 05/2010/CGPNI/DEVEP/SVS/MS).

Referências

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Red book**: 2006 report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de vacinação da mulher**. Disponível em: <http://www.sbim.org.br/sbim_calendarios2010_mulher.pdf>. Acesso em: 24 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 39/09/CGPNI/DEVEP/SVS/MS**: referente à vacinação de gestantes contra Hepatite B. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_hepatite007.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 05/2010/CGPNI/DEVEP/SVS/MS**: recomendação da vacina Febre Amarela VFA (atenuada) em mulheres que estão amamentando. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_05_2010_cgpni.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parecer Técnico nº 04/2010/CGPNI/DEVEP/SVS/MS E DST AIDS E HAPATITES VIRAIS /SVS/MS**: referente a atualização da indicação da vacina hepatite B nos serviços de saúde do SUS. 2010.

BRICKS, L. F. Gestação e lactação. In: CUNHA J. et al. **Vacinas e imunoglobulinas**: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 299-309.

BRICKS, L. F. Vacinação na gestação. In: COUTO, J. C. F.; ANDRADE, T. E. **Infecções perinatais**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2006. p. 653-70.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) part 1: immunization of infants, children, and adolescents. **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 54, n. RR-16, p. 12-4, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Diphtheria, tetanus, and pertussis: recommendations for vaccine use and other preventive measures: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 40, n. RR-10, p. 14, 1991.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 55, n. RR-15, p. 32-3, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Human rabies prevention: United States, 1999: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 48, n. RR-1, p. 17, 1999.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Measles, mumps, and rubella: vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 47, n. RR-8, p. 32-3, 1998.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Notice to readers: revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 50, n. 49, p. 1117, 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Poliomyelitis prevention in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 49, n. RR-5, p. 14, 2000.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 55, n. RR-10, p. 11-2, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevention and control of meningococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 54, n. RR-7, p. 15, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 55, n. RR-7, p. 15, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevention of pneumococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 46, n. RR-8, p. 6, 1997.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevention of pertussis, tetanus, and diphtheria among pregnant and postpartum women and their infants recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practice. **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 57, n. RR-4, p. 1-51.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 56, n. RR-4, p. 16, 24-26, 29-32, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). The role of BCG vaccine in the prevention and control of tuberculosis in the United States: a joint statement by the Advisory council for the elimination of Tuberculosis and the Advisory Committee Immunization Practices. **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 45, n. RR-4, p. 13, 1996.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Yellow fever vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 51, n. RR-17, p. 7, 2002.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases**. 10th ed. Washington, DC: Public Health Foundation, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). General recommendation on immunization: recommendation of the advisory committee on immunization practices (ACIP). **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 55, n. RR-15, p. 1-48, dec. 2006.

*CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Guidelines for vaccinating pregnant women**. 2010. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/preg-guide.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2010.*

KREBS, L. S.; CUNHA, J. Imunobiológicos: orientação geral para seu uso. In: CUNHA, J. et al. **Vacinas e imunoglobulinas**: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2009. p 199-207.

SHERMANN, M. T. M. T.; PORTO, M. A. Centro de referência em imunobiológicos especiais: política de criação e funcionamento. In: CUNHA, J. et al. **Vacinas e imunoglobulinas**: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 63-95.

SOUZA, A I.; B. FILHO, M.; FERREIRA, L. O. C. Alterações hematológicas e gravidez. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 1, mar. 2002.

5. Formação de vínculo com a gestante e sua família e aspectos psicológicos da gestação

Maria Lucia Medeiros Lenz

Simone Faoro Bertoni

“Eu não achei muito bom que no início do pré-natal eu tenha sido atendida por profissionais diferentes. Eles queriam me conhecer e, a cada consulta, me perguntavam as mesmas coisas. Depois, com o mesmo profissional fiquei muito mais segura”.

Puérpera moradora do território de atuação do SSC

“Eu queria e não queria engravidar, mas ao mesmo tempo, passar da idade me preocupava”.

Gestante moradora do território de atuação do SSC

5.1 A formação de bons vínculos

O bom vínculo entre o profissional e paciente ocorre a partir de uma atitude de escuta e compreensão. Essa relação que se estabelece está sempre envolvida por emoções conscientes ou não. O profissional necessita, antes de tudo, propiciar um espaço que permita com que a paciente sinta-se à vontade para contar sua história, falar de suas impressões, dúvidas e expectativas em relação à gestação e a chegada do bebê na família (BRASIL, 2006). É importante oferecer explicações simples, diretas e em linguagem acessível, respeitando os valores culturais da gestante. “Bom vínculo se faz com boa interação, oceano discreto e íntimo onde desemboca o rio caudaloso da narratividade” (GUTFREIND, 2010, p.52).

Torna-se imprescindível evitar abordagens intrusivas ou julgamentos. A gestação por si só gera sentimentos ambivalentes. A gestante “quer e não quer estar grávida ao mesmo tempo” (BRASIL, 2006, p.36). Devemos procurar identificar, conforme já mencionado anteriormente (capítulo 3), em que condições essa gestação está ocorrendo: se com ou sem companheiro, a existência de outros filhos, as experiências com gestações anteriores, se planejou a gestação e as condições sócio-econômicas da família. Deve-se procurar sempre levar em consideração as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente oferecer um cuidado biológico (BRASIL, 2006).

Recomenda-se sempre estimular a participação do pai no pré-natal para que ele se sinta envolvido com a gestação desde o início, facilitando esse processo de transição. A gestação, o parto e o nascimento são momentos de crise evolutiva da família com forte potencial de mudanças e formação de vínculos em geral. O capítulo 16 apresenta forma de abordagem familiar no período perinatal.

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção do profissional que realiza o pré-natal são fundamentais para que o conhecimento em saúde possa ser dividido com o paciente e sua família e ainda, propiciar uma maior compreensão e adesão às consultas e às recomendações.

5.2 Aspectos psicológicos da gestação

A compreensão sobre os sentimentos que permeiam a gestação, o parto e o puerpério é considerada uma habilidade essencial dos profissionais de saúde que assistem mulheres gestantes. O objetivo na aquisição deste conhecimento é de prevenir situações adversas, aliviar sintomas e facilitar a expressão e elaboração de sentimentos presentes durante um período de grandes transformações psíquicas (SARMENTO; SETÚBAL, 2003), ainda que, a forma como a gestante vive essas mudanças repercute intensamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê (MALDONADO, 1997).

Considera-se, entretanto, que a constituição da maternidade é um processo que se inicia muito antes da gestação, partindo das relações estabelecidas e da identificação da menina como mulher, pela atividade lúdica infantil, pelo desejo de um dia ser mãe e pela gravidez em si. A maternagem relaciona-se ainda a aspectos transgeracionais e culturais, ou seja, na forma como a família e a sociedade percebem esta mulher gestante (PICCININI et al, 2008).

A seguir, serão descritos alguns aspectos psicológicos e sugestões de abordagem de acordo com a evolução da gestação, momento em que a mulher de filha passa também a ser mãe, revivendo suas experiências anteriores como filha, necessitando reajustar seu relacionamento conjugal atual, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais. “Os medos relacionados com a perda do bebê, da sua própria autonomia, contrastam e equilibram-se de algum modo com a alegria, o orgulho e o desejo de ser mãe” (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

Em busca desse equilíbrio, que nem sempre ocorre, é que devemos nós, profissionais de saúde, atuar. Conhecendo os sentimentos dos pais e proporcionando um espaço para que eles falem (e principalmente sejam escutados) estaremos mais próximos de atingir os objetivos de uma atenção pré-natal adequada.

No início da gestação predominam os sentimentos ambivalentes, toda a gestante tem dúvidas quanto a querer ou não essa nova condição que irá torná-la mãe irreversivelmente. A mulher busca, na primeira consulta de pré-natal, a confirmação de sua gestação e de suas condições para gestar. Sente-se insegura quanto a isso, quer certificar-se que o bebê está bem e, muitas vezes, tem medo de que ocorra um aborto. Assim, ela busca o serviço de saúde como um recurso que lhe dará apoio e tranquilidade para superar e esclarecer suas dúvidas. O profissional deve reconhecer e compreender essa ambivalência sem julgamentos; valorizar sempre as queixas e dúvidas da gestante (evitando dizer apenas aquele “isso é normal”); deve procurar estabelecer uma relação de confiança, proporcionando um espaço para expressão, onde será possível conversar sobre todo o tipo de sentimento: tanto bom quanto ruim.

No segundo trimestre da gestação, a presença do bebê já é melhor percebida. Os movimentos do feto, a ausculta cardíaca, a visualização de sua imagem ecográfica, são constatações que favorecem essa percepção. A gestação passa então a representar um momento de desafio na preparação para um relacionamento a três e, ao mesmo tempo, na necessidade de manter o relacionamento com o companheiro, incluindo a sexualidade partilhada enquanto fonte de ligação emocional ao outro

(WIMMER-PUCHINGER, 1992, apud SILVA; FIGUEIREDO, 2005). Junto a essa demanda, o desejo, o interesse e a atividade sexual tendem a diminuir durante este período, podendo trazer tensões e várias dificuldades no relacionamento sexual com o cônjuge. A importância do profissional de saúde em estar atento a essas questões refere-se a informar acerca da flutuação normal da atividade sexual neste período; considerar possíveis sentimentos, receios e dificuldades que surgem com maior frequência a este nível e/ou, alertar para outras formas de experienciar a sexualidade de modo a diminuir o desconforto para a mulher, caso venha a existir (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

Gutfreind (2010), ao abordar de forma singular sobre a parentalidade, se refere ao período gestacional como um momento rico de idealização e sonho. Sonhar é sempre importante. No entanto, os pais também canalizam nesse momento, por intermédio do filho que virá, frustrações, principalmente as não historiadas/ditas/expressas, em prol da sua própria satisfação. Precisamos estar atentos para as diferenças entre esse bebê imaginado e o bebê real, que poderão vir acompanhadas de muita decepção, constituindo-se em “um abismo que cutuca o amor próprio e essencial para o desempenho no papel de pais” (GUTFREIND, 2010, p. 75), atrapalhando assim a relação dos pais com o filho. Por isso, nesse momento de gestação, torna-se importante ouvir, escutar, procurar entender os sentimentos – as histórias - expressos pelos pais, muitos vindos de longe, de suas próprias infâncias.

Segundo ainda Gutfreind, referindo-se ao processo da parentalidade:

A capacidade de elaborar esta crise depende do grau de narratividade desenvolvido ao longo da vida e, especialmente, em seus primórdios: quanto mais banhado de histórias e situado em sua própria, mais capacidade o bebê terá de levá-la a adiante na hora do solavanco” (2010, p. 47).

A narratividade, que inclui simbolização, criação, escolha e construção, é descrita pelo autor como mais um instrumento de resiliência.

Embora os sentimentos vão e voltem e não sejam divididos em “trimestres”, no terceiro trimestre da gestação a ansiedade costuma relacionar-se mais com o parto e sua imprevisibilidade, o medo da dor e o medo da morte. A mulher tem receio também que durante o trabalho de parto sua genitália seja dilacerada (que se “rasgue”) e que isso modifique sua feminilidade (SARMENTO; SETÚBAL, 2003), subsistindo então a ideia de irreversibilidade relativa à imagem corporal anterior à gravidez (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

A internação em si também preocupa a gestante pois o hospital é um ambiente desconhecido e “assustador”. Portanto, estimular uma visita prévia à maternidade poderá deixar a gestante mais segura e tranquila, minimizando a ansiedade (Ver no cap 15 como referenciar a gestante para uma visita ao HNSC).

Existem ainda, junto a todos esses sentimentos, preocupações em relação ao seu desempenho, a sua capacidade para exercer a maternidade e, principalmente com a saúde do bebê.

De uma maneira geral, recomenda-se ao profissional ouvir, escutar e evitar orientações excessivas, transmitir informações simples, claras e sempre de acordo com o interesse e individualidade de cada gestante (SARMENTO; SETÚBAL, 2003). No entanto, escutar com atenção e empatia, a cada

dia parecem ser tarefas mais difíceis e, ao mesmo tempo, tão necessárias no pré-natal, que ocorre em meio à alta demanda ambulatorial e a uma pressa, digamos que coletiva.

5.3 Identificando gestantes que necessitam de cuidados adicionais

5.3.1 Gestantes em situação de alto risco

O MS, em sua recente publicação sobre gestação de alto risco, ressalta:

Na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, a começar pelo rótulo que se lhes dado, “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 a 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 a vivência do luto, pela “morte da gravidez” idealizada. Surgem sentimentos de culpa, raiva, censura. (BRASIL, 2010. pg 16)

5.3.2 Identificando doença mental

Desde os primeiros contatos com a gestante, os profissionais de saúde devem estar atentos a sua saúde mental. Durante a anamnese é importante questionar sobre a história passada ou atual de patologias mais graves como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose puerperal e depressão severa. Também se deve questionar sobre o uso de medicamentos para tratamento de doenças mentais, internação psiquiátrica prévia e história familiar de doenças mentais. No período puerperal, principalmente entre 4 – 6 semanas e entre 3 – 4 meses após o parto, recomenda-se perguntar à gestante:

- Durante o último mês, você freqüentemente se sentiu incomodada com sentimentos de desânimo, tristeza e desesperança?
- Durante o último mês você freqüentemente se sentiu incomodada por sentir-se pouco interessada e sem prazer em fazer as coisas?

Caso a gestante tenha respondido positivamente a alguma dessas questões, recomenda-se perguntar:

- Em algum momento, você sentiu a necessidade de pedir ajuda por se sentir desta forma?

A partir da identificação, com esses questionamentos, de possível transtorno mental durante a gestação ou puerpério, qualquer profissional da equipe poderá encaminhar a gestante para uma consulta com o seu médico de família de referência para uma melhor avaliação. Tratando-se de patologias mais severas como transtorno bipolar ou esquizofrenia, a gestante deve ser referenciada ao psiquiatra após avaliação e combinação com o seu médico de família (NICE, 2010).

Para finalizar esse capítulo, apresentamos um trecho do livro *Narrar, ser mãe, ser pai*, de Celso Gutfreind (2010, p.76).

Sim, é como se saísse sangue. É como uma bolsa que rompe, esguichando líquido e esperança. A mãe imagina o seu bebê desde que era criança e brincava de boneca ou de futuro. O bebê imaginado, no presente, é o conteúdo dessas representações. A função narrativa ganha importância outra vez. Houve espaço para a construção, em palavras com afetos, das imagens? Elas se soltaram da língua parálitica da mãe-poeta? Elas puderam se tornar metáforas? De coisas puderam virar palavras? Foram ouvidas com empatia? Houve tempo para a elaboração? Foi possível construir sentidos? Perder ideais, ganhar histórias e filhos livres do que não conseguimos fazer? Aceitar a vida (a transmissão da vida) como ela é? Ou haverá, como na mudança dos níveis hormonais, devastadora decepção, traduzida em depressão pós-parto?

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Atencao a Saude. Departamento de Acoes Programaticas Estrategicas. *Gestacao de alto risco: manual tecnico / Ministerio da Saude, Secretaria de Atencao a Saude, Departamento de Acoes Programaticas Estrategicas*. – 5. ed. – Brasilia : Editora do Ministerio da Saude, 2010.

GUTFREIND, C. **Narrar, ser mãe, ser pai & outros ensaios sobre a parentalidade**. Rio de Janeiro: Difel, 2010.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1997.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman**. London: NICE, jun. 2010.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constitui o da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais na gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, jul./set. 2003.

SILVA, A. I.; FIGUEIREDO, B. Sexualidade na gravidez e após o parto. **Psiquiatria Clínica**, Braga, v. 25, n. 3, p. 253-264, 2005.

6. Alimentação saudável na gestação e puerpério

Lena Azeredo de Lima

Maria Luísa de Oliveira Gregoletto

“Me sinto melhor e sei que é bom para o bebê me alimentar bem. Consumo bastante frutas, pois tem vitaminas”

“É importante alimentar-se bem, tanto para a mãe como para o desenvolvimento do bebê”

Gestantes moradoras da área atuação do SSC/GHC

Durante o período gestacional o corpo de uma mulher sofre mudanças fisiológicas que afetam o seu sistema orgânico e as vias metabólicas com a finalidade de favorecer o crescimento adequado do bebê. Deste modo, as escolhas alimentares e o ganho de peso adequado são fatores decisivos para o crescimento e desenvolvimento do bebê (EHRENBERG et al, 2003; BUTTE et al, 2003; WHITNEY, ROLFES, 2008).

O cuidado nutricional no pré-natal tem sido valorizado pelo impacto no resultado obstétrico e se mostra de grande relevância para a saúde pública. A prevenção ou a detecção precoce de gestantes com estado nutricional inadequado permite ao profissional intervir de maneira efetiva na redução de morbimortalidade perinatal e no sucesso do aleitamento materno (SIEGA-RIZ; KING, 2009; ACCIOLY, 2002).

6.1 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional

Objetivos:

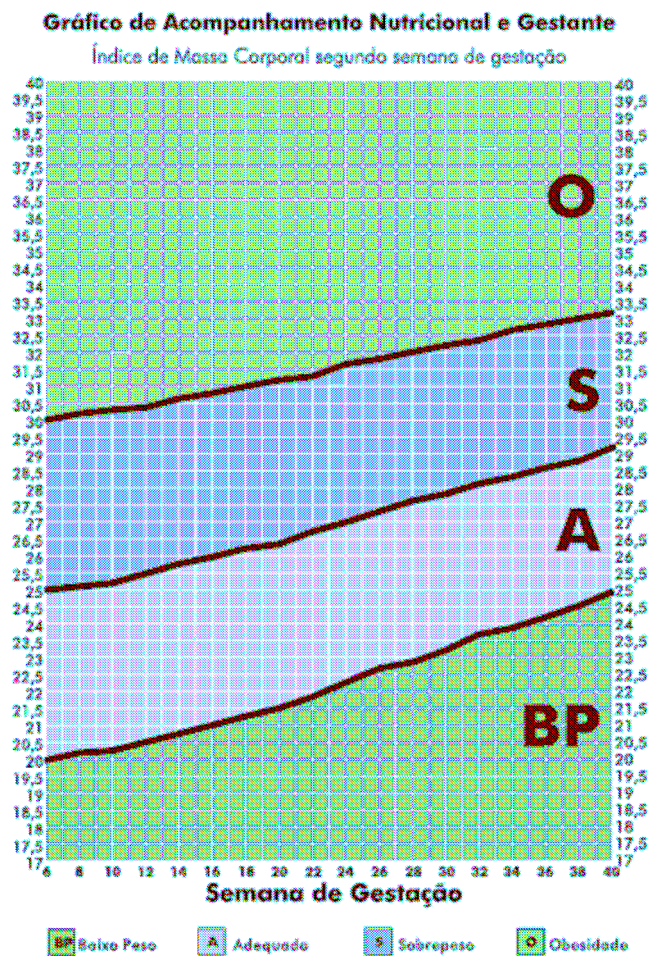
- Identificar as gestantes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso ou obesidade) no início da gestação;
- Detectar as gestantes com ganho de peso baixo ou excessivo para a idade gestacional;
- Realizar orientação individual, visando à promoção do estado nutricional materno adequado, as condições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

6.1.1 Verificação do estado nutricional conforme semana gestacional

- Verificar seu peso atual e estatura;
- Calcular o IMC;

Inserir o IMC encontrado, conforme semana gestacional, no gráfico de acompanhamento nutricional da gestante (figura 1 e anexo 2)

Figura1. Gráfico de Acompanhamento Nutricional e Gestante



Obs: Este gráfico está disponível em tamanho maior como anexo 2.

6.1.2 Estimativa do ganho de peso para o período gestacional

- Calcular Índice de Massa Corpórea (IMC), utilizando o peso anterior à gravidez (peso pré-gestacional) informado pela gestante e sua estatura, conforme fórmula abaixo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (cm}^2\text{)}}$$

- Verificar conforme classificação do peso pré-gestacional (quadro 1).

Quadro 1. Classificação do estado nutricional segundo IMC

IMC	Classificação
≤ 18,5	Baixo peso
18,5-24,9	Eutrófico - Adequado
25- 29,9	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: BRASIL, 2004.

- Recomendação de ganho de peso durante a gestação conforme a classificação do IMC (quadro 2 e anexo 2).

Quadro 2. Recomendação do ganho de Peso na Gestação

	Aumento total de peso (kg)	Aumento de peso no segundo e terceiro trimestre (kg/semana)
Baixo peso	12,5- 18,0	0,5 (entre 0,5-0,6)
Peso adequado	11,5-16,0	0,5 (entre 0,4-0,5)
Sobrepeso	7,0-11,5	0,3 (entre 0,2-0,3)
Obesidade	5,0-9,0	0,2 (entre 0,2-0,3)

Fonte: ICSI *apud* IOM, 2009.

6.1.3 Classificação do estado nutricional e conduta

O estado nutricional pré-gestacional define qual será a recomendação de ganho de peso a ser adotada durante a gestação. Essa informação pode ser colhida em qualquer momento da gestação para estimar o total de ganho de peso esperado ao final das 40 semanas. O peso pré-gestacional é o ponto de partida para o traçado da curva de ganho de peso representada no quadro 3.

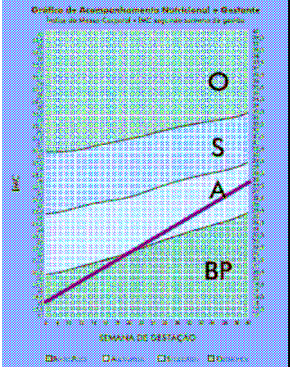
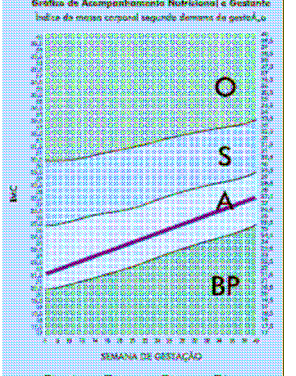
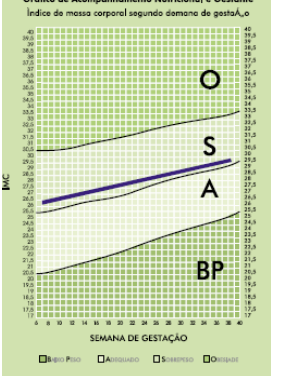
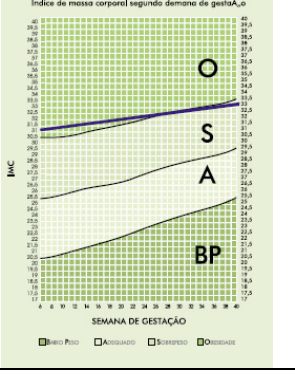
6.2 Avaliação dietética

O objetivo da avaliação dietética é de identificar o padrão alimentar da gestante, hábitos errôneos, suas crenças e prever possíveis deficiências nutricionais.

Para avaliar o padrão alimentar da gestante, o profissional deve investigar:

- A história de dietas anteriores e/ou atuais e dieta vegetariana;
- Ganho de peso e comportamento alimentar em gestações prévias;
- Número de refeições realizadas durante o dia e seus respectivos horários, o local onde a gestante realiza as refeições, quem prepara, a forma de preparo das refeições, o tipo e as quantidades de alimentos;
- A intolerância, aversão ou alergia a alimentos, quais?
- A associação de alimentos com pirose, vômitos, refluxo, trânsito intestinal ou algum outro desconforto.
- Consumo de refrigerantes, bebidas alcoólicas, cafeína, produtos dietéticos, açúcar e gordura em excesso;
- A existência de tabus alimentares por parte da gestante e/ou de sua família.

Quadro 3. Classificação do estado nutricional da mulher gestante

Classificação	Conduta	Exemplo
Baixo Peso	<p>Curva de ganho de peso: deve apresentar inclinação ascendente, em direção ao estado nutricional adequado.</p> <p>Investigar história familiar, hiperemese gravídica, infecções, parasitoses, anemias, doenças debilitantes;</p> <p>fornecer orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis;</p> <p>agendar consulta de pré-natal em intervalos menores e encaminhar ao nutricionista (nas unidades em que há o profissional).</p>	
Adequado	<p>Curva de ganho de peso: deve apresentar inclinação ascendente, mantendo-se no estado nutricional adequado.</p> <p>Acompanhar estado nutricional nas consultas de pré-natal</p>	
Sobrepeso	<p>Curva de ganho de peso: deve apresentar inclinações ascendentes, acompanhando as linhas que delimitam a faixa de sobrepeso (inferior ou superior) ou obesidade (inferior).</p> <p>Investigar obesidade pré-gestacional, edema, polihidrânio, diabetes gestacional, gravidez múltipla;</p>	
Obesidade	<p>identificar erros alimentares que contribuam para o excesso de peso e corrigir;</p> <p>o objetivo não deve ser a perda de peso, mas o ganho de peso recomendado;</p> <p>encaminhar ao nutricionista (nas unidades em que há o profissional).</p>	

Fonte: BRASIL, 2004.

6.3 Recomendações nutricionais na gestação

6.3.1 Necessidades energéticas

As necessidades energéticas são aumentadas durante a gestação, mas isso não significa “comer por dois”. Estudos observacionais demonstraram que há forte e positiva associação entre o ganho de peso e a ingestão energética com o crescimento fetal, e provavelmente com redução de riscos de nascimento pré-termo (KRAMER; KAKUMA, 2010).

Durante o primeiro trimestre, a ingestão energética da gestante deve ser semelhante à pré-gestacional (VÍTOLO, 2008). Segundo os comitês oficiais FAO/OMS (1985) e NRC (1989), adiciona-se entre 200 e 300 Kcal/dia ao cálculo de Valor Energético Total (VET) para o 2º e o 3º trimestre de gestação, conforme cálculo a seguir:

Gasto energético total da gestante = VET + 200 a 300 kcal (a partir do 2º trimestre)

As sugestões práticas (opções) para que a gestante obtenha um acréscimo de 200 – 300kcal/dia na sua alimentação, são as seguintes:

Acrescentando 1 sanduíche:

- 1 pão (tipo cacetinho) ou 2 fatias de pão de forma
- 1 fatia de queijo prato
- 1 fatia de presunto magro
- 1 ponta de faca de margarina/manteiga

Acrescentando 1 fruta + 1 copo de iogurte

- 1 unidade; maçã, pêra, laranja, caqui, banana, goiaba
- 2 unidades: bergamota, kiwi, ameixas,
- 2 fatias de abacaxi
- 1 fatia de: mamão, melão ou melancia

Acrescentando 1 fruta + 1 copo de leite + 1 barra de cereal

Acrescentando 1 fatia média de bolo sem cobertura

Acrescentando 2 colheres de sopa de arroz + 1 concha de feijão

Acrescentando 2 pegadores de massa ao sugo

Acrescentando 1 copo de vitamina (1 fruta e 1 xícara de leite) com 6 bolachas de água e sal

6.3.2 Necessidades de vitamina e sais minerais

As gestantes têm necessidades aumentadas para a maioria dos nutrientes, porém a capacidade de absorção e aproveitamento (biodisponibilidade) destes alimentos se modula conforme as reservas corporais (LIM; YII; CHENG, 2009). Por exemplo, uma gestante que possua uma reserva corporal insuficiente de cálcio, terá a absorção aumentada deste nutriente. O quadro 4 mostra os principais nutrientes, suas principais fontes e funções, que devem ser ingeridos durante o período gestacional.

6.3.3 O prato saudável

Para o bebê receber uma nutrição adequada a gestante deve possuir uma alimentação que contemple os seguintes princípios (ESCUADERO, 1934):

- **Quantidade** – suficiente. A quantidade de alimentos ingerida deve ser suficiente para atender a necessidade energética diária do indivíduo.
- **Qualidade** - variedade da dieta. O planejamento alimentar deve contemplar todos os nutrientes.

- **Harmonia** - quantidade *versus* qualidade. As quantidades dos nutrientes provenientes da alimentação devem manter uma relação de proporcionalidade entre si, ou seja, devem se apresentar de forma equilibrada.
- **Adequação** - situação fisiológica, sócio-econômica. A alimentação deve estar ajustada de maneira adequada ao organismo, conforme o contexto de vida do indivíduo.

O **PRATO SAUDÁVEL** (adaptado de <http://www.eatwell.gov.uk>) pode ser observado no anexo

4.

Além do “Prato Saudável”, a gestante deve ser orientada sobre o consumo de alimento com alto teor de açúcar e gordura. O açúcar contém calorias “vazias”, ou seja, sem nutrientes. O consumo frequente de alimentos ricos em açúcar pode originar cárie dental, aumento excessivo de peso e diabetes gestacional.

O consumo de alimentos ricos em gordura também interfere no ganho de peso gestacional, sendo que gorduras saturadas e *trans* influenciam no perfil lipídico aumentando o colesterol LDL e reduzindo o HDL.

Importante! O metabolismo necessita de ácidos graxos para seu bom funcionamento, deste modo, a gestante deve dar preferência aos alimentos que contém ácidos graxos insaturados, como castanhas, nozes, amêndoas, óleos vegetais (soja, canola, milho).

Quadro 4. Nutrientes (vitaminas, minerais e omega 3), funções, fontes e recomendações durante período gestacional.

Nutriente	Função	Fontes	Recomendação	Orientação dietética	Obs
Ferro	Prevenção da anemia e nascimento pré-termo (LIM, YII, CHENG, 2009).	carne vermelha miúdos gema de ovo feijões beterraba vegetais verde-escuros melado	27mg/dia (IOM, 2001).	Consumir bife de fígado 1 vez/semana. Combinar o consumo desses alimentos com fruta ou suco de fruta cítrica (limão, laranja, acerola, goiaba) para melhorar a absorção do ferro. Evitar o consumo, na mesma refeição ou horário próximo ao suplemento de ferro, de alimentos ricos em cálcio, café, chá (reduzem a biodisponibilidade do ferro).	Alerta para o último trimestre da gestação quando a necessidade é maior, pois bebê adquire a maior parte da suas reservas de ferro (VÍTOLO, 2008).
Cálcio	Manutenção esquelética e função cardíaca (LIM, YII, CHENG, 2009).	Leite e derivados. Vegetais e os feijões contêm pequenas quantidades e sua biodisponibilidade é reduzida (VÍTOLO, 2008).	1000mg/dia em > 19 anos 1300mg/dia dos 14 aos 18 anos (IOM, 1997) Mesmas recomendações que para não gestantes.	2 xícaras de leite (50% RDA) + 1 fatia de queijo prato + 1 copo de iogurte + 1 colher de requeijão O consumo de café, chá, chimarrão diminui a biodisponibilidade de cálcio.	Preferir os desnatados quando a gestante apresentar elevado ganho de peso ou dislipidemia
Ácido fólico	Prevenção de defeitos do tubo neural e alterações na divisão celular (VÍTOLO, 2008).	Vegetais folhosos verdes, frutas cítricas, alimentos integrais, legumes e bife de fígado.	600 µg/dia, superior as recomendações de mulheres não grávidas (IOM, 1998).	Consumir regularmente alimentos que contenham ácido fólico.	As mulheres que planejam engravidar necessitam realizar um consulta médica para iniciar suplementação de ácido fólico, pois este micronutriente não é facilmente atingido somente pela alimentação.

Nutriente	Função	Fontes	Recomendação	Orientação dietética	Obs
Vitamina A	Prevenção de prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso, descolamento placentário, mortalidade materna (LIM, YII, CHENG, 2009).	Vegetais folhosos verde-escuros e amarelos, vermelhos e alaranjados; couve-folha, espinafre, cenoura, tomate, manga, laranja, brócolis.	770µg/dia (IOM, 2006)	As necessidades de vitamina A são facilmente alcançadas na alimentação (VÍTOLO, 2008). A suplementação deste micronutriente não deve ser indicada, salvo em situações específicas (NICE, 2009).	Evitar o excesso de consumo de alimentos ricos em vitamina A. (NICE,2010),
Vitamina C	Estimula melhor absorção do ferro e reduz de risco de anemia materna (LIM, YII, CHENG, 2009).	Laranja, acerola fresca, mamão, goiaba, morango, kiwi, tomate, brócolis.	85mg/dia (IOM, 2006), levemente superior ao recomendado para mulheres adulta não gestante (75mg).	Incentivar o consumo diário de alimentos fonte de vitamina C (VÍTOLO, 2008). Preferir consumir os alimentos ricos em vitamina C de forma "in natura", evitando o seu cozimento.	O requerimento de vitamina C aumenta em até duas vezes com o consumo de cigarros, fumantes passivas, uso de drogas, consumo significativo de álcool e uso regular de aspirinas (COGSWELL ET AL 2003).
Vitamina D	Auxilia na absorção do cálcio e fósforo provenientes da ingestão alimentar, necessário para formação esquelética do feto (ALLEN, 2005).	Atum, sardinha, gema de ovos, óleo de peixe, salmão e fígado.	5 µg/dia (IOM, 2006), não difere das não gestantes.	Estimular o consumo de alimentos ricos em vitamina D.	A exposição solar regular da pele atinge as recomendações (IOM, 1997). Não há evidências suficientes de que a suplementação de Vitamina D seja necessária (VÍTOLO, 2008).
Ômega 3	Desenvolvimento visual, neurológico e crescimento fetal (IOM, 2002).	óleos (canola, linhaça, soja), peixes e crustáceos, castanhas, nozes, amêndoas.	1.3 g/dia (IOM, 2002), levemente superior das mulheres não grávidas.	Estimular consumo de 1 pedaço médio de peixe por semana.	Consumo máximo de 2 vezes na semana, em função da exposição ao mercúrio em alguns peixes, prejudicial para a saúde do bebê (RAMÓN, 2009).

6.4 Orientação nutricional em situações especiais

6.4.1 Gestação gemelar

A gestação gemelar requer uma quantidade adicional de 150 kcal/dia, além das calorias acrescentadas na gestação não gemelar. Em relação à ingestão protéica, estudo demonstrou que o adicional de 20g seria suficiente para atender as necessidades da gestante de gêmeos (MARES; CASANUEVA; 2002). É importante, na gestação gemelar, acompanhar de perto o ganho de peso recomendado (VÍTOLO, 2008).

6.4.2 Prevenção da pré-eclâmpsia ou distúrbio hipertensivo específico da gestação (DHEG)

A deficiência de cálcio está associada à DHEG. Ensaio clínico sugerem que redução no risco de pré-eclâmpsia associada à suplementação de cálcio (13 ensaios, 15.730 mulheres: RR 0,45, IC 95% 0,31-0,65) (HOFMEYR, 2010; DULEY, 2005).

Estudo mostrou que há relação entre suplementação de 2g de cálcio e menor risco de DHEG (KULIER, 1998). O profissional da APS deve avaliar se a gestante apresenta um consumo adequado de alimentos fonte de cálcio. Quando houver deficiência na ingestão deste nutriente a prescrição de suplementação é recomendada (VÍTOLO, 2008).

Em relação à restrição do consumo de sódio, estudos não comprovaram benefício para a prevenção de DHEG (DULEY et al, 2005).

6.4.3 Obesidade e/ou sobrepeso

O excesso de peso pré-gestacional, o ganho de peso excessivo durante a gestação e a velocidade desse aumento de peso são fatores de risco para complicações clínicas, como diabetes e hipertensão (MANSON, 1995).

O manejo da obesidade e o controle da velocidade do ganho de peso (200 a 320g/semana a partir do 2º trimestre) no período gestacional envolvem uma investigação sobre os erros alimentares e as possibilidades de sua correção (VÍTOLO, 2008).

6.4.4 Gestantes vegetarianas

A gestante vegetariana pode obter uma alimentação adequada e balanceada, porém é necessário monitorar os níveis de ferro, vitamina B12, vitamina D, zinco e cálcio e, se necessário, prescrever suplementação adequada (ADA, 2009).

Gestantes vegetarianas e nutrízes devem ser estimuladas a ter uma alimentação variada e saudável.

6.5 Hábitos a serem observados

6.5.1 Uso de adoçantes

A recomendação de edulcorantes na gestação deve estar embasada na relação custo-benefício do uso destes produtos, sendo que seu uso deve ser reservado para o controle de peso e diabetes (TORLONI, 2007).

A sucralose, o acesulfame-k, o aspartame e a estévia não são tóxicos, carcinogênicos ou teratogênicos em animais, mas não existem estudos controlados em humanos. Parece improvável que seu uso possa ser prejudicial (SOFFRITTI, 2007; TORLONI, 2007).

O uso do sorbitol deve ser moderado, pois aumenta a excreção de minerais essenciais, como o cálcio (ACCIOLY, 2002). As gestantes devem restringir o uso de sacarina e ciclamato (ADA, 1998).

6.5.2 Consumo de bebidas alcoólicas

O álcool, quando consumido pela gestante, atravessa a barreira placentária, expondo o feto às mesmas concentrações do sangue materno. Porém, o efeito no feto é maior, devido ao metabolismo e eliminação serem mais lentos, fazendo com que o líquido amniótico permaneça impregnado de álcool (CHAUDHURI, 2005). O profissional de saúde deve informar à gestante os riscos do consumo de bebida alcoólica (NICE, 2009). Ver capítulo 3.

6.5.3 Consumo de cafeína

O consumo de altas doses de cafeína na gestação pode estar associado ao aumento do risco de recém-nascido com baixo peso e de aborto (BRACKEN et al, 2003).

O consumo diário de cafeína seguro é 300mg (NEW ZEALAND. Ministry of Health, 2006). A cafeína pode ser encontrada no café e bebidas à base de café, chá preto, chocolate, chimarrão, refrigerante a base de cola e em bebidas energéticas. O quadro 5 apresenta a dose diária máxima de cafeína que a gestante pode consumir sem oferecer riscos para seu bebê.

Quadro 5. Dose diária máxima de cafeína/dia para gestantes.

<p>3 xícaras (200 ml) de café coado</p> <p>OU</p> <p>2 xícaras pequenas (50 ml) de café expresso</p> <p>OU</p> <p>2 xícaras (200 ml) de café instantâneo</p> <p><i>Atenção!</i> O chocolate ao leite também possui cafeína, 2 tabletes pequenos de chocolate equivalem em média a 1 xícara de café coado.</p>

6.6 Orientações de alimentação em algumas situações comuns na gestação.

6.6.1 Náuseas, vômitos e sialorréia

São situações frequentes no primeiro trimestre e costumam aparecer em torno da 6^a semana e se estendem até a 20^a semana. A gestante deve ser tranquilizada porque estes sintomas não irão influenciar na nutrição do bebê (VÍTOLO, 2008).

Orientações alimentares recomendadas (BRASIL, 2005):

- Alimentação fracionada; seis a oito refeições/dia com intervalos máximos de 3h;
- Evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis;
- Evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos;
- Ingerir alimentos sólidos antes de levantar-se pela manhã (bolacha água e sal);
- Ingerir suco de limão pois pode ajudar a controlar a náusea;
- Utilizar líquidos ou alimentos gelados para evitar o vômito;
- Comer lentamente, mastigar bem os alimentos.

6.6.2 Pirose

Ocorre mais comumente após as refeições, devido ao refluxo do conteúdo gástrico provocado pela pressão do útero sobre o estômago e relaxamento de esfíncter inferior do esôfago (VÍTOLO, 2008).

Orientações alimentares recomendadas (BRASIL, 2005):

- Alimentação fracionada; seis a oito refeições/dia com intervalos máximos de 3h;
- Evitar frituras, café, chá preto, mate, doces, alimentos gordurosos, picantes e irritantes da mucosa gástrica, álcool e fumo;
- Alimentar-se em ambiente tranquilo;
- Mastigar bem os alimentos durante a refeição;
- Se houver necessidade de utilizar antiácidos, orientar para que não sejam ingeridos junto das refeições (para não prejudicar a absorção dos minerais e vitaminas).

6.6.3 Gases e/ou constipação intestinal

Os gases são formados de duas maneiras. Pela ingestão de ar quando comemos, falamos ou bebemos e pela ação de bactérias durante o processo digestivo (fermentação). Abdômen inchado,

dolorido, endurecido, barulhos (ruídos) e mal-estar são alguns dos sintomas do nosso corpo quando há produção de muitos gases.

Orientações alimentares recomendadas (BRASIL, 2005):

- Orientar alimentação rica em fibras - consumo de frutas laxativas como mamão, ameixa e laranja com bagaço, figos, feijões, cereais integrais e verduras (de preferência cruas);
- Se suspeitar do leite, substituir por iogurte e observar;
- Recomendar o aumento da ingestão de água;
- Evitar alimentos como: alho, batata doce, brócolis, cebola crua, couve, couve-flor, rabanete, repolho;
- O consumo de farelo de aveia ou de trigo pode ser indicado para regular o trânsito intestinal. Iniciar com ½ colher de sopa/dia podendo chegar até 2 colheres/dia conforme tolerância. Não existem evidências e que o consumo de fibras nessa quantidade interfira na biodisponibilidade do ferro ingerido ou suplementado. Chá de erva doce auxilia a prevenir a aliviar a flatulência;
- Evitar o uso de adoçante sorbitol, pois ele pode ser um grande causador de gases.
- Mamão e Abacaxi ajudam a melhorar a digestão;
- Iogurtes com lactobacilos vivos podem ajudar a combater os gases formados por outras bactérias intestinais;
- Para reduzir a produção de gases causada pelo feijão, lentilha ou grão de bico, deixá-los de molho por 12 horas, trocando a água pelo menos 3 vezes durante esse período;
- Evitar consumo de doces (açúcar, mel, chocolates, doces em geral), os quais podem provocar fermentação;
- Procurar não conversar enquanto se alimenta para evitar a ingestão de ar;
- A atividade física estimula o funcionamento do intestino e ajuda a expulsar os gases.

6.7 Alimentação da nutriz

Os profissionais de saúde devem valorizar e incentivar o aleitamento materno, assim como conhecer a sua fisiologia, com objetivo de aumentar o tempo de amamentação e reduzir os níveis de morbimortalidade infantil (ACCIOLY, 2002).

A lactação tem um elevado impacto na saúde do bebê e provoca importantes modificações fisiológicas na mulher, em função do aumento da demanda metabólica, tais como; hipertrofia da mucosa intestinal, levando a maior capacidade absorptiva, aumento da ingestão de alimentos e hipertrofia na glândula mamária e fígado (ACCIOLY, 2002).

6.7.1 Influência do aleitamento materno nas escolhas alimentares da criança

A alimentação variada e saudável adotada durante a gestação e lactação terá grande influência na aceitação de alimentos e preferências do bebê.

O leite materno é composto dos sabores associados aos alimentos, temperos e bebidas ingeridas ou inaladas (por exemplo, tabaco) pela mãe. Desta forma, as crianças amamentadas são expostas aos compostos de sabor escolhidos pela nutriz. Estudos apontam relação entre o líquido

amniótico e o leite materno, os quais transferem para o bebê o paladar dos alimentos consumidos pela mãe (BEAUCHAMP; MENNELLA, 2009).

As crianças amamentadas por mães que consomem frutas e vegetais irão aprender sobre essas escolhas alimentares, experimentando os sabores no leite materno. Essas experiências sensoriais com sabores variados dos alimentos podem ajudar a explicar porque as crianças amamentadas são menos exigentes e estão mais dispostas a experimentar novos alimentos, que, por sua vez, contribuem para maior consumo de frutas e vegetais na infância (FORESTELL; MENNELLA, 2007).

6.7.2 Perda de peso corporal da nutriz

A nutriz requer maior necessidade energética, pois para produzir 1 litro de leite ela gasta 900 kcal (VÍTOLO, 2008). Durante a lactação, a nutriz perde o peso que adquiriu durante o período gestacional. Segundo o Institute of Medicine (1991) a taxa de perda de peso é em média de 0,6kg a 0,8kg/mês durante os 4 a 6 primeiros meses de lactação após o parto, podendo sofrer alterações em função do consumo e/ou gasto energético (ACCIOLY, 2002).

O profissional deve ficar atento quando a perda de peso for:

- > 2kg/mês para nutriz com peso pré-gestacional normal;
- > 3kg/mês para nutriz com sobrepeso ou obesidade pré-gestacional.

6.7.3 Recomendações nutricionais na lactação

A lactação é o período de maior demanda energética do ciclo reprodutivo, sendo os requerimentos maiores do que na gestação, pois em 4 meses o lactente duplica seu peso ao nascer, adquirido ao longo dos 9 meses de gestação (ACCIOLY, 2002).

Considerando que a produção materna de leite é em média 850 ml/dia, deve-se acrescentar 500 kcal/dia na alimentação da nutriz com ganho de peso gestacional adequado (VÍTOLO, 2008). Para nutriz com ganho ponderal gestacional inadequado deve-se adicionar 700 kcal/dia (quadro 6).

A nutriz que apresenta excesso de peso deve consumir calorias em quantidade equivalente ao seu gasto energético total sem considerar o acréscimo de 500kcal (quadro 6). É importante ressaltar que neste período não se aconselha realizar “dieta”, pois esta se constitui em um fator de estresse, prejudicando a lactação (VÍTOLO, 2008).

Quadro 6. Acréscimo energético durante a lactação

IMC pré-gestacional: Normal ou baixo-peso	⇒ Ganho de peso adequado ⇒ + 500 Kcal/dia ⇒ Ganho de peso inadequado ⇒ + 700 Kcal/dia
IMC pré-gestacional: Sobrepeso ou obesidade	⇒ Não acrescentar calorias

As necessidades protéicas também estão aumentadas na lactação, conforme quadro 7.

Quadro 7. Adicional de ingestão protéica na lactação.

1º semestre → + 16g/dia
2º semestre → + 12g/dia
A partir do 2º ano de lactação → 11g/dia

Sugestões de alimentos que contêm em média 15 g de proteína:

- 1 copo de iogurte + 1 copo de leite + 1 fatia de queijo
- 1 ovo cozido + 1 copo de leite + 1 fatia de queijo
- 2 copos de iogurte + 1 fatia de queijo
- 2 copos de leite + 1 fatia de queijo
- ½ bife de gado médio
- ½ peito de frango médio
- 1 coxa de frango

A quantidade e o tipo de lipídeos consumidos pela nutriz refletem na composição do leite materno. A presença de gordura insaturada na alimentação materna é essencial para o desenvolvimento cerebral do lactente (MAHAN, 2005).

Algumas vitaminas e minerais se encontram aumentadas no período de lactação e a concentração desses nutrientes no leite materno está associada com a ingestão e estoque hepático da nutriz. A vitamina D também está relacionada com a exposição solar (ACCIOLY, 2002). O quadro 8 evidencia os principais micronutrientes que possuem requerimento nutricional aumentado durante a lactação.

Quadro 8. Micronutrientes na lactação, recomendação diária e alimentos fonte (IOM, 1991).

Nutriente	Recomendação diária	Alimentos fonte
Vitamina A	14 a 18 anos – 1200 µg > 19 anos – 1300 µg	Vegetais folhosos verde-escuros e amarelos, vermelhos e alaranjados; couve-folha, espinafre, cenoura, tomate, manga, laranja, brócolis.
Vitamina C	≤18 anos – 115 mg 19 a 50 anos – 120 mg	Laranja, acerola fresca, mamão, goiaba, morango, kiwi, tomate, brócolis.
Vitamina B 12	2,8 mg	Visceras, principalmente no fígado do boi, carnes em geral, ovos, leites e derivados.
Vitamina D	5 µg	Atum, sardinha, gema de ovos, óleo de peixe, salmão e fígado.
Zinco	≤18 anos – 14 mg 19 a 50 anos – 12 mg	Carne bovina, de frango e peixe, fígado, germe de trigo, cereais integrais, castanhas, legumes e tubérculos.

IMPORTANTE! O hábito de fumar (acima de 10 cigarros/dia) e o consumo de bebidas alcoólicas em excesso (em média 2 latas de cerveja/dia) podem provocar diminuição da produção láctea (ACCIOLY, 2002).

6.7.4 Cólica do recém-nascido e amamentação

Estudos demonstram que a prevalência de cólicas no recém-nascido varia entre 5 a 40%. A etiologia deste sintoma ainda não é bem clara; explicações psicológicas, gastrointestinais e hormonais têm sido sugeridas pelos estudos (WESSEL et al, 1954; PARADISE, 1966; CAMPBELL, 1989; JAKOBSSON; LINDBERG, 1983; LOTHE et al, 1990; WEISSBLUTH, 1992).

Sabe-se que algumas substâncias consumidas pela mãe são passadas para o bebê através do leite (VÍTOLO, 2008), portanto o profissional deve ficar atento aos seguintes aspectos:

- o consumo de leite pode estar associado com as cólicas no bebê em situações que a mãe nunca teve o hábito de ingerir leite previamente a gestação e dá início a este hábito durante o período de amamentação. Por outro lado, se a nutriz sempre teve o hábito de consumir leite e seus derivados não se deve suspender esses alimentos (VÍTOLO, 2008);
- a ingestão de alimentos estimulantes, como chocolate, café, refrigerante e alguns chás (mate, preto), chimarrão pela nutriz está associada com cólicas do lactente (VÍTOLO, 2008);

- o esvaziamento completo da mama também é um fator determinante, pois possibilita que o lactente receba o leite posterior, pobre em lactose, melhorando o sintoma da cólica (VÍTOLO, 2008).

É importante que o profissional questione as características da cólica, verifique se a técnica de amamentação está adequada e outros aspectos que podem estar associados com este sintoma, antes de retirar qualquer alimento da alimentação da mãe (VÍTOLO, 2008).

6.7.5 Práticas alimentares maternas durante a amamentação

Ressalta-se que a orientação nutricional deve ser individualizada e nesse momento o profissional da APS deverá (ACCIOLY, 2002):

- Estimular a ingestão de no mínimo 4 copos de água por dia. Pode-se orientar a gestante ingerir água no momento que está amamentando;
- Enfatizar que a ingestão de álcool não é recomendada durante a gestação, pois foi observado mudança de odor no leite materno. Se a nutriz ingerir bebida alcoólica não deverá amamentar dentro duas horas após o consumo;
- Estimular consumo de alimentos ricos em vitamina A, C e ferro e cálcio (ver quadro 5);
- Estimular consumo de peixe 3 vezes por semana;
- Desencorajar dietas restritivas (<1500 kcal), pois estas reduzem a produção de leite;
- Esclarecer a nutriz quanto à perda de peso adequada (item 6.7.2);
- Aconselhar a nutriz não ingerir mais de 3 xícaras de café por dia.

Referências

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.

ALLEN, L. H. Multiple micronutrients in pregnancy and lactation. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 81, n. 5, p. 1206S-16S, 2005.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 109, n. 7, p. 1266-82, 2009.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). Position of the American Dietetic Association: use the nutritive and nonnutritive sweeteners. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 98, n. 5, p. 580-7, 1998.

BEAUCHAMP, G. K; MENNELLA, J. A. Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, **New York**, v. 48, p. S25-S30, march 2009.

BRACKEN M. B. et al. Association of maternal caffeine consumption with decrements in fetal growth. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 157, n. 5, p. 456–66, 2003..

BRASIL. Ministério da Saúde .. **Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde** [Andhressa Araújo Fagundes et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BUTTE, N. F. et al. Composition of gestational weight gain impacts maternal fat retention and infant birth weight. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 189, n. 5, p.1423-32, 2003.

CAMPBELL, J. P. Dietary treatment of infant colic: a double-blind study. **Journal of the Royal College General Practitioners**, Edinburgh, v. 39, p. 11-4, 1989.

CANADA. Minister of Health. **Prenatal nutrition guidelines for health professionals: fish and omega-3 fatty acids**. Canada: Minister of Health, 2009. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/omega3-eng.pdf>. Acesso em: 12/08/10.

CHAUDHURI, J. D. Alcohol and developing fetus: a review. **Medical Science Monitor**, Warsaw, v. 6, n. 5, p. 1031-41, 2000..

COGSWELL, M. E.; WEISBERG, P.; SPONG, C. Cigarette smoking, alcohol use and adverse pregnancy outcomes: implications for micronutrient supplementation. **Journal of Nutrition**, Philadelphia, v. 133, n. 5, Suppl. 2, p. S1722–31, 2003.

DULEY, L.; HENDERSON-SMART, D. J.; MEHER, S. Altered dietary salt for preventing pre-eclampsia, and its complications. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 4, 2005.

EHRENBERG, H. M. et al. Low maternal weight, failure to thrive in pregnancy, and adverse pregnancy outcomes. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 189, n. 6, p. 1726-30, 2003.

ESCUADERO, Pedro. **Alimentación**. Buenos Aires: Flores & Maño, 1934.

FAO/OMS. **Necessidades de energia y proteínas**. Ginebra, OMS, 1985.

FORESTELL, C. A., MENNELLA, J. A. Early determinants of fruit and vegetable acceptance. **Pediatrics**, Evanston, v. 120, n. 6, p. 1247-54, 2007.

HOFMEYR, G. J. et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: **The Cochrane Library**, Oxford, n. 8, 2010.

ICSI. Institute for Clinical Systems Improvement. **Routine Prenatal Care**. 13a edicao. 2009. Disponível em : www.icsi.org. Acessado em: 18/11/10.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Nutrition during lactation**. Washington, DC: National Academy Press, 1991.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesiumm vitamin D, and fluoride**. Washington, DC: National Academy Press, 1997.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc.** Washington, DC: National Academy Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids (macronutrients):** a report of the panel on macronutrients, subcommittee on upper reference levels of nutrients and interpretation and uses of dietary reference intakes, and the standing committee on the scientific evaluation of dietary reference intakes. Washington, DC: National Academies Press, 2002.

INSTITUTE OF MEDICINE **Dietary reference intakes:** the essential guide to nutrient requirements. Washington, DC: National Academies Press, 2006.

JAKOBSSON, I.; LINDBERG, T. Cow's milk proteins cause infantile colic in breast-fed infants: a double-blind crossover study. **Pediatrics**, Evanston, v. 71, p. 268-71, 1983.

KIRCHENGAST, S.; HARTMANN, B. Maternal prepregnancy weight status and pregnancy weight gain as major determinants for newborn weight and size. **Annals of Human Biology**, London, v. 25, n. 1, p. 17-28, feb. 1998

KRAMER MS, KAKUMA R. Energy and protein intake in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: **The Cochrane Library**, Oxford, n. 10, 2010.

KULIER, R. et al. Nutritional interventions for the prevention of maternal morbidity. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Limerick, v. 63, n. 3, p. 231-46, 1998.

LIM, Chi Eung Danforn; Ming Fong YII; Nga Chong Lisa, CHENG. The role of micronutrients in pregnancy. *Australian Family Physician*, Jolimont, v. 38, n. 12, p. 980-4, 2009.

LOTHE, L. et al. Motilin and infantile colic: a prospective study. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v. 79, p. 410-6, 1990.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause:** alimentos, nutrição e dietoterapia. 11. ed. São Paulo: Roca; 2005.

MARES, M.; CASANUEVA, E. Comer por três? Lineamentos para la alimentación y nutrición de la mujer con embarazo gemelar. **Cuadernos de Nutricion**, Delegación Cuauhtémoc, v. 25, p. 280-4, 2002.

MANSON, J. E. et al. Body weight and mortality among women. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 333, p. 677-85, 1995.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care:** routine care for the healthy pregnant woman. London: NICE, jun. 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **The pregnancy book.** London: NICE, 2009.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL (NRC). Recommended Dietary Allowances. 10 ed. Washington: National Academy Press, 1989.

NEW ZEALAND. Ministry of Health. **Food and nutrition guidelines for healthy pregnant and breastfeeding women**: a background paper. Wellington: Ministry of Health, 2006.

PARADISE, J. L. Maternal and other factors in the etiology of colic. **JAMA**, Chicago, v. 197, p. 123-31, 1966.

RAMÓN, R. et al. Fish consumption during pregnancy, prenatal mercury exposure, and anthropometric measures at birth in a prospective mother-infant cohort study in Spain. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 90, p.1047-55, 2009.

SIEGA-RIZ, A. M.; KING, J. C. Position of the American Dietetic Association and American Society for Nutrition: obesity, reproduction, and pregnancy outcomes. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 109, n. 5, p. 918-27, may 2009.

SIEGA-RIZ, A. M.; ADAIR, L. S. Biological determinants of pregnancy weight gain in a Filipino population. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 57, n. 3, p. 365–72.

SOFFRITTI, M. et al. Life-span exposure to low doses of aspartame beginning during prenatal life increases cancer effects in rats. **Environmental Health Perspectives**, Research Triangle Park, v. 115, n. 9, p. 1293–97, sep 2007.

TORLONI, M. R. et al. O uso de adoçantes na gravidez: uma análise dos produtos disponíveis no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, 2007.

VÍTOLO, M. R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rúbio, 2008.

WEISSBLUTH, M.; WEISSBLUTH, L. Colic, sleep inertia, melatonin and circannual rhythms. **Medical Hypotheses**, Edinburgh, v. 38, p. 224-8, 1992.

WESSEL, M. A. et al. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic." **Pediatrics**, Evanston, v. 14, p. 421-33, 1954.

WHITNEY, Ellie; ROLFES, Sharon Rady. **Nutrição, vol. 2: Aplicações**. Tradução All Tasks, São Paulo: Cengage Learning, 2008.

7. O exame físico da gestante

Lucia Naomi Takimi

“Eu acho importante medir a pressão. Minha cunhada teve pressão alta na gravidez e foi um susto. Cada vez que eu ia consultar no pré-natal, ficava atenta para a minha pressão, que ficou sempre baixa, ainda bem”

Puérpera moradora da área de atuação do SSC/GHC

Cuidado pré-natal significa “cuidado antes do nascimento” e inclui educação, aconselhamento, triagem e tratamento para monitorar e promover o bem-estar da gestante e do feto. A mudança está em descobrir qual tipo de cuidado e em qual intensidade será considerado suficiente para garantir uma boa qualidade da atenção para gestantes de baixo risco. Logo, intervenções de efetividade comprovada, cujos benefícios superam os riscos e são aceitas pela gestante e sua família, devem ser oferecidos (DI MARIO, 2005).

Deve-se enfatizar a anamnese, visando identificar a idade gestacional, detectar fatores de risco clínicos que possam interferir na gestação, intercorrências gestacionais prévias, história familiar sugestiva de doenças genéticas e fatores de risco psicossociais. No entanto, o exame físico que será descrito neste capítulo, completa a vigilância em saúde da gestação atual, auxiliando, junto com os exames complementares, a diagnosticar precocemente patologias que possam surgir durante este período.

7.1 Exame físico na primeira consulta de pré-natal

Durante a primeira consulta, além de calcular a idade gestacional, o profissional deve estar atento para patologias prévias assim como para as que possam desenvolver-se precocemente durante o período gravídico. Idealmente, a primeira consulta deveria ocorrer próximo da 10^a semana de gestação (NICE, 2010).

O exame físico da gestante na primeira consulta pode ser dividido em exame físico completo e gineco-obstétrico (BRASIL, 2006). Nas consultas subseqüentes, a avaliação deve ser mais dirigida aos aspectos específicos da gestação (BUCHABQUI; ABEICHE; NICKEL, 2011).

Alem disto, profissionais de saúde devem estar alerta para sinais e sintomas de violência doméstica e a mulher deve ser dada oportunidade de expor-se, em um local onde se sinta segura [D] (NICE, 2010).

7.2 Descrição detalhada de alguns aspectos do exame físico

A seguir, neste capítulo, comentaremos o exame físico recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), sob a luz das evidências encontradas até a presente revisão, além de detalhar a técnica para melhor executá-lo, nas consultas de pré-natal.

7.2.1 Cálculo e anotação da idade gestacional

Confirmada a gestação (capítulo 3), a idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP) devem ser estabelecidas. Os métodos habitualmente usados para calcular IG são (FESCINA, 2007): interrogatório sobre a amenorréia; avaliação do tamanho uterino, especialmente no primeiro trimestre e, biometria ecográfica

Interrogatório sobre a amenorréia (FESCINA, 2007):

O cálculo do tempo transcorrido desde o primeiro dia da última menstruação (DUM) é o método de eleição para calcular a IG em mulheres com ciclos menstruais regulares, que não estavam usando contraceptivos hormonais ou não estavam em aleitamento nos últimos meses. A data provável do parto (DPP) pode ser calculada facilmente com o gestograma (ou disco obstétrico). Caso não haja um, pode-se determiná-la mediante o uso de uma destas regras:

- Naegele: a DUM some 7 dias e ao mês subtraia 3;
- Wahl: a DUM some 10 dias e ao mês subtraia 3;
- Pinard: ao último dia da menstruação some 10 e ao mês subtraia 3.
- 280 dias: a partir da DUM, conte 280 dias sobre um calendário. A data correspondente ao dia 280 será a DPP.

Avaliação do tamanho uterino (o item “palpação obstétrica e medida da altura uterina” apresentará a descrição da técnica). O uso da curva padrão de crescimento uterino permite correlacionar a idade gestacional calculada a cada consulta, conforme quadro descrito no capítulo 3. O quadro 1 evidencia situações que possam vir a alterar a correlação normalmente encontrada entre semana gestacional e tamanho uterino.

Quadro 1. Elementos que modificam o tamanho uterino (FESCINA, 2007)

Miomas	Oligodrâmnio
Patologias Trofoblásticas (Mola)	Restrição do crescimento intrauterino (RCIU)
Gestação múltipla	Malformações fetais
Polihidrâmnio	Macrossomia fetal

Biometria fetal por ecografia (FESCINA, 2007)

Quando não for possível determinar a IG pela anamnese e exame físico ou especialmente se a paciente apresente fator de risco para desenvolver pré-eclampsia (MARTINS-COSTA et al, 2011), a ecografia obstétrica deve ser solicitada. Sua aplicação baseia-se na relação existente entre a amenorréia, o desenvolvimento anatômico do feto e as medidas de certos segmentos fetais. Quanto mais precocemente realizada, maior precisão se obterá, além disso, pode-se repetir as medidas com certa periodicidade, para diminuir o erro de estimativa.

7.2.2 Medida da pressão arterial

A medida da pressão arterial é recomendada na consulta pré-concepcional e em todas as consultas do pré-natal [D] (ICSI, 2009; BUCHABQUI; ABECHÉ; NICKEL, 2011), pois a melhor estratégia para diagnosticar a hipertensão na gestação parece ser a detecção precoce de uma pressão arterial anormal. Apesar de não haver evidências diretas que a pesquisa regular da pressão arterial reduza a mortalidade materna ou perinatal, eticamente não seria possível permitir estudos sem este exame ou tratamento com grupos-controle. Além disso, o estabelecimento de desordens hipertensivas em

quaisquer categorias é geralmente assintomático. Por essa razão, somente a pesquisa universal pode detectá-las precocemente [D] (ICSI, 2009). Sendo um teste simples, barato e aceitável para as pacientes, recomenda-se em bases empíricas [D] (USPSTF apud ICSI, 2009). A técnica adequada para medida da pressão ou tensão arterial (BRASIL, 2006) está descrita no anexo 3.

Uma mudança importante e universalmente aceita ocorrida nos últimos anos foi o abandono do edema como critério para o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Também, aumentos relativos de 15mmHg e 30mmHg para pressão diastólica e sistólica, respectivamente, não são mais reconhecidos como definidores de hipertensão por importantes institutos na Austrália, Estados Unidos e a International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP), sendo melhor utilizados como sinal de alerta para agendamentos de controles mais próximos. Os mesmos institutos usam uma PAS \geq 140 mmHg e/ou \geq 90 mmHg para definição de aumento de pressão arterial na gestação. O uso de limiares absolutos para PAS e PAD não é arbitrário, há evidência suportando seu uso, de estudos de desfecho em diferentes níveis de PA. Estes pontos de corte alertam clínicos e pacientes para doenças hipertensivas e são estabelecidos em práticas clínicas e de pesquisa. Finalmente, o uso da “diminuição” dos sons (fase IV de Korotkoff) não é mais recomendado, e a fase V de Korotkoff (desaparecimento dos sons) deve ser usada como PAD. Isto remove importantes áreas de potencial variação na pesquisa e prática clínica que confundiam a padronização (RHODES, 2009).

As desordens hipertensivas serão também abordadas no capítulo 10, sobre intercorrências na gestação. A Pré-eclâmpsia é definida como hipertensão e proteinúria excessiva, ocorrendo a partir de 20 semanas da gestação. (ICSI, 2009; NICE, 2010). O National High Blood Pressure Working Group recomenda o uso da expressão “hipertensão gestacional” em substituição a “hipertensão induzida pela gravidez”, em mulheres com pressão arterial elevada SEM proteinúria (ICSI, 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) assim conceitua hipertensão arterial na gestação:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. A presença de pressão arterial diastólica de 110 mmHg em uma única oportunidade ou aferição 2. A observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica, mantidos em duas ocasiões e resguardado intervalo de quatro horas entre as medidas. Esse conceito é mais simples e preciso |
|---|

O quadro 2 apresenta as condutas frente aos achados durante medida da pressão arterial da gestante.

Quadro 2. Níveis de pressão arterial (PA) , avaliação e conduta recomendada (BRASIL, 2006)

Achado	Avaliação e Conduta
<p>Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção dos mesmos níveis de PA <p>Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores da pressão inferiores a 140/90 mmHg 	<p>Níveis tensionais normais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter calendário habitual • Cuidar da alimentação • Praticar atividade física • Diminuir a ingestão de sal • Aumentar a ingestão hídrica
<p>Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da PA em nível menor do que 140/90 mmHg (sinal de alerta) <p>Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores da PA, $\geq 140/90$ mmHg e $\leq 160/110$, sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500 g semanal 	<p>Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia leve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • repetir medida após período de repouso (preferencialmente após quatro horas) • remarcar consulta em 7 ou 15 dias • orientar para presença de sintomas como: cefaléia, epigastralgia, escotomas, edema, redução no volume ou presença de “espuma” na urina, redução de movimentos fetais • orientar repouso, principalmente pós-prandial e controle de movimentos fetais • verificar presença de proteína em uroanálise tipo 1 (EQU). Se possível, dosagem em urina de 24 horas (positivo: a partir de 300 mg/24h)
<p>Níveis de PA superiores a 140/90 mmHg:</p> <p>proteinúria positiva e/ou sintomas clínicos (cefaléia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática porém com níveis de PA superiores a 160/110 mmHg</p>	<p>Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No SSC, devemos encaminhar para o CO
<p>Paciente com hipertensão arterial crônica moderada, ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva</p>	<p>Paciente de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir ao pré-natal de alto risco. Caso a paciente esteja utilizando drogas contraindicadas na gestação (ver capítulo 9) essas devem ser suspensas ou substituídas, se necessário.

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

7.2.3 Recomendações específicas para detecção de pré-eclâmpsia

Alem das medidas de pressão arterial em todas as consultas, a avaliação de risco individual na primeira consulta (vide capítulo 3), a testagem para proteinúria e educação da gestante de risco para reconhecer os sintomas de pré-eclâmpsia fazem parte de uma estratégia mais ampla para detecção de pré-eclâmpsia (DI MARIO, 2005; NICE, 2010).

Aquelas que apresentam fatores de risco para pré-eclâmpsia (quadro 3) devem ser acompanhadas com maior freqüência. Martins-Costa (2011) afirma ser prudente solicitar os seguintes exames basais no início da gestação às gestantes com alto-risco para desenvolver pré-eclâmpsia: hemograma com plaquetas, creatinina, ácido úrico, E.Q.U. e proteinúria e calciúria de 24 horas (estes dois últimos apenas na presença de 1 + de proteína no E.Q.U.). Além disso, uma datação precisa da IG com ecografia no 1º trimestre é fundamental.

A OMS refere, no entanto, que no mínimo um terço das pré-eclâmpsias desenvolver-se-ão em mulheres com pressão arterial normal. Hipertensão ou proteinúria podem estar ausentes em 38% das mulheres com eclâmpsia e 10-15% das pacientes com Síndrome HELLP (RHODES, 2009). Sendo assim, toda a gestante deve ser alertada para necessidade de procurar IMEDIATAMENTE um profissional de saúde se experimentar algum dos sintomas de pré-eclâmpsia, tanto no gestação quanto no puerpério imediato, que incluem (DI MARIO, 2005; NICE, 2010):

- cefaléia intensa;
- alterações visuais, como visão borrada ou luzes diante dos olhos;

- dor intensa no rebordo costal;
- vômitos;
- edema súbito em mãos, pés ou face.

Quadro 3. Fatores de risco para Pré-eclâmpsia (PE) (DI MARIO, 2005; NICE, 2010, RHODEN, 2009)

Fator de risco	Comentários
Evidência forte Primigestação Diabetes melito Gestação gemelar Irmã com PE Irmã, mãe ou avó com eclâmpsia HAS crônica PE sobreposta em gestação prévia Hidropsia fetal (não imune) Gestação molar Nova paternidade	RR:2,4 (2,1 – 2,7) RR: 2-3 e maior se DM descompensado RR: 3 (2-4,2) RR: 3,3 (1,5-7,5) Respectivamente 37, 26 e 16% de PE 25% desenvolvem PE sobreposta 70% de recorrência RR: 10 RR: 10 Risco semelhante ao da primigestação
Evidência média ou fraca IMC > ou = 25,8 Idade média > 40 anos Uso de método anticoncepcional de barreira Maior duração da atividade sexual Aborto prévio Ganho excessivo de peso Inseminação artificial “homem de risco” (parceria anterior teve PE)	RR: 2,3-2,7 RR:3-4 Aumento do risco Diminuição do risco Diminuição do risco Aumento do risco Aumento do risco RR: 1,8 (1,2 – 2,6)

RR, risco relativo; IMC, índice de massa corporal; evidência forte, vários estudos demonstraram risco; evidência média ou fraca, alguns estudos demonstraram a associação.

Fonte: Adaptada de Correa Junior, Aguiar e Corrêa (2009) e Sibai, Dekker e Kupfermirc (2005) in Martins-Costa et al. in Freitas et al, 2011

A medida da pressão e uroanálise para proteinúria devem ser feitas para pesquisa de pré-eclâmpsia. A presença de hipertensão E/OU proteinúria devem alertar o pré-natalista para necessidade de maior atenção (DI MARIO, 2005; NICE, 2010; NCC-WCH, 2010). A proteinúria significativa é definida como excreção de 300mg de proteína em coleta de 24 horas de urina.

Apesar da grande quantidade de trabalhos publicados sobre outros métodos para pesquisa de pre-eclâmpsia, nenhum deles tem sensibilidade e especificidade satisfatórios, e não podem ser recomendados até o presente momento (NICE, 2010).

7.2.4 Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal

O IMC deverá ser calculado na primeira consulta de pré-natal e o ganho de peso durante a gestação será monitorado nas próximas visitas [D] (ICSI, 2009; OPPERMANN et al, 2011). Os valores encontrados devem ser anotados no gráfico e, o sentido da curva deve ser observado para avaliação no estado nutricional.

Quadro 4. Risco gestacional de acordo com o IMC na primeira consulta de pré-natal (ICSI, 2009)

Baixo Peso (IMC <18,5)	Risco aumentado de trabalho de parto prematuro (Spinillo, 1998 [C] <i>apud</i> ICSI)
Sobrepeso (IMC 25,0 -29,9)	Risco aumentado para diabetes gestacional, hipertensão, pré-eclâmpsia, parto distócico, cesariana, indução do trabalho de parto, aumento de infecção na ferida operatória, tromboembolia venosa anteparto e complicações anestésicas [B] (Robinson, 2005 <i>apud</i> ICSI)
Obesas (IMC > 30,0)	Risco aumentado de hipertensão gestacional [A] (Thornton <i>apud</i> ICSI).

Quadro 5. Aumento de peso recomendado para mulheres, segundo o IMC pré-gestacional (IOM apud ICSI, 2009)

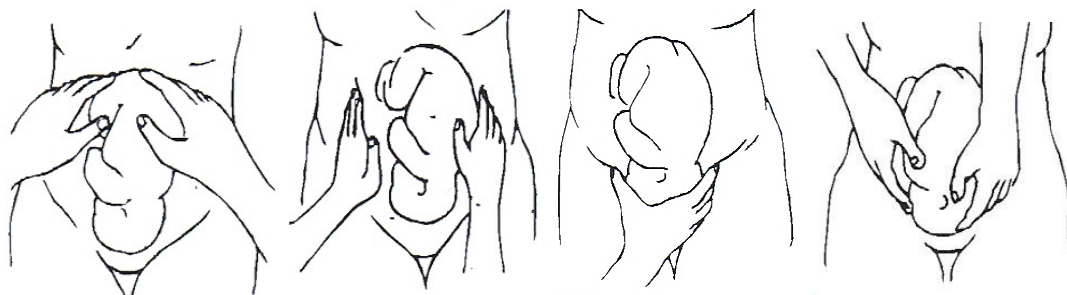
Categoria de peso	IMC (kg/m ²)	Aumento total de peso (kg)	Aumento de peso no segundo e terceiro trimestre (kg/sem)
Baixo peso	12,0-18,4	12,5- 18,0	0,5 (entre 0,5-0,6)
Peso normal	18,5-24,9	11,5-16,0	0,5 (entre 0,4-0,5)
Sobrepeso	25,0-29,9	7,0-11,5	0,3 (entre 0,2-0,3)
Obesidade	>30,0	5,0-9,0	0,2 (entre 0,2-0,3)

7.2.5 Palpação obstétrica e medida da altura uterina

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina, através das manobras de Leopold-Zweifel (fig 1). Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (esse procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando identificar os pólos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre.

A palpação obstétrica e a identificação da apresentação fetal, a partir da 36^a semana, influirá na determinação da via de parto. Apresentações desfavoráveis para o parto vaginal devem ser confirmadas com ecografia [D] (NICE, 2010).

Figura 1. Manobras de Leopold-Zweifel. Fonte: CLAP, 2007



A **medida da altura uterina** não é exata e esta sujeita a erros inter e intraobservadores [C] (ICSI, 2009). Porém, é uma manobra simples, barata e amplamente usada em todas as consultas de pré-natal. Tem uso limitado em identificar crescimento fetal restrito (CFR), mas faltam estudos melhor delineados (NICE, 2010). Não há evidências que sugiram benefícios em medir antes de 24 semanas (NICE, 2010), embora seja um método auxiliar no diagnóstico da gestação.

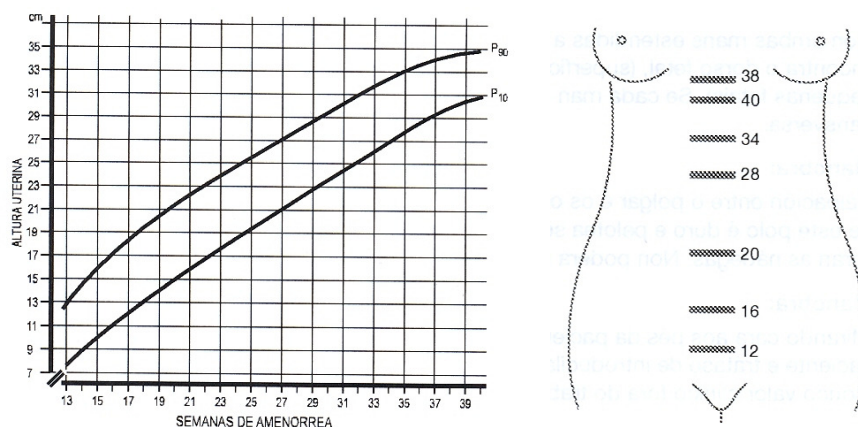
Realiza-se colocando a fita métrica apoiada sobre a borda superior da sínfise púbica e no fundo uterino, com a paciente em decúbito dorsal, em uma superfície plana, com os membros em extensão e bexiga vazia (ZUGAIB, 2008). A medida deverá ser sempre registrada no gráfico com o objetivo de possibilitar a observação do padrão de crescimento e detectar alterações. O padrão de referência são duas curvas de altura uterina desenhadas a partir de dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (FESCINA, 2007). Recentemente, Freitas et al (2011) apresenta curva desenvolvida por Operman e colab. (2006) a partir de um estudo multicêntrico em seis capitais brasileiras, para rastreamento de diabetes gestacional. No SSC, optamos por continuar utilizando a curva do CLAP, preconizada pelo MS.

Medidas isoladas, abaixo do percentil 10 ou acima do percentil 90, devem atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional. Se possível, deve-se solicitar ecografia e retorno em 15 dias para reavaliação. Deverá ainda ser avaliada, quando acima do percentil 90, a possibilidade de polidrâmnio, macrosomia, gemelar, mola hidatiforme, miomatose e obesidade. Evidências sugerem entretanto que a medida da altura uterina não é um bom preditor ou exclui fetos grandes para idade gestacional (GIG). Recomenda-se não realizar estudo ecográfico em fetos suspeitos de macrosomia, em gestações de baixo risco (NICE, 2010).

Quando abaixo do percentil 10, deverá ser descartado feto morto, oligodrâmnio ou CFR. Nas situações de crescimento fetal restrito evidenciado por ecografia, deverá ser realizado dopplervelocimetria para avaliar vitalidade fetal (FESCINA, 2007). A gestante deverá ser encaminhada para o CO ou alto-risco, conforme a situação encontrada. Na Unidade de Medicina Fetal do HNSC este exame é realizado (ver capítulo 15).

A figura 2 evidencia a curva da altura uterina de acordo com a idade gestacional e a localização do fundo uterino de acordo com as semanas aproximadas da gestação.

Figura 2. Curva de altura uterina (AU) e idade gestacional e desenho da posição aproximada da AU de acordo com a idade gestacional



Fontes:

Curva de Altura uterina e idade gestacional. Fonte Clap, 2007

Posição aproximada da AU de acordo com idade gestacional. Fonte: Xunta de Galicia; Servizo Galego de Saúde, 2008

7.2.6 Pesquisa de edema

O American College of Obstetricians and Gynecologists define edema como “acúmulo generalizado de fluidos representado por mais de 1+ de edema depressível após 12 horas de repouso no leito, ou ganho de peso de 5lbs (2,27 kg) ou mais em uma semana” (ICSI, 2009).

O edema já foi tradicionalmente um importante critério diagnóstico para pré-eclampsia. Porém, por si, não é útil para prever o desenvolvimento de pré-eclampsia porque é de baixa especificidade e sensibilidade (SMITH, 1993 [R] apud ICSI, 2009). Edema isolado no final da gestação é freqüente (25% das gestações) e não representa maior risco.

Recomenda-se observar a presença de edema perimaleolar (tornozelo), região pré-tibial, sacral, facial. Edema na face, tronco e membros (+++) indica alto risco e deve ser melhor avaliada quanto a presença de outros sinais de pré-eclâmpsia ou ICC.

Tratando-se de edema unilateral de membro inferior, acompanhado de sinais flogísticos, deve-se suspeitar de processos trombóticos e a gestante deve ser encaminhada ao Centro Obstétrico (BRASIL, 2006).

7.2.7 Exame especular e toque vaginal

O exame pélvico e o toque vaginal devem ser guiados pela história e queixas da paciente. Exame pélvico pode ser usado para detectar algumas condições clínicas como anormalidades anatômicas e doenças sexualmente transmissíveis, para avaliar o tamanho da pelve da mulher (pelvimetria) e avaliar a cérvix uterina assim como detectar sinais de incompetência cervical (associada como abortos recorrentes no segundo trimestre) (NICE, 2010). Exame cervical no termo é útil para diagnosticar apresentação anormal e para identificar dilatação cervical. Exame pélvico de rotina (em todas as consultas) não prevê com exatidão a idade gestacional, nem prediz trabalho de parto prematuro ou desproporção cefalopélvica, portanto, não é recomendado [B] (NICE, 2010).

Em relação ao toque vaginal, um ensaio clínico randomizado avaliou a relação entre exames pélvicos antenatais e ruptura prematura de membranas (RUPREME): 175 mulheres foram designadas para não realizarem o exame e 174 o fizeram rotineiramente, a partir das 37 semanas e continuaram até o parto (LENIHAN, 1984 apud NICE, 2010). No grupo que não realizou exame pélvico, 10 mulheres desenvolveram RUPREME (6%) comparadas com 32 mulheres (18%) do grupo que fez toque vaginal semanalmente. Este aumento de 3 vezes na ocorrência de rupreme entre mulheres que fizeram o exame foi significativo ($p=0,001$).

7.2.8 Descolamento de membranas amnióticas

O descolamento de membranas amnióticas, embora não seja um procedimento referido pelo MS em sua última publicação, é citado em dois consensos internacionais (NICE, 2010; ICSI, 2009), portanto, optou-se por comentá-lo nesta revisão.

O descolamento de membranas amnióticas no exame cervical com mais de 38 semanas de idade gestacional reduz a frequência de trabalho de parto pós-termo (>42 sem) em até 75%, reduzindo significativamente o risco de indução de parto (8,1% versus 18,8%), e aumenta a chance da gestante apresentar-se para o parto na fase ativa. Uma meta-análise dos estudos disponíveis examinando o uso do descolamento de membranas entre mulheres cuja colonização por estreptococo B-hemolítico era desconhecida não encontrou aumento significativo nas infecções periparto ou perinatal entre aquelas que se submeteram ao procedimento (BOULVAIN, 2005 [R] apud ICSI, 2009). O maior benefício é visto na cérvix desfavorável da primigesta. O procedimento não evidenciou aumento dos desfechos adversos. O método recomendado é a inserção digital de 2-3 cm além do orifício cervical interno e “deslizamento” circunferencial duas vezes. Descolamento de membranas diário após 41 semanas tem-se mostrado mais efetivo que o uso de prostaglandinas em reduzir pós-datismo. (ALLOTT, 1993 [A]; MAGNANN, 1999 [A] apud ICSI, 2009). Antes da indução do trabalho de parto formal, deve-se oferecer a gestante com 41 semanas o exame pélvico para descolamento de membranas [A] (NICE, 2010). Accett, Jimenez e Wender (2011), descrevem o descolamento de membranas como uma alternativa, mas afirma que o benefício é pequeno (para reduzir 1 indução, são necessários 7 descolamentos) e está associado com desconforto materno. No GHC, está prática não é consenso entre os obstetras (comunicação verbal).

7.2.9 Exame rotineiro das mamas

O exame de mamas poderá identificar a presença de nódulos ou outras alterações, mas não tem o intuito de identificar dificuldades para a amamentação [A] (NICE, 2010; ESPANHA, 2009). Os tratamentos propostos para mamilos planos ou invertidos mostraram-se ineficazes e contraproducentes. Antecipar estes problemas reduz a confiança materna em suas possibilidades de amamentar (ESPANHA, 2009). Gestantes com mamilos planos ou invertidos devem ser orientadas que, com a evolução da gestação e/ou pega adequada, a alteração pode ser naturalmente corrigida e a amamentação poderá acontecer normalmente (BRASIL, 2006).

7.3 Propedêutica fetal

7.3.1 Ausculta dos batimentos cardíacos;

Os batimentos cardíacos fetais podem ser identificados a partir de 10-12 semanas de gestação com sonar Doppler e a partir de 18-20 semanas com estetoscópio de Pinnard (ICSI, 2009). No último trimestre deve-se procurar medir na posição lateral, evitando compressão de grandes vasos abdominais e eventual diminuição dos BCF.

Nenhum estudo mostrou melhora nos desfechos perinatais com a identificação da ausculta cardíaca fetal, mas a opinião de especialistas concorda que uma ocasional morte fetal pode ser detectada (sem outros sinais ou sintomas) ou uma ocasional anomalia cardíaca. A indicação primária deste exame em todas as consultas é o enorme benefício psicológico para os pais [D] (ICSI, 2009; NICE, 2010; ESPANHA, 2009; BUCHABQUI; ABECHÉ; NICKEL, 2011).

Ritmo regular e freqüências entre 120 e 160 bpm são normais e podem ser medidas por um minuto ou em frações de 15 segundos multiplicados por quatro. Freqüências abaixo de 120 ou acima de 160 necessitam avaliações complementares. Deve-se suspeitar de “estado fetal não tranquilizador” e encaminhar para avaliação no Centro Obstétrico (BRASIL, 2006). Para definir-se como bradicardia ou taquicardia fetal, estas freqüências devem persistir por 10 min de observação.

Após contrações uterinas, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero, o aumento transitório dos BCFs (elevação de 15 batimentos por no mínimo 15 segundos) é sinal de boa vitalidade fetal (BUCHABQUI; ABECHÉ; NICKEL, 2011).

No terceiro trimestre, o decúbito dorsal mais prolongado pode levar a compressão da veia cava inferior, causando hipotensão supina postural e acarretar queda da FC do feto (efeito Poseiro). A lateralização da paciente para a esquerda deve normalizar essa situação (FREITAS et al, 2011).

7.3.2 Avaliação dos movimentos fetais percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico

O registro diário da movimentação fetal (RDMF) não deve ser oferecido [A] (NICE, 2010). Ensaio clínico randomizado agrupou 68.000 mulheres para RDMF ou cuidado padrão. Não houve diminuição na mortalidade perinatal no grupo testado e foi necessário vigiar 1.250 mulheres para prevenir uma morte inexplicada (GRANT, 1989 (A) apud NICE, 2010; ICSI, 2009)

Apesar disto, é um instrumento de avaliação simples, de baixo custo, que não requer instrumentalização e sem contra-indicações. Além disso, é uma preocupação comum entre as gestantes, uma vez que se relaciona à bem estar fetal. Em gestações de baixo risco, o RDMF pode ser realizado no

terceiro trimestre, caso a gestante esteja preocupada e deseje conhecer o padrão de movimentação. Orienta-se a contagem e registros dos movimentos fetais observados pela gestante por um período de 1 hora. Caso consiga registrar 6 movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação em 1 hora completa. Entretanto se em 1 hora, não conseguir contar 6 movimentos deverá repetir o procedimento. Se nesse período de duas horas não conseguiu observar 6 movimentos/h, considera-se como “inatividade fetal” e a gestante deverá ser orientada a procurar a Unidade de Saúde.

Referências

ACCETTA, S. G.; JIMENEZ, M. F.; WENDER, M. C. O. **Gestação pós-termo**. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_M.pdf>. Acesso em: 24 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BUCHABQUI, J. A.; ABEICHE, A. M.; NICKEL, C. **Assistência pré-natal**. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DI MARIO, S. et al. **What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement)**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf>. Acesso em: 24 out. 2010.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Política Social. **Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva**. 2009. Disponível em: <<http://www.profesionalesetica.org/wp-content/uploads/2010/02/Estrategia-Nacional-de-Salud-Sexual-y-Reproductiva-11112009.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2010.

FESCINA, R. et al. **Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS**. Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). **Routine prenatal care**. July 2010. Disponível em: <http://www.icsi.org/prenatal_care_4/prenatal_care_routine_full_version_2.html>. Acesso em: 24 out. 2010.

KIRKHAM, C. et al. Evidence-based prenatal care: part I. general prenatal care and counseling issues. **American Family Physician**, Kansas City, v. 71, n. 7, apr. 2005. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2005/0401/p1307.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2010.

MARTINS-COSTA, S. H. et al. Doença hipertensiva na gravidez. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 523-52.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH (NCC-WCH). **Hypertension in pregnancy**: the management of hypertensive disorders during pregnancy. London: RCOG, ago. 2010. Disponível em : <www.rcpch.ac.uk/doc.aspx?id_Resource=7893>. Acesso em: 23 nov 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care**: routine care for the healthy pregnant woman. London: NICE, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40115/40115.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2010.

OPPERMANN, M. L. R. et al. Nutrição da Gestante. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 246-259.

RHODES, C. **Ambulatory blood pressure monitoring in hypertensive pregnancies**. 2009. 228 f. Dissertação. (Mestrado)-University of Birmingham, Birmingham, ,jul 2009. Disponível em : _ <<http://etheses.bham.ac.uk/461/1/Rhodes09MPhil.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2010)

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 1.^a edição. Baruiiri, SP: Ma-nole; 2008

8. Solicitar e avaliar exames complementares

Lucia Naomi Takimi

“Eu fiz vários exames, duas vezes. O exame que eu acho mais importante é a ecografia morfológica, pois podemos saber se todos os órgãos do bebê são normais. A minha maior preocupação quando eu estava grávida era se ele era normal. Se tivesse uma alteração, eu gostaria de saber antes. Acho que sabendo poderia me precaver. Não iria pegar também os médicos de surpresa na hora do parto”

Puérpera moradora do território de atuação do SSC/GHC

O cuidado pré-natal além de educação, aconselhamento e tratamento, inclui a realização de exames complementares para monitorar e promover o bem-estar da gestante e do feto. As recomendações correntes tentam esclarecer quais os cuidados e em que intensidade são considerados suficientes para garantir uma boa qualidade da atenção às gestantes de baixo risco. Somente intervenções de comprovada eficácia, cujos benefícios sobrepõem-se aos possíveis riscos, e aquelas aceitáveis pela gestante e sua família, devem ser oferecidos (DI MARIO, 2005).

Em relação aos exames complementares, a gestante deve ser informada sempre, e de forma compreensível, sobre a finalidade do exame, como ele será realizado, quais os possíveis riscos para si e para o feto, os tipos de resultados que podem surgir (i.e. probabilidade, risco), a chance de ocorrência de resultados falso-positivo ou falso-negativo e as opções que ela terá, mediante resultado obtido (NCCWCH apud KIRKHAM et al, 2005). Uma proposta sistemática deve integrar a melhor evidência em um modelo de consentimento informado e compartilhado. Sugere-se que os profissionais registrem sempre todos os exames solicitados e também, se for o caso, a informação de que a gestante deixou de realizá-lo.

8.1 Exames complementares a serem solicitados para a gestante em pré-natal

Os exames complementares mínimos a serem solicitados no acompanhamento buscam avaliar fundamentalmente as condições hematológicas, possível incompatibilidade Rh e ABO, doenças infecciosas e afecções que possam interferir diretamente na saúde da gestante e de seu filho, tais como: malformações fetais, diabetes e transtornos hipertensivos. Considera-se também como mais um momento para a prevenção de câncer ginecológico.

A pesquisa de doenças infecciosas na gestante é guiada por alguns critérios, tais como: prevalência da doença na população geral, em recém-nascidos e crianças, sintomas em gestantes, sintomas nos bebês, exames diagnósticos, tratamento e eficácia da interrupção da transmissão vertical. No SSC, considera-se fundamental levar em consideração as condutas preconizadas nos serviços de referência como a UPTV e Alto risco do HNSC.

A seguir, serão descritos exames realizados durante o acompanhamento pré-natal e no item 8.2, a análise de seus resultados e recomendações.

8.1.1. Hemograma

Recomenda-se dosagem de hemoglobina para todas as gestantes na sua primeira consulta de pré-natal e em torno da 28^a semana de gestação, quando outros exames sanguíneos serão realizados [B] (NICE, 2010; ICSI, 2010; BRASIL, 2006; OMS, 2005; USPSTF, 2006; BUCHABQUI, 2011).

8.1.2. Tipagem sanguínea e fator D (Rh)

Deve-se oferecer testagem para tipagem sanguínea e fator D (ou Rh) precocemente na gestação [B] (NICE, 2010; BUCHABQUI, 2011). Recomenda-se que a profilaxia anti-D logo após o parto seja oferecida para todas as gestantes não sensibilizadas que são D-negativas, cujos bebês sejam D-positivos (NICE, 2010). Evidências atuais permitem recomendar imunoglobulina anti-D em mulheres com fator Rh negativo nas seguintes situações (MAGALHÃES; DIAS, 2010):

- rotineiramente, no período pós-parto imediato se o Rh do recém-nascido for positivo
- após procedimentos invasivos (amniocentese e biópsia de vilos coriônicos)
- sangramento de 1^o, 2^o e 3^o trimestres
- abortamento e morte fetal intrauterina
- após trauma abdominal
- gestação ectópica
- mola hidatiforme
- versão externa

8.1.3. Pesquisa de hemoglobinopatias

Pesquisa para doença falciforme e talassemias pode ser oferecida às gestantes, idealmente em torno da 10^a semana de gestação. O tipo de triagem depende da prevalência dessas doenças e pode ser realizada na atenção primária ou secundária. Onde a prevalência da doença falciforme é elevada (prevalência fetal acima de 1,5 casos por 10.000 gestações), pesquisa laboratorial (preferentemente cromatografia líquida de alta performance) deve ser oferecida a todas as gestantes para identificar portadoras do traço ou doença falciforme ou talassemia (NICE, 2010; NHS 2006; BRASIL, 2008). Onde a prevalência da doença falciforme é baixa (abaixo de 1,5 casos por 10.000), como nos estados da região Sul do Brasil (BRASIL, 2008), a todas as gestantes deve-se oferecer triagem de hemoglobinopatias usando o Questionário de Origem Familiar (disponível em: www.sickleandthal.org.uk/Documents/F_Origin_Questionnaire.pdf NICE, 2010) que indica se a gestante é de risco para apresentar traço falciforme. Se a gestante for de risco para traço falciforme ou se o HCM no hemograma da mãe for menor que 27 pg (picogramas), pesquisa laboratorial para doença falciforme deve ser oferecida (NICE, 2010; NHS, 2006).

No GHC, a opinião de especialistas (contato verbal com Dr. Conchin e Dr Espinosa) é que, avaliar o risco é complexo, e o rastreamento deve ser universal. O exame a ser solicitado no GHC é a Eletroforese de Hemoglobina, caso o pré-natalista e a gestante optem por realizá-lo.

Se a mulher for identificada como portadora de uma hemoglobinopatia, deve-se solicitar o mesmo exame ao pai do bebê (NICE, 2010), pois a presença do traço falciforme em ambos os pais, aumenta muito a chance da criança apresentar a doença.

A gestante com Eletroforese de Hemoglobina alterada deve ser encaminhada para melhor avaliação e acompanhamento no pré-natal de alto risco.

8.1.4. Exame qualitativo de urina (EQU) ou uroanálise e urocultura

No SSC, sugerimos a recomendação do CLAP (2007), com solicitação de E.Q.U. (e urocultura de jato médio, pela praticidade) em três momentos: na primeira consulta, por volta da 28^a semana de gestação e entre as 33 e 35 semanas.

Recomenda-se a solicitação do EQU para a detecção de proteínas, bactérias e glicose na urina. É possível detectar glicose na urina em uma gestação normal, no entanto, níveis iguais ou superiores a 300 mg/dl podem relacionar-se com diabetes gestacional. A presença de proteinúria pode estar relacionada também à infecção urinária e a transtornos hipertensivos na gestação. Desta forma, o Fescina (2007) recomenda a solicitação de E.Q.U. na primeira consulta, por volta da 28^a semana de gestação e entre 33 e 35 semanas. As análises de urina com fita reagente e leitura visual (Comburtest, Urotest) podem ser utilizadas, no entanto, alguns estudos sugerem baixa sensibilidade para identificar proteínas e infecção e muitos autores recomendam abandoná-las (FESCINA, 2007).

A pesquisa de bacteriúria assintomática por urocultura de jato médio é recomendada para todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal. Uma urocultura obtida entre 12-16 semanas de gestação identifica 80% das mulheres que desenvolveram bacteriúria assintomática, com um adicional 1-2% de identificação pela repetição mensal do exame (BACHMAN, 1993 [C] apud ICSCI, 2010). Os dados são insuficientes para determinar a frequência ótima de repetição deste exame durante a gestação (ICSI, 2010; FESCINA, 2007) no entanto, optamos por manter a recomendação de nova solicitação em torno da 28^a semana de gestação (FESCINA, 2007), visto que infecção urinária é o motivo mais freqüente de internações de gestantes do SSC, excluindo as internações por abortamento (BRASIL, 2010). A rotina do HCPA é fazer uma urocultura no primeiro trimestre e, se não evidenciar bacteriúria, não repetir (RAMOS et al, 2011).

Tratamento com antibiótico é efetivo na bacteriúria assintomática (OR-0,07; IC a 95%:0,05-0,10) e na redução de pielonefrite na gravidez (OR-0,24; IC a 95%: 0,19-0,32). A antibioticoterapia também se associa à redução na incidência de parto prematuro ou baixo peso ao nascer (OR-0,6; IC a 95%: 0,5-0,8) [A]. (FEBRASGO, 2006)

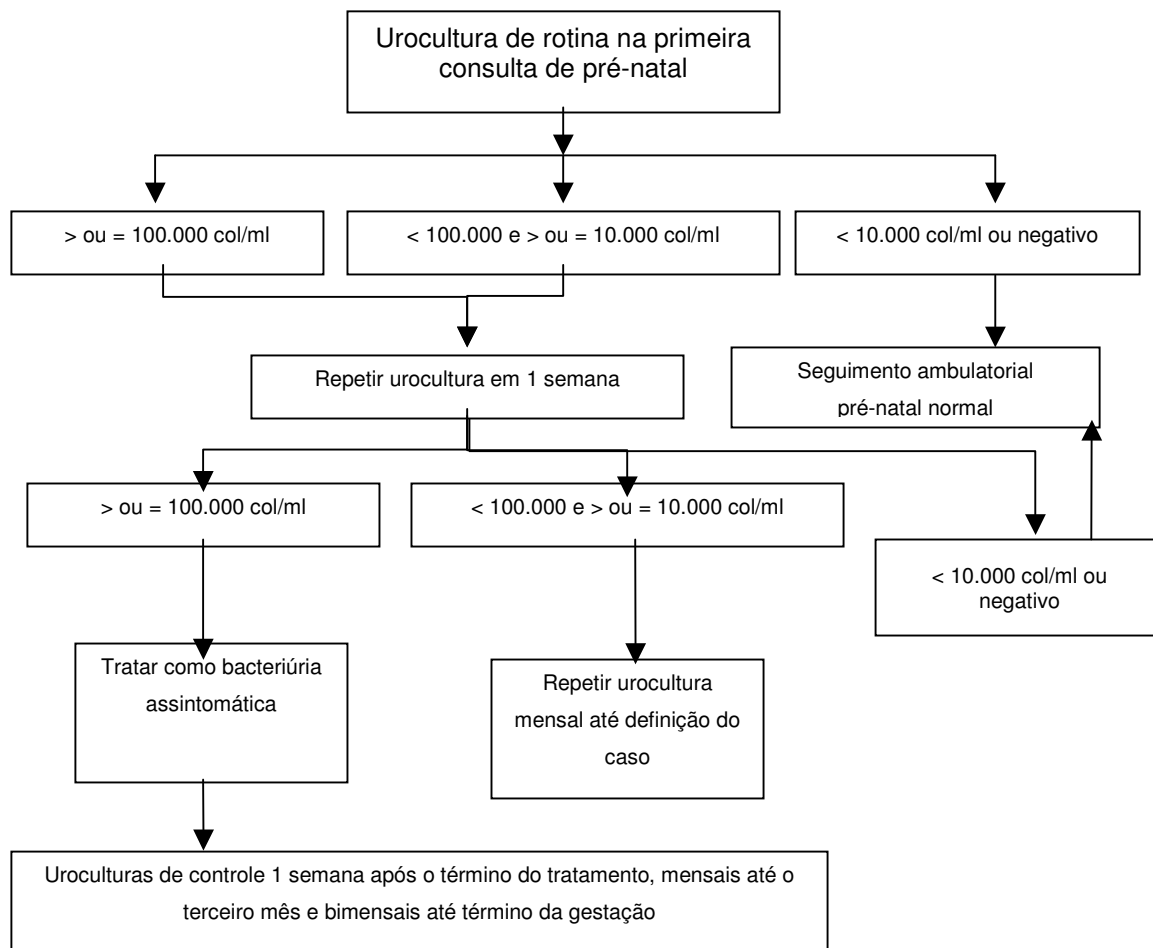
Mesmo que haja restrição ao uso de alguns antimicrobianos (alto índice de resistência), o fato de o diagnóstico basear-se no resultado da urocultura, que normalmente vem junto com o antibiograma, facilita a escolha do antimicrobiano. Neste caso, a escolha deverá considerar o padrão de sensibilidade bacteriana baseado em antibiograma. O tratamento pode ser feito por via oral e deve se estender por sete dias, visto tratar-se de infecção em gestante (LE apud DUARTE et al, 2008). Os antimicrobianos mais utilizados são: cefuroxima 250 mg a cada oito horas, norfloxacin 400 mg a cada doze horas, nitrofurantoína 100 mg a cada seis horas e sulfametoxazol/trimetoprim 1600/320 mg uma vez ao dia. O uso da ampicilina 500 mg a cada seis horas ou da cefalexina 500 mg a cada seis horas está cada vez mais limitado em decorrência das elevadas taxas de resistência bacteriana. O tratamento com dose única ou por curto período de tempo (três dias) mostrou altos índices de falha e não é indicado para gestantes (SMALL apud DUARTE et al, 2008).

O controle de tratamento da bacteriúria assintomática está esquematizado na Figura 1 (DUARTE et al, 2008). Segundo opinião de especialista (contato verbal com Dr. Espinosa), gestantes com resultado de urocultura evidenciando a presença de 100.000 col/ml ou mais, não necessitariam repetir

urocultura em 1 semana e já poderiam ser tratadas. Quanto ao seguimento, a rotina do HCPA difere um pouco: urocultura de controle em 1 semana e **mensais** até o parto (mesmo em bacteriúrias assintomáticas). Na ocorrência de 2 episódios de ITU, deve-se prescrever profilaxia (nitrofurantoína 100mg/dia, ampicilina 500mg/dia ou cefalexina 500mg/dia) até duas semanas após o parto. As gestantes devem ser orientadas a manter uma ingestão adequada de líquidos e urinar com frequência. (RAMOS et al, 2011).

Para tratamento de ITU sintomática na gestante, recomenda-se leitura do capítulo 10.

Figura 1. Fluxograma de acompanhamento a partir do resultado da urocultura realizada na primeira consulta de pré-natal.



8.1.5. Pesquisa de suscetibilidade à rubéola

A pesquisa para suscetibilidade à rubéola pela história de vacinação ou por sorologia é recomendada para todas as mulheres em idade fértil na sua consulta pré-concepcional para reduzir a incidência de síndrome da rubéola congênita. Acredita-se que 70 a 80% das mulheres em idade fértil sejam imunes à rubéola. Contudo, 20 a 30% das mulheres que podem engravidar são suscetíveis à doença e devem ser vacinadas até 90 dias antes da concepção, devendo evitar a gravidez no prazo mínimo de três meses após terem recebido a vacina (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Sistema Nacional de Informações sobre Teratógenos, 2010). O CDC (2001) e o Ministério da Saúde

(BRASIL, 2008) recomendam que se evite a gestação por apenas 28-30 dias após a vacinação (vide capítulo 4).

As gestantes expostas inadvertidamente à vacina, com base na literatura disponível, têm risco potencial de desenvolvimento de infecção após a mesma. Devem sempre ser investigados sinais e sintomas pós-vacinais nas pacientes expostas, os quais poderiam indicar risco aumentado de infecção fetal (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Sistema Nacional de Informações sobre Teratógenos, 2010).

A gestante deve ser rastreada quanto à sua imunidade contra rubéola, caso não tenha sido feito na pré-concepção. As gestantes suscetíveis (IgG não reagente) devem ser aconselhadas sobre os riscos da infecção durante a gravidez e devem ser orientadas a se vacinarem no puerpério imediato para proteção das futuras gestações [B] (AMB, 2006; NICE, 2008; ICSI, 2009; BRASIL, 2006; FESCINA, 2007; HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Sistema Nacional de Informações sobre Teratógenos, 2010).

Em caso de contato com caso suspeito de rubéola, o método ideal para o diagnóstico é a pesquisa de anticorpos específicos, já que o diagnóstico clínico frequentemente pode ser confundido com outras doenças virais e a história de infecção no passado não é confiável. A IgM específica para rubéola faz o diagnóstico rapidamente, mas somente na fase aguda (esta presente até 30 dias após a infecção). Com IgM negativa, o diagnóstico fica ancorado nos níveis de IgG: um aumento quádruplo no título em intervalo de duas semanas faz o diagnóstico de doença atual. Sendo assim, após um contato com pessoa com rubéola deve-se solicitar a gestante IgG e IgM e repetir o exame em 15 dias, orientando quanto a provável infecção e prognóstico perinatal, este último com base na idade gestacional (MARTINS-COSTA et al, 2011). Em casos confirmados de infecção aguda materna, encaminhá-la ao pré-natal de Alto Risco.

8.1.6. Pesquisa de toxoplasmose

A prevalência de nascimentos com toxoplasmose congênita varia de 1/10.000 nascidos vivos na Suécia e EUA (Massachusetts), 3/10.000 no Brasil, até uma estimativa de 10/10.000 na França (GILBERT apud VANNI, 2008). Em média, um terço das mães infectadas terão um bebê com toxoplasmose. Muitas crianças com toxoplasmose congênita desenvolver-se-ão normalmente, mas mais de 4% morrerão ou terão evidência de dano neurológico permanente ou dano visual bilateral durante os primeiros anos de vida (SYROCOT apud VANNI). Incertezas sobre os benefícios do tratamento pré-natal, assim como considerações sobre os efeitos adversos e custos envolvidos num programa de pesquisa pré-natal, tem levado diversos serviços de saúde pública a decidirem por não pesquisarem (p.ex. Reino Unido), pesquisarem no período neonatal (p.ex. Massachusetts), pesquisarem mensalmente (p.ex. França) ou trimestralmente (p.ex. Brasil) (GILBERT apud VANNI, 2008).

No GHC, fundamentado por estudos locais evidenciando alta prevalência da doença em nosso meio, a rotina no ambulatório de Alto Risco é de solicitar trimestralmente às gestantes suscetíveis [D] (VARELLA et al, 2007). No HCPA a rotina é a mesma adotada no GHC (MARTINS-COSTA, 2011)

Em se tratando de infecção recente por toxoplasmose, com teste de avididade de IgG baixo, deve-se **referenciar a gestante ao pré-natal de alto risco** e prescrever espiramicina 1g (ou 3 MUI) 8/8h VO.

O fármaco espiramicina apresenta-se nas seguintes dosagens: comprimidos de 500mg equivalente a 1,5MUI ou 1.500.000UI ou cápsulas de 250mg equivalente a 0,75MUI ou 750.000UI

Caso a gestante deseje retirar o medicamento pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), via Protocolo de Medicamentos Especiais, deve-se encaminhá-la à SES no seguinte endereço:

Farmácia de Medicamentos Especiais, situada na Av. Borges de Medeiros nº 546 – 1º andar, guichê 107, telefone: (51) 3901-1004. Horário de funcionamento: 7:30 às 17:00, sem fechar ao meio-dia.

Segundo a Portaria Nº 2981 26/09/2009, deverá levar os seguintes documentos para retirada do medicamento:

- cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- cópia de documento de identidade;
- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)*, adequadamente preenchido;
- prescrição médica devidamente preenchida;
- documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado (Exame de avidéz do IgG, evidenciando baixa avidéz);
- cópia do comprovante de residência.

**O LME (laudo de medicamentos especiais) foi enviado pelo correio eletrônico às unidades do SSC, podendo ser reproduzido e armazenado conforme combinações da equipe de apoio matricial de Farmácia. Dúvidas, ramal 2520.*

O andamento do processo pode ser acompanhado por telefone (3901-1004) ou pessoalmente. Quando a solicitação for liberada, deve-se retirar o medicamento no andar térreo da Farmácia de Medicamentos Especiais.

8.1.7. Pesquisa de hepatites

8.1.7.1 Hepatite B

O rastreamento universal da hepatite B com o antígeno de superfície (HBsAg) deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal para que intervenções pós-natais possam ser oferecidas ao recém-nascido objetivando redução da transmissão vertical [A] (NICE 2010, AMB, 2006). Estima-se que 1,25 milhões de pessoas nos EUA estão cronicamente infectadas com o vírus da hepatite B (HBV). Destes, 30% adquiriram-no no período perinatal. A transmissão vertical da hepatite B é prevenível em 95% aproximadamente, através da administração da vacina e imunoglobulina (HBIG) no bebê, ao nascimento [A]. (NICE 2010; ICSI 2010).

Indica-se também imunoglobulina hiperimune em gestantes soronegativas que relatem história de acidente com material contaminado, relações sexuais com parceiro em fase aguda ou vítimas de violência sexual (0,06 ml/Kg por via intramuscular) (MARTINS-COSTA, 2011).

8.1.7.2. Hepatite C

A pesquisa de rotina do vírus da hepatite C não deve ser oferecida universalmente, porque há evidência insuficiente de sua efetividade e custo-efetividade [C] (NICE, 2010). Mas, deve ser oferecido às gestantes de risco (presidiárias, usuárias de drogas injetáveis, gestantes HIV-positivo, mulheres expostas a derivados de sangue ou submetidas à transfusão com hemoderivados, parceiras de homens

HIV positivo, mulheres com alteração da função hepática, com múltiplos parceiros ou tatuadas) [D] (AMB, 2006).

Não há tratamento disponível para gestantes infectadas pelo vírus C da hepatite, além de cuidados de suporte. Nenhuma vacina esta disponível para prevenir a transmissão vertical. (CONTE, 2000 [B] apud ICSI, 2010).

8.1.8. Cultura de GBS (Estreptococo do Grupo Beta-hemolítico)

O GBS, ou *Streptococcus agalactiae*, é reconhecido como um causador importante de morbimortalidade perinatal. Davies e colegas revisaram a distribuição da infecção em neonatos e viram que 74% desenvolveram sepse, 14% meningite e 12% pneumonia. Vinte e cinco por cento dos casos ocorreram em crianças pré-termo (<37 sem). Felizmente, a incidência de infecção neonatal no Canadá e EUA esta diminuindo de 2-3/1.000 para 0,5/1.000 nascimentos, com a introdução de quimioprofilaxia intraparto (MONEY et al, 2004).

Cerca de 10-30% das gestantes são colonizadas com GBS nas áreas vaginal ou retal (ICSI, 2010) na forma transitória, intermitente ou crônica. O CDC (2010), SOGC do Canadá (MONEY et al, 2004), e FESCINA (2007) recomendam oferecer a pesquisa a todas as gestantes para GBS, entre 35^a-37^a semanas de gestação, com cultura de *swab* coletado, primeiro, do intróito vaginal e, depois, do reto (i.e., inserir o suabe através do esfíncter anal) [B]. Espécimes coletadas da cérvix uterina, perianal, perirrretal ou perineal não são adequadas e o espéculo não deve ser usado para coleta. Já o NICE (2010) não recomenda pesquisa rotineira, pois aguarda estudos sobre efetividade e custo-efetividade mais conclusivos.

Buchabqui e colegas (2011) reconhecem as condutas diversas em relação ao rastreamento, e alertam para algumas situações em que as gestantes são candidatas à profilaxia antibiótica intraparto, sem necessidade de rastreamento no pré-natal: urocultura positiva para GBS na gestação atual; RN de gestação anterior acometida por sepse neonatal por GBS; trabalho de parto pré-termo (menos de 37 semanas); ruptura prematura de membranas amnióticas (rupreme) em pré-termo; rupreme por 18 horas ou mais e febre durante o trabalho de parto.

No HNSC, o material deve ser enviado ao laboratório pela paciente ou familiar no máximo até 12 horas após a coleta e o material é recebido no laboratório até às 17 horas (comunicação verbal).

8.1.9. Pesquisa da sífilis

O rastreamento universal da sífilis é recomendado na primeira consulta de pré-natal para toda gestante, porque o tratamento é benéfico para a mãe e o feto [A] (NICE, 2010; OMS, 2008; AMB, 2006; BRASIL, 2006; KIRKHAM et al, 2005)

No Brasil, a recomendação do Ministério da Saúde é a repetição do exame em torno da 32^a semana de gestação, no momento do parto ou em caso de abortamento [D]. Esta recomendação é adotada no GHC e no HCPA (NAUD et al, 2011). As mulheres grávidas infectadas pela sífilis podem transmitir a infecção ao feto, causando sífilis congênita, com consequências graves na gestação em 80% dos casos. Cerca de 25% destes casos resultam em natimortos ou abortos espontâneos, e outros 25% de recém-nascidos têm baixo peso ao nascimento ou infecção grave, estando os dois casos associados a um maior risco de morte perinatal. Contudo, o fardo da sífilis congênita ainda é geralmente subestimado (OMS, 2008) O coeficiente de mortalidade por sífilis congênita, no Brasil, em menores de 1

ano, manteve-se estável em cerca de 4 óbitos por 100.000, entre 1991 a 1999, quando apresentou tendência decrescente, chegando, em 2003, a 2,2 óbitos por 100.000 menores de 1 ano. Em 2007, o coeficiente de mortalidade por sífilis congênita no Brasil passou para 2,4 por 100.000 habitantes. Em menores de 27 dias de vida ocorreram 76% dos óbitos, entre 1996 e 2003. (BRASIL, 2005).

No GHC é realizada vigilância epidemiológica da sífilis congênita que se inicia na detecção de todos os exames VDRL reagentes realizados por gestantes e em caso de abortamento no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HNSC (NHE).

A partir de casos suspeitos de sífilis congênita no HNSC e do total de gestantes assistidas entre 2006 e 2008, calculou-se a prevalência de sífilis: na gestação que resultou em nativivo (1,1%), na gestação que resultou em natimorto (4,6%) e nas gestações que resultaram em abortamento (1,1%). Entre os principais motivos de tratamento materno inadequado no HNSC encontram-se: parceiro não tratado (43,6%) e gestante com tratamento incompleto (23,1%) (VARELLA et al, 2009).

A meta do MS é de até 1 caso para cada 1.000 recém-nascidos vivos. No SSC, nos últimos seis anos tivemos 13 casos de internação por sífilis congênita, representando uma variação de 1 a 4 recém-nascidos com sífilis para cada 1.000 nascidos vivos a cada ano (BRASIL, 2010).

8.1.10. Pesquisa de anti-HIV

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda a realização de teste anti-HIV com aconselhamento e com consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal. Em casos negativos, repetir próximo à 30ª semana de gestação. Solicitar o consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal (AMB, 2006). Em casos positivos, encaminhar para unidade de referência no mesmo momento, não necessitando confirmação (BRASIL, 2006). As intervenções adequadas podem reduzir a transmissão da infecção do HIV da mãe para o concepto [A] (NICE, 2010). Na eventualidade de recusa do teste, recomenda-se registrar a informação em prontuário e na carteira de pré-natal (NICE, 2010). O capítulo 15 apresenta fluxograma recomendado neste protocolo a partir de resultado positivo do exame anti-HIV, tanto da gestante, como do parceiro.

8.1.11. Pesquisa de Diabete Melito na gestação

É muito importante conhecer o tipo de diabete associado ao estado disglucêmico, já que acarretará diferentes desfechos ao longo da gestação e do desenvolvimento fetal. A diabete pré-gestacional (independente de ser DM1 ou DM2) é mais severa porque seus efeitos iniciam precocemente, na concepção, levando a um risco aumentando de abortos, malformações congênitas severas e restrição do crescimento fetal, principalmente nos casos não adequadamente controlados (RAY apud NEGRATO et al, 2010). Além das complicações fetais, desfechos maternos também são mais relevantes, especialmente na presença de complicações prévias como retinopatia, nefropatia e hipertensão. Diabete identificada antes da segunda metade da gestação, provavelmente trata-se de doença pré-existente não diagnosticada (NEGRATO et al, 2010).

A Diabete Melito Gestacional (DMG), diagnosticada na segunda metade da gestação, afeta principalmente o crescimento fetal com tendência à macrosomia.

Diabete Mélico Gestacional (DMG) é definido pela OMS (apud NCCWCH, 2008) como uma intolerância ao carboidrato resultando em hiperglicemia de gravidade variável com estabelecimento ou reconhecimento durante a gestação. De acordo com a teoria de Pedersen (apud NCCWCH, 2008) a

hiperglicemia materna resulta em transferência excessiva de glicose para o feto resultando em hiperinsulinemia fetal. Os efeitos da hiperinsulinemia fetal incluem:

- um crescimento excessivo de tecidos sensíveis a insulina, como adipócitos, especialmente ao redor do tórax, ombros e abdômen, o que aumenta o risco de distócia de ombro, morte perinatal, trauma de parto e necessidade de cesarianas;
- complicações metabólicas neonatais, como hipoglicemia;
- estado hipoxêmico intraútero que pode aumentar o risco de morte fetal intrauterina, policitemia fetal, hiperbilirrubinemia e trombose da veia renal;
- um risco aumentado a longo prazo de obesidade e diabetes na criança.

Para que a gestante possa realizar uma decisão informada sobre testagem para DMG, deve-se informá-la que (NICE, 2010, NEGRATO et al, 2010):

- em muitas mulheres, o DMG responderá a alterações na dieta e exercícios. A proposta inicial para DMG consiste em indicar uma dieta que permita adequado ganho ponderal e normalização da glicemia. O total calórico da dieta deve permitir ganho de peso em torno de 300-400g por semana após o segundo trimestre de gestação. Atividades físicas regulares são parte do tratamento de DMG, considerando-se sempre se há contra-indicações obstétricas [B] (NEGRATO et al, 2010).
- algumas mulheres (entre 10-20%) necessitarão de hipoglicemiantes orais ou insulino terapia, se mudanças de hábito falharem em manter controle glicêmico ideal durante um período de uma a duas semanas (jejum=95mg/dl e 1h pós-prandial \geq 140mg/dl) [B] (NICE, 2010; NEGRATO et al, 2010).
- se o diabetes gestacional não for detectado e controlado há um risco de complicações no parto, como macrossomia fetal, traumas durante o parto (para si e o bebê), indução do trabalho de parto ou cesariana, hipoglicemia neonatal e morte perinatal (NICE, 2010);
- um diagnóstico de DMG poderá aumentar a monitorização e intervenções durante a gestação e parto (NICE, 2010).

O potencial benefício do reconhecimento e tratamento do DMG inclui redução nos estados mórbidos da mulher e/ou do bebê durante ou imediatamente após a gestação, assim como os benefícios da redução do risco de progressão para o diabetes tipo 2 a longo prazo e/ou gestações futuras sendo complicadas por uma diabetes pré-existente ou DMG (NCCWCH, 2008).

O que se questionava até então era a validade de tratar o diabetes gestacional “leve”, cujos valores se aproximam dos estados de pré-diabetes nos demais adultos. Em seu artigo, Stokowski resume os últimos resultados:

Em 2005 foram publicados os resultados do estudo ACHOIS (Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women), uma pesquisa multicêntrica randomizada que durou 10 anos, e avaliou se o tratamento da DMG leve reduziria a morbimortalidade perinatal. O tratamento com aconselhamento dietético, auto-monitoramento de glicemia e insulina, quando indicada, reduziram significativamente desfechos primários adversos (i.e., morte perinatal, distócia de ombro e trauma de parto), macrossomia adipoinssular neonatal, pré-eclâmpsia e indução de trabalho de parto (STOKOWSKI, 2010).

Landon e colegas conduziram um ensaio randomizado controlado, apoiados pelo National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units (NICHD-MFMU) Network, comparando mulheres não-tratadas com DMG leve e aquelas que receberam tratamento (aconselhamento nutricional, dietoterapia, insulina, se necessário, etc.). Reduções significativas na macrossomia, massa de gordura neonatal, distócia de ombro, pre-eclâmpsia e cesariana foram observadas nesta coorte (STOKOWSKI, 2010).

Ambos os ensaios de tratamento revelaram um efeito positivo do tratamento em prevenir nascimentos com macrossomia e distócia de ombro. Juntos, estes dois estudos evidenciaram o benefício do tratamento do DMG leve. Enquanto nenhum dos estudos encontrou efeito significativo nas morbidades neonatais como hipoglicemia ou hiperbilirrubinemia, seus achados de reduzirem massa adiposa neonatal, GIGs (grande para idade gestacional) e macrossomia tem implicações importantes para saúde a longo prazo das crianças. Excesso de gordura neonatal e macrossomia adiposinsular são ligadas a obesidade infantil e posterior desenvolvimento de diabetes. Se estes achados são reais, então o sucesso do tratamento do DMG, mesmo leve, poderá influenciar positivamente a saúde da próxima geração (STOKOWSKI, 2010).

O estudo HAPO esclareceu a associação entre desfechos adversos múltiplos da gestação e graus de hiperglicemia menos severos que aqueles usados para o diagnóstico de diabetes. Dados para o estabelecimento de critérios diagnósticos internacionais foram fornecidos. Este estudo envolveu 25000 mulheres em nove países – uma coorte multicultural, etnicamente diversa. Todas as mulheres submeteram-se a um Teste de Tolerância à Glicose (TTG) com 75g de glicose, com dosagens em 2 horas, com 24-32 semanas de gestação, e uma glicemia plasmática aleatória com 34-37 semanas. Resultados foram cegados, a menos que uma dosagem em jejum, 2h ou glicemia aleatória fosse elevada a um nível cujo tratamento fosse mandatário imediatamente. Desfechos primários foram macrossomia (peso ao nascimento >percentil 90), parto cesáreo primário, hipoglicemia neonatal clínica e hiperinsulinemia (i.e., peptídeo-C no cordão umbilical > percentil 90). A relação vista entre níveis glicêmicos maternos e crescimento fetal e desfechos neonatais foi a de um fenômeno biológico básico, e não uma doença claramente demarcada, como se pensava. Quando estas pacientes foram incluídas, a incidência total de DMG em gestantes aumentou para 17,8%(STOKOWSKI, 2010).

Atualmente, a International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) recomenda para rastreamento de desordens glicêmicas na gestação solicitar Glicemia de jejum, HbA1C ou glicemia aleatória em todas OU somente naquelas mulheres de risco, conforme prevalência local do Diabetes Mérito (*aplicável a mulheres que não se sabem diabéticas antes da gestação. Deve-se acompanhar a glicemia no puerpério para todas as mulheres diagnosticadas com diabetes pré-gestacional ou DMG*) e solicitar TTG 75g após uma noite de jejum em TODAS as mulheres que não foram previamente diagnosticadas com diabetes ou DMG durante etapas anteriores (METZGER et al, 2010).

Mulheres cuja glicemia de jejum ≥ 92 mg/dl na primeira consulta pré-natal são diagnosticadas como DMG. Aquelas cuja glicemia < 92 mg/dl serão testadas com TTG 75g entre 24-28 sem para excluir DMG.

Quadro 1. Valores diagnósticos, conforme IADPSG (2010)

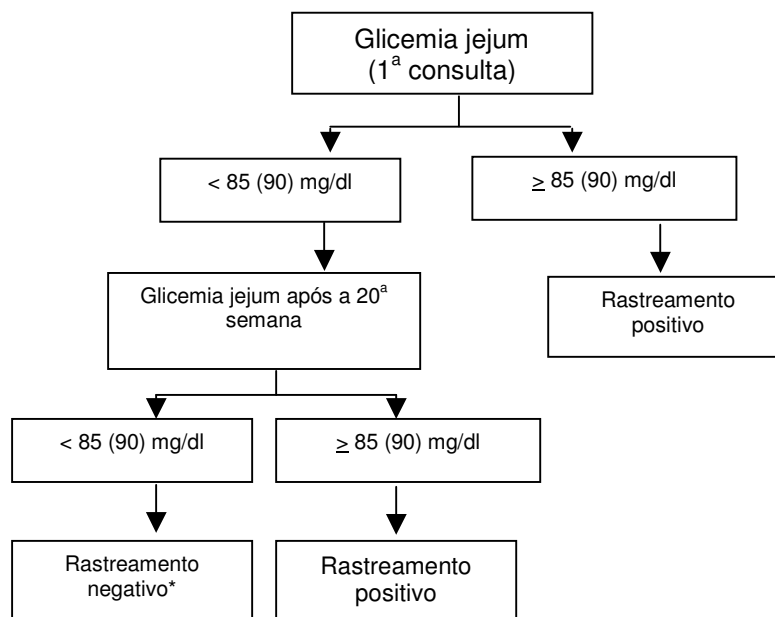
Quando	Diagnóstico	Teste	Valor mínimo
Primeira consulta pré-natal	Diabete Mérito (DM)	Glicemia jejum*	126 mg/dL
		HbA1C	≥ 6.5%
		Aleatória ^a	200 mg/dL
24-28 sem	Diabete Mérito Gestational (DMG)	Glicemia jejum	92 mg/dL
		TTG 75g -1 hr	180 mg/dL
		TTG 75g -2 hr	153 mg/dL

*Glicemia de jejum >126= DM prévio; entre 92-125= DMG

^a Necessita confirmação.

O Ministério da Saúde recomenda a dosagem da glicemia de jejum como primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a TODAS as gestantes, na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para alterações prévias da tolerância à glicose. Recomenda, para o diagnóstico do DMG, o teste de tolerância com 75mg de glicose, adotando os critérios de intolerância a glicose, para adultos [D] (BRASIL, 2006).

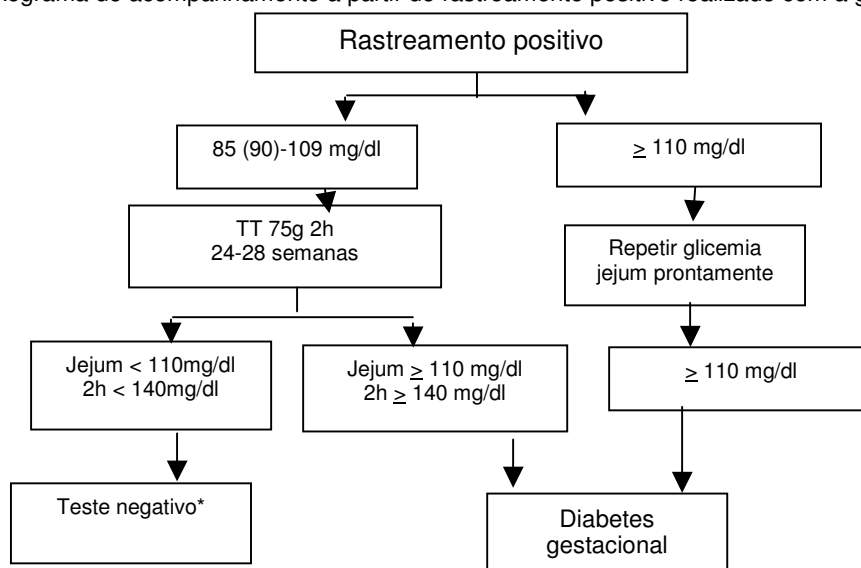
A conduta adotada no Alto Risco-HNSC segue o Ministério da Saúde, com glicemia de jejum na primeira consulta para todas as gestantes. A escolha do ponto de corte da glicemia de jejum é de 85 mg/dl, para rastreio positivo. Em caso de forte suspeita clínica, recomenda-se repetir o rastreamento na 32^a semana. Será diagnosticada como diabete se glicemia de jejum maior ou igual a 110 mg/dl ou glicemia maior ou igual a 140mg/dl após 2 horas com TTG 75g de glicose (CAMPOS, 2002).

Figura 2. Fluxograma de acompanhamento a partir do resultado da glicemia de jejum na 1^a consulta.

*em caso de forte suspeita clínica, pode-se oferecer repetir rastreamento após 32 semanas

Fonte: Reichelt; Oppermann; Schmidt (2002)

Figura 3. Fluxograma de acompanhamento a partir do rastreamento positivo realizado com a glicemia de jejum



*em caso de forte suspeita clínica, pode-se oferecer repetir rastreamento após 32 semanas
 Fonte: Reichelt; Oppermann; Schmidt (2002)

É importante lembrar que os testes glicêmicos devem ser realizados após 3 dias de uma dieta com consumo de mais de 150g de carboidratos, diariamente; a paciente não deve fumar durante a realização do exame e deve permanecer sentada ou deitada.

Quadro 2. Diagnóstico de Diabetes Gestacional, usando TTG 75g (síntese de diversos consensos).

	Ministério da Saúde, HCPA, PN AR-HNSC*	ADA, SBD e FEBRASGO**	International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG)*
Jejum	≥110 mg/dl	≥95 mg/dl	≥92 mg/dl
1 h		≥180 mg/dl	≥180 mg/dl
2 h	≥140 mg/dl	≥155 mg/dl	≥153 mg/dl

*Um valor alterado e considerado diagnóstico de DMG

** Dois valores alterados são considerados diagnósticos de DMG
 ADAPTADO DE NEGRATO, 2010.

Fatores de risco

Alto risco [um ou mais dos seguintes (NICE, 2010; ICSI, 2010)]:

- obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²);
- diabetes em parentes de primeiro grau;
- história de intolerância à glicose;
- bebês com macrossomia (maiores que 4500g);
- glicosúria (na presença de intolerância a glicose);
- DMG prévio.

Etnias com elevada prevalência de diabetes:

- Sul da Ásia (especificamente Índia, Paquistão ou Bangladesh);
- negros caribenhos;
- Oriente Médio (especificamente Arábia Saudita, Emirados Árabes, Iraque, Jordânia, Síria, Omã, Qatar, Kuwait, Líbano ou Egito).

Oppermann e colegas (2011) acrescentam aos fatores relacionados acima a idade da gestante (>25 anos); o ganho excessivo de peso na gestação; história obstétrica de PE, eclâmpsia, malformação, polihidrâmnio e morte fetal inexplicada e, baixa estatura (<1,51 m).

Acompanhamento no pós-parto

Oferecer aconselhamento sobre estilo de vida (controle de peso, dieta e exercício) e um TTG 75g após 6 semanas do parto, usando os critérios da OMS para diabetes fora da gestação (glicemia jejum ≥ 126 mg/dl e/ou glicemia ≥ 200 mg/dl 2 horas após a carga de glicose). Pacientes que se apresentam com glicemia de jejum entre 100-125 mg/dl são classificados com glicemia de jejum alterada e aqueles cuja glicemia se apresenta entre 140-199 2 horas após a carga, intolerância a glicose, ambos os estados classificados como pré-diabetes. Se o teste for normal, considerar realizar no mínimo uma glicemia de jejum anualmente, no seguimento [B]. Níveis de HBA1C maiores que 6,5% devem ser considerados diagnósticos de DM. Fornecer informações sobre o risco de DMG nas futuras gestações, oferecer pesquisa para diabetes quando a mulher estiver planejando futuras gestações e indicar TTG 75g glicose precocemente na próxima gestação e também auto-monitoramento de glicemia.

8.1.12. Pesquisa de distúrbios hipertensivos na gestação

Ver discussão nos capítulos 07 e 10.

O quadro 3 apresenta os exames a serem solicitados de acordo com a idade gestacional da gestante (baseado na recomendação de 6 consultas mínimas de pré-natal, do Ministério da Saúde).

Quadro 3. Exames complementares a serem solicitados conforme idade gestacional

Período gestacional	Exames complementares
Primeira consulta ou antes da 20ª sem. (sugere-se revisar com a gestante se ela possui exames pré-concepcionais ou de gestação anterior)	Hemograma [B]
	Grupo sangüíneo e fator D (Rh) [B]
	Sorologia para sífilis (VDRL) [A]
	Anti-HIV (sempre com aconselhamento pré e pós-teste) [A]
	Glicemia de jejum [A]
	Toxoplasmose IgM e IgG [D]
	E.Q.U e urocultura [A]
	Citopatológico para prevenção Ca colo do útero – conforme rotina Programa da Mulher do SSC/GHC [D]
	HbsAg*[A]
	Eletroforese de hemoglobinas [D]
	Rubéola IgM e IgG (em casos de duvida) [A]
Entre 24-28 sem.	TTG 75 mg glicose, entre 24-28 sem(se não foi previamente diagnosticada como DM ou DMG) [A]
	Toxoplasmose IgM (somente se IgG e IgM não reagentes no 1º exame) [D]
	E.Q.U e urocultura [D] entre 24-28 sem
A partir da 32ª sem.	VDRL [A]
	Anti-HIV (sempre com aconselhamento pré e pós-teste) [A]
	Hemograma [B]
	E.Q.U e urocultura entre 33-35 sem[D]
	Toxoplasmose IgM (somente se IgM não reagente no 2º exame) [D]
	Rastreamento GBS (estreptococo do Grupo B) através de suabe vaginal e anal, entre 35-37 sem [B]
	TTG 75g glicose, ~ 32sem(se não foi previamente diagnosticada como DM ou DMG) se forte suspeita clínica [D]

*O MS recomenda a sua solicitação próxima à 30ª semana. No entanto, o HbsAg pode ser realizado na primeira consulta de pré-natal, caso não tenha sido realizado na consulta pré-concepcional. A gestante não reagente deve ser orientada para a realização da vacina para Hepatite B, após o primeiro trimestre.

8.2 Avaliação dos resultados dos exames solicitados

O quadro 4 apresenta as condutas a partir dos resultados encontrados nos exames complementares solicitados à gestante.

Quadro 4. Condutas conforme resultados dos exames complementares

Resultado	Conduta
Hemoglobina \geq 11g/dl	Normal. A evidencia é insuficiente para recomendar a favor ou contra a suplementação de ferro em gestantes não-anêmicas. A OMS recomenda suplementação universal, em gestantes de risco. Caso o profissional e a gestante optem pela suplementação de ferro, 60 mg/dia de Fe elementar (1 drágea de 300mg), a partir da 20ª semana, 1 hora antes das refeições, a partir da 20ª semana (Buchabqui in FREITAS et al, 2011).
Hemoglobina \geq 8-11 g/dl	Anemia leve a moderada. Solicitar EPF e tratar parasitoses, se presentes. Mebendazol e metronidazol podem ser utilizados a partir de 16-20 sem (ver capítulo 9). Prescrever sulfato ferroso (120 a 240 mg de Fe elementar/dia): 2 a 4 drágeas V.O./dia 1h antes das principais refeições. Repetir em 30/60 dias: se níveis estiverem subindo, manter tratamento até atingir 11g/dl e depois reduzir dose para suplementação até 6m após nascimento do bebê. Se níveis inalterados ou diminuídos, verificar adesão e referenciar ao PN Alto Risco. Se no exame subsequente, um mês depois, permanecer baixo, deve-se dosar a FERRITINA. Se esta estiver abaixo de 12mcg/l, pode-se diagnosticar anemia ferropriva. Se o tratamento estiver adequado, considera-se reposição de cobre ou zinco.
Hemoglobina < 8 g/dl	Anemia grave. Referenciar ao CO
Rh D negativa	Solicitar tipagem do parceiro. Parceiro Rh D-positivo ou desconhecido, solicitar Coombs Indireto . Se negativo , repetir mensalmente a partir da 28ª semana. Se positivo ou positivo : referenciar ao pré-natal de alto risco (D). Todo filho de mãe Rh D-negativa deverá ter a sua tipagem conhecida. Se criança Rh D-positivo ou gestação resultou em aborto, mãe deverá fazer Rhogan até 72h após o parto ou aborto (A)
EQU	Piúria (>5 leucócitos/campo) ou bacteriúria – solicitar urocultura com teste (caso não tenha sido realizada). A bacteriúria assintomática (2-10% das gestantes) deve ser tratada [A], conforme fluxograma no item Urocultura . Hematúria - excluir sangramento vaginal. Hematúria com piúria, solicitar urocultura. Hematúria sem piúria ou no caso de cilindrúria – referenciar ao PN de alto-risco. Proteinúria é definida como uma excreção urinária de proteína de mais de 150mg/dia (10-20mg/dl). Testes com fitas reagentes podem apresentar-se positivos, com traços, em concentrações de 5-10mg/dl. Resultados de 1+ correspondem a aproximadamente 30mg proteínas/dl e são considerados positivos; 2+ correspondem a 100 mg/dl; 3+ a 300mg/dl; e 4+ a 1000mg/dl. Testes com fitas reagentes podem predizer albuminúria com sensibilidade e especificidades maiores que 99%(SIMERVILLE, 2005). Proteinúria traços (+) e sem sinais clínicos de pré-eclâmpsia, repetir em 15 dias. Se maciça (++ ou +++), referenciar ao AR.
Urocultura positiva	Se paciente sintomática, realizar tratamento para ITU, conforme capítulo 10. Se paciente assintomática, seguir fluxograma discutido no texto deste capítulo.
Toxoplasmose	IgM não reagente; IgG reagente: paciente imunizada, não necessita nova dosagem. IgM e IgG não reagentes: Segundo Protocolo do GHC (2007), repetir no 2º e 3º trimestre e orientar medidas preventivas[C] (lavar as mãos antes de manipular alimentos; lavar frutas e vegetais, antes de comê-los; cozinhar bem a carne e refeições congeladas prontas; usar luvas e lavar mãos após mexer na terra; evitar manipular fezes de gatos). IgM reagente; IgG reagente: Sugere infecção recente. Solicitar teste de avidéz de IgG para toxoplasmose (caso não tenha sido feito automaticamente para gestantes com IgM reagente). Se alta avidéz , exclui contato nos últimos 3-4 meses. Se baixa avidéz , confirma infecção recente. Encaminhar para o pré-natal de Alto Risco e prescrever espiramicina 1g de 8/8 h V.O.
HBs Ag	Negativo: vacinar a gestante que não teve a oportunidade de receber a vacina na rotina dos serviços (esquema básico: 3 doses, com intervalo de 1m entre 1ª e 2ª e de 6m entre 1ª e 3ª). A administração da vacina esta indicada após o primeiro trimestre de gestação. Essa estratégia contribuirá para a redução do potencial de transmissão vertical da doença e da tendência de cronificação (70-90%) quando ocorre a contaminação em idade precoce (Brasil, 2009). Ver capítulo 4, sobre imunizações. Positivo: o RN receberá imunoglobulina (HBIG) até 72h após o parto e 1º dose da vacina nas primeiras 12 horas de vida e deverá ser confirmada imunidade pós-vacinal solicitando anti-HBsAg até 1 ano de idade.
Rastreamento GBS (group B Streptococcal)	Negativo: registrar exame, data e resultado na carteirinha Positivo: registrar exame, data e resultado na carteirinha (destacado), uma vez que a gestante receberá terapia antimicrobiana intraparto.
VDRL reagente (a partir de títulos de 1:1 o teste é considerado reagente)	1º Já tratar gestante e parceiro (ver capítulo 10) e solicitar teste treponêmico [FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption); TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination) ou ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay)] apenas para confirmação diagnóstica. 2º Notificar e registrar na carteira o tratamento do CASAL (doses e datas) assim como as titulações mensais que devem ser solicitadas até o parto. 3º Deve ser oferecido acompanhamento do casal e de <u>toda a criança com mãe VDRL reagente no pré-natal</u> , conforme ficha de acompanhamento (anexo 8) que será enviada pelo Monitoramento e Avaliação ao profissional que realiza o pré-natal, a partir da notificação.

Resultado	Conduta
Anti-HIV	Positivo: aconselhamento pós-teste, encaminhar para a UPTV (Unidade de Prevenção da Transmissão Vertical) do HNSC (ver capítulo 15). Orientar para: a importância da prevenção da transmissão vertical; aconselhamento sobre suspensão do aleitamento materno; sobre sexo seguro, reforçando o uso de camisinha. Negativo: repetir próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível. Se o parceiro for anti-HIV reagente, da mesma forma a gestante deve ser encaminhada a UPTV (casal sorodiscordante).
Glicemia de Jejum	< 85mg/dl , avaliar presença de fatores de risco. Se presentes, testar com nova glicemia de jejum após 20 sem. ≥ 85mg/dl . Testar com TTG 75g entre 24-28 sem para pesquisar DMG. 110-125mg/dl na primeira consulta pré-natal, diagnóstica DMG. ≥ 126mg/dl , diagnóstica DM prévio a gestação.
TTG 75g de glicose	Ver discussão no texto

8.3 Exames sugeridos para serem solicitados ao parceiro da gestante

Alguns exames complementares, se solicitados ao parceiro da gestante, poderão contribuir para um melhor acompanhamento da saúde do casal e da saúde do bebê. Muitas patologias podem cursar de forma assintomática, além disto, este pode ser mais um momento de atenção integral à família.

8.3.1 Anti-HIV, VDRL, HBsAg.

São doenças de contaminação vertical, ou seja, de transmissão da mãe para o bebê, mas também são sexualmente transmissíveis, além de serem frequentes em nosso meio, muitas vezes cursando com sintomas discretos. O pré-natal é também uma oportunidade do pai conhecer a sua situação sorológica, sendo assim devemos oferecer a todos, independente de critérios de risco.

8.3.2 Tipagem sanguínea e fator Rh D

Este exame deve sempre ser solicitado, caso a gestante seja RhD negativo. Não sendo assim e se o parceiro não conhece o seu tipo sanguíneo, essa é uma oportunidade de realizá-lo.

8.3.3 Anemia falciforme

Caso a gestante apresente traço falciforme, o parceiro deve ser testado. Caso também seja portador, a criança apresenta risco maior para a doença.

8.4. Ecografia fetal

Ultrassonografia obstétrica de rotina no primeiro trimestre gestacional detecta precocemente gestações múltiplas (OR-0,08; IC a 95%: 0,04-0,16) e reduz a taxa de indução do parto nas gestações pós-termo (OR-0,6; IC a 95%: 0,5-0,7). No entanto, não reduz a mortalidade perinatal (OR-0,9; IC a 95%: 0,7-1,1) [A] (AMB, 2006). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) assim se posiciona sobre a ecografia: “a não realização de ultra-sonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal”.

A realização da ultrassonografia na segunda metade da gravidez em gestações de baixo risco, ou como rastreamento universal, não confere benefício à mãe ou ao recém-nascido. Não reduz a taxa de indução do parto (OR-1,0; IC a 95%: 0,9-1,1) ou de cesariana (OR-1,1; IC a 95%: 1,0-1,1). Não reduz a prematuridade (OR-1,0; IC a 95%: 0,8-1,1), a mortalidade perinatal (OR-1,0; IC a 95%: 0,8-1,4) ou a natimortalidade (OR-1,2; IC a 95%: 0,7-1,8). Não existem dados com relação aos potenciais efeitos psicológicos do exame rotineiro nessa fase da gravidez, nem nos resultados neonatais a curto e longo prazos [A] (AMB, 2006).

Caso se deseje mais detalhes sobre a anatomia fetal, o exame a ser solicitado será uma ecografia obstétrica morfológica. Ecocardiografia fetal envolvendo a visualização das quatro câmaras do coração fetal e os seus fluxos é indicada como parte da ecografia obstétrica morfológica.

Ao revisar-se os consensos internacionais, o que se percebe é uma discussão sobre a racionalização da indicação de ecografia em gestações de baixo risco e recomenda-se uma ecografia morfológica entre 18-22 semanas, onde ainda tem-se uma datação confiável e já é possível analisar as estruturas fetais (inclusive o sexo, se assim desejar o casal).

Outra situação completamente distinta é a indicação do exame ultrassonográfico mais tardiamente na gestação, por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica, notadamente como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto. Está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultra-sonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal (BRASIL, 2006). No quadro 5, lista-se condições cuja vigilância fetal antenatal através de ecografia pode ser benéfica em reduzir morbimortalidade (LISTON; SAWCHUCK; YOUNG, 2007).

Quadro 5. Historia obstétrica previa, gestação atual e condições associadas com aumento de morbimortalidade perinatal (LISTON; SAWCHUCK; YOUNG, 2007)

Historia obstétrica previa	
Materna ou fetal	Distúrbios hipertensivos da gestação Descolamento de placenta Restrição de crescimento intrauterino Morte fetal
Gestação atual	
Materna	Pós-datismo (> 42 semanas) Distúrbios hipertensivos da gestação Diabete Mélico prévio Diabete gestacional que necessite de insulino terapia Ruptura prematura de membranas amnióticas Descolamento de placenta crônico (estável) Isoimunização Pesquisa sérica alterada de aneuploidias (hCG ou AFP) na ausência de anormalidade fetal confirmada Acidentes de transito durante a gestação Sangramento vaginal Obesidade mórbida Idade maternal avançada Devida a reprodução assistida

8.5. Pesquisa de aneuploidias fetais

A pesquisa para síndrome de Down é efetiva e deve ser oferecida em serviços de saúde que possam fornecer aconselhamento pré e pós teste (onde os benefícios e riscos do programa de triagem, assim como as consequências de um resultado de exame positivo possam ser explicados para a mulher) e que possuam equipamentos de ultrassom de alta qualidade e padronizados e contem com ecografista experiente. Quando estas condições estão disponíveis, o melhor programa de triagem oferecido é um teste integrado, que inclua translucência nucal (avaliada entre 10-14 sem de gestação) mais testes sorológicos realizados entre 11-14 e entre 14-20 semanas de gestação. Mulheres com resultados positivos nos testes integrados devem submeter-se a amniocentese. Porém, o teste integrado tem uma sensibilidade de 90% e uma freqüência de falsos positivos de 2,8%. (OMS, 2005). No GHC, não são realizados esses testes sorológicos (comunicação verbal com Dr. Espinosa).

Na presença de uma prega nucal aumentada (6mm ou mais) ou dois ou mais marcadores leves na ecografia morfológica, a gestante deve ser encaminhada para especialista em Medicina Fetal para

acompanhamento (NICE, 2010). No GHC, a gestante deve ser encaminhada para o Ambulatório de Medicina Fetal (ver no capítulo 15 as formas de agendamento). Este acompanhamento tem o intuito de diagnosticar de forma mais precisa a patologia, oferecer melhor esclarecimento ao casal quanto ao prognóstico do bebê, quanto à necessidade de investigação adicional e quanto ao risco de recorrência para uma próxima gestação (SANSEVERINO, 2011).

Informações sobre a pesquisa da síndrome de Down devem ser fornecidas, permitindo uma discussão antes da realização do rastreamento. Informações específicas recomendadas pelo NICE (2010), incluem:

- as condutas conforme os resultados sejam positivos ou negativos;
- as decisões que precisam ser tomadas em cada fase da pesquisa e suas conseqüências;
- o fato que a pesquisa não fornece um diagnóstico definitivo e uma explicação completa do escore de risco obtido, após testagem, é necessário;
- informações sobre biópsia de vilosidades coriônicas e amniocentese;
- informações acuradas sobre a síndrome de Down.

O quadro 6 descreve os exames integrados utilizados para rastreamento de síndrome de Down (Esses exames não são realizados no GHC conforme comunicação verbal com Dr. Espinosa).

Quadro 6. Exames solicitados para rastreamento da síndrome de Down

Testes	Idade Gestacional (semanas)	Frequencia de Deteccao (5% screen positive rate)	Estrategia de Rastreio
PAPP-A* e beta-hCG livre com TN**	10-13		Teste combinado
AFP***, hCG e estriol nao-conjugado (teste triplo)	15-19	69%	Teste unico
AFP***, hCG, estriol nao-conjugado e inibina-A (teste quadriplo)	15-19	81%	Teste unico

*PAPP-A : pregnancy-associated plasma protein-A;

**TN: translucencia nucal;

***AFP: alfa-feto proteina (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2007 [R]; BERKOWITZ, 2006 [R]; CUCKLE, 2005 [M]; MALONE, 2005 [C]; SIMPSON, 2007 [B] apud ICSI,2009)

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **Indicadores de saúde:** relatório anual 2010. Porto Alegre, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada: manual técnico. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/05_0151_M.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante no SSC** - versão 3. Porto Alegre, jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de educação em saúde: autocuidado na doença falciforme.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_educacao_saude_volume1.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 39/09/CGPNI/DEVEP/SVS/MS**: referente à vacinação de gestantes contra Hepatite B, 2009. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_hepatite007.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2010.

BUCHABQUI, J. A.; ABEICHE, A. M.; NICKEL, C. Assistência pré-natal. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 24-43.

CAMPOS, M. A.; FAGUNDES, A.; SELIGMAN, L. C. Manejo e diagnóstico do Diabetes Mellitus gestacional. **Momentos e Perspectivas em Saúde**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 34-9, 2002.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Provisional recommendations for the prevention of perinatal group B streptococcal disease**. July, 2010. Disponível em:

<<http://www.cdc.gov/groupbstrep/guidelines/downloads/provisional-recommendations-508.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2010.

DI MARIO, S. et al. **What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement)**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. Disponível em:

<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2010.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/08.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2010.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Assistência Pré-Natal. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes**, jun. 2006. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/02-AssistPre.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2010.

FESCINA, R. et al. **Saude sexual y reproductiva**: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Sistema Nacional de Informações sobre Teratógenos. **Rubéola congênita**. Disponível em: <http://gravidez-segura.org/index.php?option=com_content&task=view&id=11&Itemid=13>. Acesso em: 06 nov. 2010.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). **Routine prenatal care**. July 2010. Disponível em: <http://www.icsi.org/prenatal_care_4/prenatal_care_routine_full_version_2.html>. Acesso em: 06 nov. 2010.

KIRKHAM, C. et. al. Evidence-based prenatal care: part I. general prenatal care and counseling issues. **American Family Physician**, Kansas City, v. 71, n. 7, apr. 2005. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2005/0401/p1307.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2010.

LISTON, R.; SAWCHUCK, D.; YOUNG, D. Health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, Toronto, v. 29, n. 9, Suppl. 4, 2007.

Disponível em:

<www.sogc.org/guidelines/documents/gui197CPG0709.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2010.

MAGALHAES, J. A.; DIAS, R. P. Doença hemolítica perinatal. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 142-55.

MARTINS-COSTA, S. H. et al. Doença hipertensiva na gravidez. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 523-52.

MARTINS-COSTA, S. H. et al. Infecções pré-natais. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 223-35.

MONEY, D. M. et. al. The prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, Toronto, v. 26, n. 9, p. 826–32, 2004. Disponível em:

<<http://www.sogc.org/guidelines/public/149E-CPG-September2004.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2010.

METZGER, B. E. et. al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 33, p. 676-82, 2010. Disponível em:

<<http://care.diabetesjournals.org/content/33/3/676.full.pdf+html>>. Acesso em: 06 nov. 2010.

MURRAY, N. et. al. The clinical utility of routine urinalysis in pregnancy:

a prospective study. **Medical Journal of Austrália**, Sydney, v. 177, n. 9, p. 477-80, 2002. Disponível em:

: <http://www.mja.com.au/public/issues/177_09_041102/mur10814_fm.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care**: routine care for the healthy pregnant woman. London: NICE, jun. 2010. Disponível em:

<<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40115/40115.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2010.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH (NCC-WCH).

Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. July 2008. Disponível em:

<<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11946/41320/41320.pdf>>. Acesso em: 06 nov.2010.

NAUD, P. et al. Gestação e doenças sexualmente trnasmissíveis..In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 590-613.

NEGRATO, C. A. et al. Dysglycemias in pregnancy: from diagnosis to treatment. Brazilian consensus statement. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, Bethesda, v. 2, p. 27, 2010. Disponível em:

<<http://www.dmsjournal.com/content/2/1/27>>. Acesso em: 11 nov. 2010.

NHS SICKLE CELL AND THALASSAEMIA SCREENING PROGRAMME. Standards for the linked antenatal and newborn screening programme. Nov. 2006. Disponível em:

<http://sct.screening.nhs.uk/cms.php?folder=2493> Acesso em 06 nov. 2010.

OPPERMANN, M. L. R; WEINERT, L. S; REICHEL, A. J. Diabete e gestação. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 567-89.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita**: fundamento lógico e estratégia para acção. 2008. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789248595851_por.pdf>. Acesso em: 06 nov.10.

RAMOS, J. G. L. et al. Doença renal e gravidez. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 507-22.

SANSEVERINO, M. T. et al. Investigação genética pré-natal. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 70-81.

SIMERVILLE, J. A. et al. Urinalysis: a comprehensive review. **American Family Physician**, Kansas City, v. 71, p. 1153-62, 2005. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2005/0315/p1153.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2010.

STOKOWSKI, L. A. **The diagnosis of gestational diabetes**: change is in the air. Disponível em:
<http://www.medscape.com/viewarticle/726054_print>. Acesso em: 06 nov. 2010.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for iron deficiency anemia. 2006. Disponível em : <<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsiron.htm>>. Acesso em: 24 out. 2010.

VANNI, T. Congenital Toxoplasmosis: public health policy concerns. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 12, n. 2, p. 107, 2008. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/bjid/v12n2/02.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2010.

VARELLA., I. et al. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HNSC – NHE. Vigilância Epidemiológica em Sífilis Congênita. **Boletim Epidemiológico**. n. 3, abr. 2009. Disponível em:
<<http://www2.ghc.com.br/GepNet/geppublicacoes.htm>>. Acesso em: 15/10/2010

9. Medicamentos na gestação e puerpério

Elineide Camillo

Jaqueline Misturini

"Tomo medicamentos necessários para controlar a doença da tireóide (Puran T4) e para evitar anemia (sulfato ferroso) durante a gravidez, assim não prejudico o bebê. Quando preciso tomo medicamento para dor (paracetamol), mas sempre com orientação médica"

Gestante moradora do território de atuação do SSC/GHC

"Usei paracetamol e buscopan nesta gravidez. Sei que medicamentos usados na gravidez e na amamentação podem fazer mal ao bebê, mas às vezes é necessário, como, por exemplo, para mães hipertensas e diabéticas, o que não é meu caso"

Gestante profissional do SSC/GHC

Durante a gravidez, a mãe e o feto formam uma unidade funcional inseparável. O bem-estar materno é pré-requisito absoluto para o ótimo funcionamento e desenvolvimento de ambos. Consequentemente, é importante, ao tratar a mãe, considerar a máxima proteção ao feto (Brasil, 2008).

É de conhecimento que o uso regular de medicamentos na gestação é frequente. Estudo realizado em Campinas com 1.000 puérperas mostrou que 94,6% destas tomaram pelo menos um medicamento durante a gravidez, sendo que, 46,1% utilizaram medicamentos no primeiro trimestre, 67,7% no segundo trimestre e 70,0% no terceiro (Fonseca, 2002).

Os fármacos podem ter efeitos perigosos sobre o feto em qualquer momento da gravidez. Durante o primeiro trimestre, os medicamentos podem produzir malformações congênitas (teratogênese), sendo maior o risco da terceira até a décima primeira semana de gravidez. Durante o segundo e o terceiro trimestre, os fármacos podem afetar o crescimento e o desenvolvimento funcional do feto ou ter efeitos tóxicos sobre os tecidos fetais. Fármacos administrados proximamente ou durante o parto podem apresentar efeitos adversos sobre o trabalho de parto e o neonato (Brasil, 2008).

Em vista disso, a atitude do prescritor deve ser criteriosa, evitando o uso de medicamentos em grávidas e nutrízes e priorizando medidas não-medicamentosas para controle de suas manifestações clínicas. Em caso de real necessidade, a prescrição deve ser feita com fármacos não associados a efeitos adversos em feto e lactente. A automedicação também deve ser fortemente desestimulada (Fuchs, 2006).

A prescrição de medicamentos para nutrízes deve basear-se no princípio do risco *versus* benefício (Ostrea, 2004). Se o uso for necessário, deve-se optar por fármacos com segurança documentada durante a lactação. A amamentação somente deverá ser interrompida ou desencorajada se existir evidência de que o fármaco usado pela nutriz é nocivo para o lactente (ou quando não existirem informações a respeito) e não for possível substituir o fármaco por outro, sabidamente seguro (Brasil, 2008). Informações detalhadas sobre o uso de fármacos durante a amamentação podem ser

obtidas no Protocolo da Criança de 0-12 anos do SSC/GHC (Brasil, 2009) e no último manual técnico do Ministério da Saúde (Brasil, 2010). O capítulo descrito neste Protocolo irá deter-se aos medicamentos usados durante a gestação.

A análise da literatura não valida o uso abusivo ou displicente de fármacos durante a gravidez, mas tranquiliza o prescritor para prescrevê-los em caso de definida necessidade (Fuchs, 2006). É importante salientar que qualquer classificação de risco dos fármacos na gestação é incompleta, porque os critérios não abrangem todas as condições de exposição (dose, via, idade gestacional), nem controlam fatores como exposições concomitantes, estado de saúde da gestante e história familiar. Se for considerada a classificação de risco gestacional da *Food and Drug Administration* (FDA), selecionam-se preferentemente fármacos pertencentes às categorias A e B. Os da categoria C só devem ser administrados à gestante se os benefícios esperados suplantarem os riscos potenciais.

Fármacos categorizados como D podem ser administrados à gestante somente em condições absolutamente necessárias. Finalmente, os agentes da categoria X apresentam definido risco que supera qualquer benefício que possa advir de sua prescrição (Fuchs, 2006).

Categorias de risco para indução de defeitos congênitos segundo o FDA (Fuchs, 2006):

- **Categoria A:** estudos controlados em mulheres não demonstraram risco para o feto no primeiro trimestre de gestação, e não há evidência de risco em trimestres posteriores. A possibilidade de dano fetal parece remota.
- **Categoria B:** estudos de reprodução animal não demonstraram risco fetal, mas inexistiu estudo controlado em mulheres grávidas; ou estudos de reprodução animal mostraram algum efeito adverso no feto (que não seja diminuição da fertilidade), não confirmado em estudos controlados em mulheres durante o primeiro trimestre (e não há evidência de risco em trimestres posteriores).
- **Categoria C:** estudos em animais demonstraram efeitos adversos no feto (teratogenia, morte fetal ou outro), e não há estudos controlados em mulheres; ou estudos em mulheres e animais não estão disponíveis. Esses fármacos só devem ser administrados se o benefício justificar o risco potencial para o feto.
- **Categoria D:** há evidência positiva de risco fetal humano, mas os benefícios de uso em mulheres grávidas podem justificar o uso a despeito do risco (por exemplo, se o fármaco é necessário numa situação de risco de vida para uma doença grave, para a qual agentes mais seguros não podem ser usados ou não são eficazes).
- **Categoria X:** estudos em animais e seres humanos demonstraram anomalias fetais ou há evidência de risco fetal baseada em experiências em humanos, ou ambos, e o risco de uso do fármaco em mulheres grávidas está claramente acima do possível benefício. O fármaco é contraindicado em mulheres que estão ou podem ficar grávidas.

A Tabela 1 foi elaborada baseada nos medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) (Brasil, 2007) e nos Programas do Ministério da Saúde voltados à Atenção Primária (Brasil, 2002; Brasil, 2006; SBPT, 2009). Nesta tabela, as categorias de risco estão expressas entre parênteses. A ausência de um determinado fármaco nesta listagem não implica a segurança de uso deste.

Quadro 1. Classificação de risco, segundo o FDA, dos fármacos pertencentes à RENAME e aos Programas do Ministério da Saúde, utilizados durante a gestação:

Grupo farmacológico	Fármacos	Observações	Ref.
Analgésicos e Anti-inflamatórios não esteróides	Paracetamol (B), Ácido acetilsalicílico (C/D) Ibuprofeno (C/D)	<u>Ácido acetilsalicílico</u> : evitar doses analgésicas nas últimas semanas; doses elevadas podem levar ao fechamento do ducto arterioso fetal e possivelmente hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido. <u>Ibuprofeno</u> : classificado como C no 1º e 2º trimestres e D no 3º trimestre. Uso regular no 3º trimestre pode levar ao fechamento do ducto arterioso fetal e possivelmente hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido.	1,2,3,5,6,7
Ansiolíticos	Diazepam (D)		7
Antiácidos	Hidróxido de alumínio (C) Hidróxido de magnésio (C)		2,5,7
Antiasmáticos	Budesonida spray oral (B) Ipratrópio (B) Beclometasona spray oral (C) Salbutamol spray oral (C) Fenoterol (C)	Budesonida na forma inalada é o corticóide de escolha na gestação.	1,2,4,5,7
Antiarrítmicos	Digoxina (C) Propranolol (C/D)* Metoprolol (C/D)* Atenolol (D)	* C/D: C no 1º trimestre e D no 2º e 3º trimestres.	4,7
Antibacterianos	Amoxicilina (B) Ampicilina (B) Benzilpenicilina benzatina (B) Benzilpenicilina potássica (B) Cefalexina (B) Eritromicina (B) Metronidazol (B) Nitrofurantoína (B) Sulfametoxazol+Trimetoprim (C) Ciprofloxacina (C) Sulfadiazina (C) Neomicina+bacitracina (C) Espiramicina (C) Doxiciclina (D)	<u>Nitrofurantoína</u> : pode provocar hemólise neonatal e anemia hemolítica neonatal se usada a termo. <u>Espiramicina</u> : pertence à lista de medicamentos especiais da Secretaria Estadual de Saúde (para maiores detalhes, consultar o Manual de abertura de processo na SES, disponível na US/SSC). Não usar <u>metronidazol</u> no 1º trimestre.	1,2,3,5,7
Anticoagulantes	Heparina (C) Varfarina (X)		1,5,6,7
Anticonvulsivantes	Sulfato de magnésio (B) Ácido valpróico (D) Carbamazepina (D) Fenobarbital (D) Fenitoína (D)	<u>Sulfato de magnésio</u> : há relatos de síndrome do mecônio tampão, distúrbios neurocomportamentais e depressão respiratória em neonatos cujas mães receberam sulfato de magnésio, por via parenteral e em grandes doses, anteriormente ao parto para tratamento de eclâmpsia.	1,2,3,5,6
Antidepressivos	Amitriptilina (C), Fluoxetina (C) Lítio (D) Imipramina (D)		1,2,5,6,7
Antidiabéticos	Insulina (B) Glibenclamida (B) Metformina (B)	<u>Insulina</u> : é a droga de escolha para controle de diabetes mellitus durante a gestação.	1,2,4,5,6,7
Antieméticos	Metoclopramida (B) Prometazina (C)		1,2,6,7
Antiespasmódicos	Hioscina (C)		1,7
Antifúngicos	Nistatina (A ou C) Miconazol (C)	Nistatina: A para a via vaginal e C para as vias oral e tópica.	2,3,7
Anti-hipertensivos	Metildopa (B) Anlodipina (C) Nifedipina (C) Captopril (C/D)* Enalapril (C/D)* Propranolol (C/D)* Metoprolol (C/D)* Atenolol (D)	* C/D: C no 1º trimestre e D no 2º e 3º trimestres.	1,2,5,6,7
Anti-histamínicos	Dexclorfeniramina (B) Loratadina (B) Prometazina (C)		1,2,5,7

Grupo farmacológico	Fármacos	Observações	Ref.
Antisecretóres gástricos	Omeprazol (C)		1,2,7
Antiparasitários	Metronidazol (B) Ivermectina (C) Mebendazol (C) Pirimetamina (C)	Ivermectina: uso não recomendando em gestantes. Não usar metronidazol no 1º trimestre.	1,2,7
Antipsicóticos	Haloperídol (C) Clorpromazina (C)		2,6,7
Antituberculosos	Isoniazida (C) Rifampicina (C) Pirazinamida (C) Etambutol (C) Estreptomicina (D)		1,2,7
Antivirais	Aciclovir (B)		1,2,7
Corticosteróides	Prednisona (B)		2,5,7
Diuréticos	Hidroclorotiazida (B) Furosemida (C)	Hidroclorotiazida: pode causar pancreatite hemorrágica, plaquetopenia e depleção de sódio e potássio no feto e recém-nascido.	1,2,4,7
Escabicidas e pediculicidas	Permetrina (B)		7
Hormônios da tireóide	Levotiroxina (A)	Administrar a levotiroxina em jejum pela manhã. Deve-se evitar o uso concomitante com sulfato ferroso, carbonato de cálcio ou vitaminas por interferência na sua absorção. Sugere-se usar esses suplementos após o intervalo de, pelo menos, 4 horas.	2,4,7
Nutrientes	Ácido fólico (A) Sulfato ferroso (A) Vitamina A+D (B)		2,5,7
Reguladores de homeostase mineral e metabolismo ósseo	Carbonato de cálcio	Evidências sugerem segurança durante a gestação	7

1. Barros; 2. Duncan; 3. Brasil 2008; 4. Freitas; 5. Fuchs; 6. Koren; 7. Up to Date

No caso de fármacos não incluídos na classificação do FDA, o prescritor pode recorrer a outras categorizações, como a australiana (*Australian Drug Evaluation Committee – ADEC*) ou a proposta por Friedman e colaboradores (Friedman, 1990).

No Brasil, o Sistema Nacional de Informação sobre Teratógenos (SIAT) é um serviço gratuito e está sediado no Serviço de Genética Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O SIAT tem dois objetivos principais: prevenção do aparecimento de defeitos congênitos decorrentes de exposições ambientais e aprofundamento do conhecimento a respeito da teratogênese em humanos (Freitas, 2006). Fornece informações sobre os efeitos na gestação de medicamentos e de outros agentes químicos, físicos e biológicos, de acordo com seu público alvo (pacientes ou profissionais). As informações podem ser obtidas por telefone (+55 51 3359-8008), e-mail (siat@gravidez-segura.org) ou pelo site (gravidez-segura.org).

No Serviço de Saúde Comunitária do GHC os profissionais podem obter informações sobre a monografia/classificação dos fármacos no UpToDate pelo caminho: Voyager/GHC Sistemas/Sistemas Médicos/Saúde comunitária/clicar no ícone UpToDate. Em caso de dúvida ao acessar, entrar em contato com a Gerência de Informática, pelo ramal 2109.

Referências

Barros E, Barros HMT. Medicamentos na prática clínica. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Amamentação e uso de medicamentos e outras Substâncias / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006. Brasília: Ed. Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename. 4ª ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6ª ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde; 2006.

Duncan, B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Friedman JM, Little BB, Brent RL, Cordero JF, Hanson JW, Shepard TH. Potencial human teratogenicity of frequently prescribed drugs. *Obstet Gynecol.* 1990; 75:594-9.

Fonseca MRCC, Fonseca E, Bergsten-Mendes G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(2):205-12.

Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Koren G, Pastuszak A, Ito Shinya. Drugs in pregnancy. *N Engl J Med.* 1998;338(16):1128-37.

Ostrea Junior EM, Mantaring JB, Silvestre MA. Drugs that affect the fetus and newborn infant via the placenta or breast milk. *Pediatr Clin North Am.* 2004; 51(3): 539-579.

SBPT. III Diretrizes para tuberculose da sociedade brasileira de pneumologia e tisiologia. *J Bras Pneumol.* 2009;35(10):1018-48.

UpToDate, 2010. Disponível em: <<http://www.uptodateonline.com>>. Acesso em: 23 maio 2010.

10. Diagnóstico e manejo de intercorrências clínicas mais frequentes

Lêda Dias Chaves Curra

“Eu não tive nenhum problema na minha gravidez, fiz todos os exames e estava bem atenta, pois minha cunhada teve pressão alta quando o bebê nasceu e foi um susto para todos nós”

Puérpera moradora da área de atuação do SSC/GHC.

Durante a gestação são comuns alguns sintomas, dúvidas e intercorrências que serão descritas a seguir. É fundamental que os profissionais saibam identificá-las e manejá-las de modo que as complicações sejam, se possível, evitadas.

10.1 Náuseas, vômitos e hiperêmese

As náuseas e os vômitos são queixas frequentes no início da gestação, especialmente comuns até cerca de 16 semanas e podem ser amenizadas com medidas relativamente simples, também descritas no capítulo 6, tais como:

- orientar a mulher para alimentação fracionada (seis refeições leves ao dia);
- evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis;
- evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos;
- ingerir alimentos sólidos antes de levantar-se pela manhã;

Quando a náusea e o vômito não respondem a simples modificação dietética e antieméticos, a condição é denominada hiperêmese gravídica que caracteriza-se por vômitos persistentes e severos que impedem a alimentação (LEVENO, 2010). Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores. Pode também estar associado a gestações múltiplas, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes, iso-imunização Rh e disfunções da tireóide.

Dentre os tratamentos mais recentes, a piridoxina (vitamina B6) parece ser a opção mais efetiva na redução da intensidade das náuseas do início da gravidez (10 a 25 mg 3x/dia – cada comprimido de Dramin B6^R contém 10 mg de cloridrato de piridoxina). A administração de gengibre em cápsulas (250mg 4x/dia) também tem sido eficiente para reduzir náuseas e vômitos. Apoio psicológico, ações educativas, reorientação alimentar são maneiras de evitar casos mais complicados.

Nas situações de êmese persistente, o MS recomenda a hidratação da paciente e a prescrição de drogas antieméticas, por via oral (metoclopramida - 10 mg de 4/4h, ou dimenidrato – 50 mg de 6/6h), pode-se ainda optar por prometazina 25mg a cada 6 horas, via oral (WILLIAMS, 2010). Por via intravenosa, metoclopramida (a ampola injetável de 2 ml contém 10 mg que pode ser feita de 4/4h) ou dimenidrato (a ampola injetável de 50 mg que pode ser feita de 6/6 h). O medicamento Dramin B6^R contém 50 mg de dimenidrato e 50mg de cloridrato de piridoxina (ampola de 1ml) e também é uma opção terapêutica.

O encaminhamento para manejo hospitalar deve ser realizado em caso de não resposta a terapêutica instituída no nível ambulatorial ou quando há perda de 5% do peso associado a cetose.

10.2 Constipação e hemorróidas

A constipação ocorre por redução da motilidade intestinal por ação hormonal e compressão exercida pelo útero sobre as porções terminais do intestino. O manejo básico é o aumento da ingestão hídrica e fibras alimentares (vide capítulo 6).

Hemorróidas ocorrem por compressão do útero sobre o plexo hemorroidário e tornam-se mais sintomáticas na presença de constipação. O manejo da situação é a normalização do hábito intestinal com fibras e hidratação adequada. Uso de banhos de assento e analgésicos locais também são indicados. Normalmente regridem após o parto (BUCHABQUI, 2011).

10.3 Azia

Ocorre freqüentemente por compressão gástrica pelo útero, aumentando o refluxo gastroesofágico. O manejo da azia pode ser realizado com o fracionamento de refeições e o uso de cabeceira elevada. A gestante deve evitar posição supina após refeições e a ingestão de alimentos agravantes (vide capítulo 6). O uso de substâncias antiácidas pode ser realizado nos casos refratários (BUCHABQUI, 2011).

10.4 Síndrome do corrimento vaginal

As causas mais comuns são candidíase, tricomoníase e vaginose bacteriana. O tratamento da candidíase é **tópico** e preferencialmente com miconazol, isoconazol, tioconazol ou clotrimazol (7 dias de aplicação). O tratamento da vaginose e/ou tricomoníase pode ser realizado após o primeiro trimestre com metronidazol 2g VO dose única, ou 250mg 3x/dia por 7 dias ou 400 mg 12/12h por 7 dias. No caso de tricomoníase, o parceiro deve ser tratado.

10.5 Condiloma

O tratamento é a remoção. Nunca se deve usar podofilina, podofilotoxina ou imiquimod, durante qualquer fase da gestação. O ácido tricloroacético ou dicloroacético, 80 a 90 %, aplicado na forma tópica 1 vez por semana, é um regime efetivo para verrugas sintomáticas externas. As verrugas internas (aquelas envolvendo a vagina ou a cérvix) em geral não são tratadas (LEVENO, 2010).

10.6 Sífilis

O diagnóstico sorológico é realizado pelo VDRL (rastreamento e seguimento) e o FTA-abs (teste apenas confirmatório, não utilizado para seguimento). Quando o VDRL for reagente, sempre que possível, deve-se solicitar o FTA-abs para descartar falsos positivos que podem ocorrer na vigência de doenças auto-imunes (colagenoses), na fase aguda de viroses, cirrose hepática, leptospirose, mononucleose, na própria gestação, em outras infecções treponêmicas, em pacientes com hanseníase, na malária, etc. (NAUD et al, 2011). Se a história de sífilis tratada anteriormente for ignorada, a gestante e o parceiro devem ser imediatamente tratados (BRASIL, 2006). Nos casos de títulos baixos em que a história for conhecida e o tratamento do casal tenha sido adequado e documentado (registrar na carteira

da gestante), considerar como cicatriz sorológica e acompanhar mensalmente solicitando VDRL. É considerado cura sorológica a queda dos títulos no VDRL (2 diluições ou diminuição de 4 vezes os títulos: por exemplo, de 1/8 para 1/2; ou 1/128 para 1/32). Nas gestantes, o VDRL de seguimento deve ser realizado mensalmente e a duração da gestação pode não ser suficiente para a negatificação (BRASIL, 2006).

O tratamento recomendado para mulheres grávidas com sífilis permanece sendo a penicilina. Na fase inicial sífilis primária, secundária e latente com menos de 1 ano de duração) deve ser feito com Penicilina G benzatina, 2,4 milhões de unidades, IM, dose única (1,2 milhões de unidades em cada glúteo) (LEVENO, 2010). O ministério da saúde recomenda uma segunda dose após uma semana na sífilis secundária e latente recente (BRASIL, 2006; NAUD et al, 2011). Em caso de alergia a penicilina, o tratamento com outros antibióticos cura a sífilis materna, mas não protege o feto. Por este motivo recomenda-se encaminhar a um nível de maior complexidade para que seja realizada a dessensibilização a penicilina e esta possa ser utilizada (FESCINA et al, 2007).

Para a sífilis com duração de mais de 1 ano ou duração desconhecida recomenda-se o tratamento com penicilina G benzatina, 2,4 milhões de unidades, IM, semanalmente, totalizando 3 doses (LEVENO, 2010; BRASIL, 2006; NAUD et al, 2011).

As gestantes tratadas requerem seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, devendo ser novamente tratadas, mesmo na ausência de sintomas, se não houver resposta ou se houver aumento de, pelo menos, duas diluições em relação ao último título de VDRL (ex: de 1/2 para 1/8). (BRASIL, 2006).

10.7 Gonorréia e Clamídia

A infecção gonocócica é também um marcador para infecção concomitante por clamídia em cerca de 40% das gestantes infectadas (LEVENO, 2010).

O tratamento deve ser feito com (BRASIL, 2006):

- Amoxicilina: 500 mg, VO, de 8/8h, por sete dias; **ou** Eritromicina (estearato): 500 mg, VO, de 6/6h, por sete dias; **ou** Azitromicina: 1 g, VO, dose única.
- **Associado a:**
- Cefixima: 400 mg, VO, dose única; **ou** Ceftriaxona: 250 mg, IM, dose única; **ou** Espectinomicina: 2 g, IM, dose única.

10.8 Herpes simples

Existem dois tipos, o tipo I, com predileção pela pele e mucosa rinofaríngea, e o tipo II ou herpes vulvar, de localização genital e contágio venéreo. A existência de herpes genital ativa durante o parto, é indicação de cesárea eletiva.

A terapia antiviral com aciclovir, fanciclovir e valaciclovir é utilizada para o tratamento do primeiro episódio de herpes genital em mulheres grávidas e não grávidas. A terapia supressiva com esses agentes também tem sido utilizada para o tratamento das infecções recorrentes e para reduzir a transmissão heterossexual (LEVENO, 2010). O tratamento deve ser com aciclovir 400mg, via oral, 3 vezes por dia, durante 7 dias. Pode associar-se o creme de aciclovir a 5% para aplicação tópica durante

5 dias ou o valaciclovir 1 g oral 2 vezes ao dia durante 7 dias. O companheiro, se sintomático, deverá receber o mesmo tratamento (FESCINA et al, 2007).

10.9 Síndromes hemorrágicas

Na primeira metade da gestação:

- Ameaça de abortamento – cólica discreta ou ausente, sangramento escasso proveniente do canal cervical, colo uterino sem modificação. Solicitar ecografia, prescrever repouso físico e psíquico e hioscina 1 cp de 8/8h até o desaparecimento da sintomatologia. Abstinência sexual é recomendada até nova avaliação médica. Pode evoluir para gestação normal ou aborto. Para descrição mais detalhada de avaliação e conduta na ameaça de abortamento, sugerimos leitura do capítulo 20.
- Abortamento (morte ou expulsão ovular até 22 semanas ou peso < 500g) - mesma sintomatologia da ameaça de abortamento com colo uterino permeável. Solicitar ecografia para diagnóstico diferencial entre ameaça de abortamento (saco embrionário íntegro e/ou conceito vivo), aborto incompleto (restos ovulares) ou aborto retido (conceito morto ou ausência de saco embrionário). A conduta variará em função de existir ou não repercussão hemodinâmica e infecção. A paciente deve ser encaminhada para atendimento hospitalar mediante o acolhimento das queixas. Após abortamento, a gestante deve realizar VDRL, anti-HIV e tipagem sanguínea, deve ter a atualização das vacinas contra o tétano, rubéola e hepatite B, receber orientação sobre o planejamento familiar, e, é recomendada a profilaxia com imunoglobulina anti-D depois de um abortamento, até 72 horas após - em caso de ser uma mulher Rh negativa não imunizada, pois 5% ficam sensibilizadas nesta situação (LEVENO, 2010; FESCINA et al, 2007). Para descrição mais detalhada de avaliação e conduta na situação de abortamento, sugerimos leitura do capítulo 20.
- Descolamento cório-amniótico – sangramento de pequena intensidade, diagnosticado por ecografia, evolução em geral boa, não representando risco materno e/ou ovular. A conduta é de esclarecimento à gestante.
- Gravidez ectópica - sangramento acompanhado de dor em baixo ventre. No exame físico avaliam-se condições gerais e irritação peritoneal. Ao toque, pode-se perceber amolecimento do colo e presença ou não de aumento uterino e também se pode perceber tumoração na região dos anexos. A gestante deve ser encaminhada para o hospital.
- Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola) – sangramento intermitente, pequena quantidade, indolor, acompanhado de vesículas. Hiperêmese e AU (Altura Uterina) maior que a esperada para a IG também é comum nessa situação. Atentar para medida de PA (única condição de pré-eclâmpsia anterior a 20ª semana de IG). Encaminhar para o hospital. Diagnóstico através de ecografia.

Na segunda metade da gestação:

- Placenta prévia (PP)- múltíparas e com antecedentes de cirurgias uterinas (cesáreas, miomatose) são consideradas de maior risco. Manifesta-se com sangramento súbito,

vermelho vivo, sem dor. Na suspeita, evitar realização de toque. Solicitar ecografia e encaminhamento para pré-natal de alto –risco após diagnóstico.

- Descolamento prematuro de placenta (DPP) – ocorre em cerca de 0,5-1% das
- gestações. Associado a hipertensão arterial e uso de drogas ilícitas como crack e cocaína, apresenta alto índice de mortalidade perinatal e materna. Dor abdominal súbita, acompanhada de sangramento (ou não) vermelho escuro, às vezes escasso que leva a hipotensão materna e choque. Na suspeita de DPP ligar para a SAMU e encaminhar a emergência obstétrica.

10.10 Distúrbios hipertensivos que complicam a gestação

O diagnóstico dos distúrbios hipertensivos da gestação considera hipertensão a pressão sanguínea igual ou maior que 140/90 mmHg. O edema foi abandonado como critério diagnóstico discriminatório, porque ocorre em muitas mulheres com gestação normal. No passado, era utilizado o aumento de 30 mmHg na pressão sistólica ou de 15 mmHg na pressão diastólica como critério diagnóstico, mesmo quando valores absolutos estavam abaixo de 140/90 mmHg. Este critério não é mais recomendado, porque existem evidências mostrando que mulheres neste grupo não apresentam aumento nos desfechos adversos gestacionais. Mulheres com aumento de 30 mmHg na pressão sistólica ou de 15 mmHg na pressão diastólica necessitam de observação cuidadosa (LEVENO, 2010; FESCINA et al, 2007).

Existem 5 categorias de doença hipertensiva que complicam a gestação (LEVENO, 2010; FESCINA et al, 2007):

1. hipertensão gestacional (anteriormente denominada “hipertensão induzida pela gestação” ou “hipertensão transitória”) - o diagnóstico é feito em mulheres cuja pressão sanguínea chega a 140/90 mmHg ou mais pela primeira vez durante a gestação, mas que não apresentam proteinúria. A hipertensão gestacional é denominada transitória se a pré-eclâmpsia não se desenvolve e a pressão sanguínea retorna ao normal até 12 semanas pós-parto,
2. pré-eclâmpsia – é uma síndrome específica da gestação. O conhecimento atual da fisiopatologia da pré-eclâmpsia a identificou como uma desordem complexa com amplo dano endotelial que pode envolver todos os órgãos do corpo. Portanto os sinais e sintomas poderão ser mais variados que aumento de pressão arterial e proteinúria (NICE, 2010). A proteinúria é definida como 300 mg ou mais de proteína na urina de 24 horas ou 30 mg/dL em amostras aleatórias OU dois testes em fita reagente (uroteste) com 2 + de proteinúria, com intervalo de 4 horas entre as amostras (NICE, 2010).
3. eclâmpsia – trata-se de ocorrência de convulsões em uma mulher com pré-eclâmpsia, as quais não podem ser atribuídas outras causas. Pode ocorrer até 10 dias após o parto,
4. pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e
5. hipertensão crônica. (anterior a gestação)

No quadro 1, resume-se os principais danos associados com valores anormais de pressão arterial materna durante a gestação.

Quadro 1. Complicações perinatais da alteração da pressão arterial na gestação (FESCINA, 2007).

Complicações	Materna	Fetal-ovular	Neonatal
Hipertensão Diastólica > 90 mm Hg. Sistólica > 140 mm Hg.	Alterações do sistema de coagulação. Hemólise. Hemorragia cerebral. Insuficiência hepática. Insuficiência renal. Mortalidade aumentada	Aborto. Descolamento normoplacentário. Restrição do crescimento intrauterino (RCI). Sofrimento fetal agudo intraparto. Oligodramnio Mortalidade aumentada	Pequeno para a idade gestacional (PIG). Prematuro Síndrome de dificuldade Respiratória (SRRN). Depressão neonatal. Mortalidade aumentada
Hipotensão Diastólica < 55 mm Hg. Sistólica < 95 mm Hg.	Lipotímias e desmaios.	Restrição do crescimento intrauterino (RCIU). Mortalidade aumentada.	Pequeno para a idade gestacional (PIG) Mortalidade aumentada.

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia é a primeira causa de morte materna e perinatal no Brasil, além do número significativo de neonatos com seqüelas por hipóxia cerebral. Fatores de risco são nulíparas ou múltiparas, gestação gemelar, gestante com 40 anos ou mais, intervalo de gestação maior que 10 anos, hipertensão arterial prévia, história familiar de pré-eclâmpsia, diabetes, colagenoses, raça negra, obesidade ou doença renal (DI MARIO S. et al, 2005; NICE, 2010). Complicações hipertensivas ocorrem em cerca de 10% das gestações e as pacientes devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco.

Os exames que fazem parte da avaliação inicial são: hemograma com plaquetas, ácido úrico sérico, LDH (desidrogenase láctica), proteinúria de 24h.

Sendo a aferição da pressão arterial (PA) recomendada em todas as consultas de pré-natal, os transtornos hipertensivos foram abordados também no capítulo 7, que descreve a avaliação e conduta mais adequada de acordo com a PA aferida.

Relembramos aqui a situação de urgência ou emergência:

- PA diastólica > ou = 110 mmHg com a presença de sintomatologia clínica (emergência) ou sem (urgência) – Chamar SAMU e encaminhá-la ao hospital com acompanhamento médico.

Conduta - drogas de escolha:

- Hidralazina –Diluir 1 ampola (20 mg) em 9ml de AD. Dose inicial 5mg ou 2,5 ml da solução IV. Observar por 20 minutos. Se não atingiu 90-100 mmHg de diastólica, repetir dose de 20/20 minutos até uma dose máxima de 20mg. Efeitos colaterais produzidos – rubor, cefaléia e taquicardia.
- Nifedina – 10 mg V.O. de 30/30 min (até dose máxima de 30mg) Obs: **não** deve-se usar na forma sub lingual (risco de hipotensão severa).
- Lembra-se que a furosemida somente deverá ser usada na presença de edema agudo de pulmão e/ou insuficiência renal aguda comprovada. A alfametildopa e betabloqueadores orais não apresentam indicação nas crises hipertensivas (demoram de 4-6 horas para fazer efeito) e **inibidores da ECA NÃO PODEM** ser prescritos na gestação pelo risco de morte e malformações fetais.

10.11 Diabetes mellitus na gestação

O diabetes gestacional é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada a primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. O rastreio da diabetes gestacional utilizando fatores de risco é recomendado em uma população saudável (NICE, 2010).

Os fatores de risco são: história prévia de diabetes gestacional, diabetes na família, baixa estatura (< 1.50 cm), idade superior a 25 anos, obesidade (IMC>27) ou ganho excessivo de peso na gestação atual, ovário policístico, antecedentes obstétricos de morte fetal, neonatal ou macrossomia, hipertensão e pré-ecâmpsia na gestação atual, crescimento fetal excessivo ou polidrâmnios.

Os critérios e métodos de diagnóstico do diabetes gestacional não são uniformes em diversas entidades que o recomendam (OPPERMANN; WEINERT; REICHEL, 2011). Optamos por sugerir os critérios recomendados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e também utilizados no Hospital de Clínicas de PA (OPPERMANN; WEINERT; REICHEL, 2011) e HNSC (CAMPOS; FAGUNDES; SELIGMAN, 2002). O rastreamento da DMG foi descrito no capítulo 8 e os critérios diagnósticos para confirmação são:

- Duas glicemias de jejum > ou igual a 110 mg / dL.
- Glicemia > ou igual a 140 mg / dL em duas horas, em um teste de tolerância com 75 g de glicose.

As tiras reagentes, a determinação de hemoglobina glicada e frutossamina glicemia pós-prandial não são aceitáveis para os procedimentos de confirmação diagnóstica. Confirmado o diagnóstico, encaminhá-la para o alto risco (FESCINA et al, 2007).

Os exames complementares para a avaliação do diabetes gestacional preconizados pelo Ministério da Saúde são: glicemia de jejum e hemoglobina glicada, colesterol total, HDL, triglicerídios, creatinina sérica, clearance de creatinina, TSH, E.Q.U e urocultura, proteinúria de 24h ou microalbuminúria, fundoscopia, ECG, ecografia obstétrica e ecocardiografia fetal (BRASIL, 2006). A rotina da Internação de Alto Risco do HNSC orienta incluir também hemograma com plaquetas, ácido úrico e DHL (comunicação verbal com Dr. Espinosa).

10.12 Infecção do tracto urinário (ITU)

Infecção bacteriana mais freqüente na gestação. Casos não tratados podem evoluir para pielonefrite em 40% dos casos, em que o risco de trabalho de parto prematuro é de 20%.

Na presença de bacteriúria por *Streptococcus do grupo B* é importante tratar e registrar na carteira de pré-natal, pois trata-se de um critério de indicação de antibiótico intra-parto.

Bacteriúria assintomática – tratar seguindo, preferencialmente, o antibiograma e a inocuidade do antibiótico para o feto já que não existe um antibiótico ideal, e, realizar o controle com nova urocultura 7 dias após término do tratamento.

O tratamento pode ser feito por via oral e deve se estender por sete dias, por tratar-se de infecção em gestante (LE apud DUARTE, 2008). Os antimicrobianos mais utilizados são: cefuroxima 250 mg a cada oito horas, norfloxacin 400 mg a cada doze horas, nitrofurantoína 100 mg a cada seis horas e sulfametoxazol/trimetoprim 320/1600 mg uma vez ao dia. O uso da ampicilina 500 mg a cada seis horas ou da cefalexina 500 mg a cada seis horas está cada vez mais limitado em decorrência das elevadas taxas de resistência bacteriana. O tratamento com dose única ou por curto período de tempo (três dias) mostrou altos índices de falha e não é indicado para gestantes (SMALL apud DUARTE, 2008). Embora controverso, alguns autores recomendam o tratamento por 3 dias e são descritos índices de cura de 70 a 80% nesse esquema mais curto. (RAMOS et al, 2011)

Cistite – iniciar tratamento mesmo antes do resultado da urocultura e realizar controle com nova urocultura após 3 a 7 após término do tratamento. Na presença de duas ITU, a gestante deve manter profilaxia com nitrofurantoína 100 mg/dia, ou amoxicilina 250 mg/dia até o final da gestação. O controle será com uroculturas a cada 6 semanas até o parto (LEVENO, 2010).

Pielonefrite aguda – febre, calafrios, dor na região lombar, referência pregressa de sintomas de cistite. Presença de náuseas, vômitos, taquicardia, dispnéia e hipotensão, podem sugerir evolução para quadro séptico. O tratamento inicial deve ser SEMPRE hospitalar.

10.13 Trabalho de Parto Prematuro (TPP)

O parto pré-termo (entre 22ª e 37ª semana) é responsável por 75% da mortalidade neonatal e 50% das lesões neurológicas em crianças. O fator de risco mais claramente definido é o antecedente de parto prematuro em uma gestação prévia (FESCINA et al, 2007).

Com o avanço e a melhoria nos cuidados com o recém-nascido pré-termo, novas definições foram desenvolvidas. Por exemplo, a grande preponderância de mortalidade e morbidade grave ocorre no parto pré-termo antes de 34 semanas, e alguns clínicos consideram 34 semanas o limite para a prematuridade significativa. O “peso muito baixo ao nascer” (crianças pesando 1500 g ou menos) e o “peso extremamente baixo ao nascer” (aquelas que pesam 1000g ou menos) são também expressões muito utilizadas para descrever as crianças prematuras (LEVENO, 2010).

O diagnóstico se fundamenta em três aspectos:

- A idade gestacional (é necessário determinar a idade gestacional que se manifesta no caso).
- As contrações uterinas (a palpação do abdome durante a 2ª metade da gestação permitirá reconhecer o tamanho e a consistência do útero)

Quadro 2. Número de contrações uterinas por hora de acordo com a idade gestacional (FESCINA et al, 2007)

Idade gestacional (semanas)	26	27	28	29	30 a 33	34 a 38
Nº de contrações/hora (percentil 90)	1	3	5	7	8	9

Quando o número de contrações supera o previsto que o referido como percentil 90 (quadro acima), há maior chance de estar relacionado a trabalho de parto prematuro.

Os sinais a serem investigados ao toque vaginal são: apagamento, dilatação e a posição do colo. O apagamento do colo uterino de 50% ou mais, a dilatação de 1 ou mais centímetros e a centralização do colo são elementos orientadores de uma ameaça de parto prematuro.

Quando diagnosticado o trabalho de parto prematuro, a gestante deve ser encaminhada para o hospital, onde será avaliada: a vitalidade fetal; realizados exames laboratoriais (hemograma, E.Q.U / urocultura, rastreamento da vaginose bacteriana e pesquisa de estreptococo do grupo B com suabe vaginal e anal) para descartar infecção materna; identificadas as contra-indicações de tratamento e, avaliados os critérios para o uso de corticoterapia para acelerar a maturidade pulmonar fetal.

Atualmente, o uso de medicações que diminuem as contrações uterinas tem sido muito controverso, restritos ao uso hospitalar e com efeitos adversos significativos. A manutenção dos agentes tocolíticos por via oral após sedação do TPP, não diminuem as taxas de nascimento pré-termo e a

recorrência de TPP. O beta adrenérgico por via oral está contraindicado também por aumentar risco de complicações maternas graves (edema pulmonar, miocardiopatia periparto). A recomendação de repouso também não vem mostrando benefício conforme revisão da literatura. De qualquer maneira, é aconselhável adequar esta indicação às possibilidades reais da gestante (FESCINA et al, 2007).

Os profissionais da atenção primária devem estar atentos para os fatores de risco (estresse familiar, tabagismo, uso de álcool e drogas, DST, gestante de baixo peso), orientar as gestantes sobre os sinais e sintomas e realizar diagnóstico precoce.

10.14 Gestação prolongada

A gestante que apresenta IG > 42 semanas considera-se gestação pós-termo e quando atinge 41 semanas, pós-data. Na 41^a semana a gestante deverá ser encaminhada para referência hospitalar (CO), onde será avaliada com provas de vitalidade fetal e tomada conduta de promoção do nascimento. O início precoce do pré-natal com a determinação da IG diminui o risco de pós-datismo.

10.15 Ruptura prematura de membranas (Rupreme)

A ruptura prematura de membranas é a que ocorre antes do início do trabalho de parto, independente da idade gestacional. É a principal causa de TPP e ocorre em torno de 10% de todas as gestações, na maioria das vezes em torno da 37^a semana. Os fatores predisponentes são: incontinência istmocervical, inserção baixa de placenta, macrossomia, poliidrâmnios, trabalho de parto pré-termo e infecções. O diagnóstico é realizado pela história de perda de líquido e pelo exame físico. A rotina do exame físico deve ser seguida:

- paciente em posição ginecológica
- inspeção da genitália externa
- lavagem dos genitais externos com iodoform aquoso
- usar espéculo esterelizado para visualização do orifício cervical externo.

Deve-se também estabelecer a idade gestacional, avaliar se a paciente encontra-se em trabalho de parto, auscultar BCFs, identificar sinais clínicos de infecção. O profissional da atenção primária deve fazer o diagnóstico e, mesmo em caso de dúvida, deve encaminhar para o centro obstétrico.

Obs importante: não realizar toque vaginal, a menos que a paciente encontra-se em franco trabalho de parto.

10.16 Asma

Manejo da asma ambulatorial depende da gravidade da doença. Para asma leve, β -agonistas inalatórios conforme a necessidade são, em geral, suficientes. Os corticóides inaláveis são o tratamento preferido para a asma persistente. O tratamento da asma aguda é semelhante àquele para a mulher não grávida com asma. Uma exceção é o limiar significativamente mais baixo para a hospitalização da mulher grávida. A maioria se beneficiará com a hidratação intravenosa para auxiliar a retirada das secreções pulmonares (LEVENO, 2010).

10.17 Anemia

É considerado anemia quando os valores de hemoglobina encontram-se menores de 11 g/dL no primeiro e terceiro trimestres, e menos de 10,5 g/dL no segundo trimestre. Se a hemoglobina se situa entre 7,0 e 9,0 g/dL se considera que a anemia é moderada e quando é menor que 7,0 g/dL que a anemia é severa. As causas mais comuns de anemia durante a gestação e o puerpério são a deficiência de ferro e a perda de sangue aguda, mas é necessário ter em mente que a anemia pode ter mais que uma causa, tal como se vê na deficiência de vitamina A, B12, piridoxina, processos inflamatórios crônicos (HIV, malária e infestações parasitárias) (BRASIL, 2006).

Na anemia ferropênica, além do déficit de hemoglobina, encontramos glóbulos vermelhos hipocrômicos e microcíticos. A segunda causa de anemia nutricional na gestação é a deficiência de folato, que aparece em função da ingesta, em geral, pobre e da demanda aumentada; aí os glóbulos vermelhos se apresentam megaloblásticos e macrocíticos. Essas características dos glóbulos vermelhos estão presentes nas anemias por deficiência de vitamina B12, que é a terceira forma mais comum de anemia nutricional.

Estratégias de prevenção:

- Modificar a dieta dando preferência aos alimentos ricos em ferro e ácido fólico (ver quadro 3 do capítulo 6).
- Fortificar os alimentos de consumo habitual com ferro e ácido fólico.

Suplementar com medicamentos que contenham ferro e ácido fólico. Oferecer 60 mg de ferro elementar por dia desde o início da gestação até 3 meses depois do parto. O ácido fólico deve ser oferecido 3 meses antes da gestação e todo o 1º trimestre para a prevenção de defeitos congênitos.

Manejo da anemia:

Tratar as infecções/infestações. Tratar a causa que provoca a condição e simultaneamente está indicado iniciar com 120 mg de ferro elementar por dia e 0,4 mg de ácido fólico. Recomenda-se a realização de exame parasitológico de fezes em gestantes de risco e com condição socioeconômica desfavorecida; o tratamento das parasitoses deve ser realizado ainda na gestação, logo após as 16-20 semanas para evitar os potenciais teratogênicos das drogas e a soma de seu efeito à emese da gravidez (BRASIL, 2006).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BUCHABQUI, J. Á.; ABEICHE, A. M.; NICKEL, C. Assistência pré-natal. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.23- 44

CAMPOS, M.A.; FAGUNDES, A.; SELIGMAN, L.C. Manejo e diagnóstico do diabetes mellitus gestacional. **Momentos e Perspectivas em Saúde**, Porto Alegre, v.15, n2, p.34-39, 2002

DI MARIO S. et al. **What is the effectiveness of antenatal care?** (Supplement). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report, dec. 2005. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2010.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008.

FESCINA, R. et al. **Saude sexual y reproductiva**: guías para el continuo de atención de la mujery el recién nacido focalizadas en APS. Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

LEVENO, K. J. et al. **Manual de obstetrícia de Williams**: complicações na gestação. 22. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NAUD, P. et al. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.590-613

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care**: routine care for the healthy pregnant woman. London: NICE, jun. 2010.

OPPERMANN, M.L.R.; WEINERT, L.S.; REICHELTA, A.J. Diabete e Gestação In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, J. G. L. et al. Doença renal e gravidez. In: FREITAS, F. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 508-522

WEINSTOCK, M. B.; NEIDES, D. M.; PHARM, M. C. **The resident's guide**: to ambulatory care. 6th edition. Ohio: Anadem Publishing, 2009.

11. Atenção à saúde bucal da gestante

Adriane Vienel Fagundes
Caren Serra Bavaresco
Daniel Demétrio Faustino-Silva

“Acho que o atendimento odontológico durante a gestação é bom, às vezes penso que as bactérias da minha boca passam para o bebê”

Gestante moradora do território de atuação do SSC/GHC.

A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais da saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê. A gestante apresenta situações especiais de tratamento para o cirurgião dentista. O dentista não só é responsável pelo atendimento eficaz e seguro à gestante, mas também deve preocupar-se com a segurança do feto, de modo que profissional e paciente sintam-se tranquilos com qualquer tratamento proposto (BRASIL, 2006) [D]. Costa e colaboradores (2002) concluíram que a atenção odontológica à gestante se reflete em benefícios para o bebê e sua família, promovendo assim, melhor qualidade de vida para todos. [D]

Todo serviço de saúde deve estabelecer, como rotina, a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência. A equipe de saúde bucal deve trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde a fim de qualificar o pré-natal das gestantes do território de abrangência (COSTA et al, 2008; BRASIL, 2006) [D]. A seguir apresentaremos sugestões para um adequado acompanhamento realizado especificamente pela equipe de saúde bucal e ações educativas relacionadas ao tema que devem ser realizadas por qualquer profissional da equipe de Atenção Primária.

11.1 Acompanhamento da gestante pela equipe de saúde bucal

11.1.1 Consulta odontológica na gestação

De acordo com Gaffield et al. (2001), uma pequena proporção de gestantes vai ao cirurgião-dentista durante a gravidez e isso porque a maioria tem dúvidas sobre a rotina de visitas nesse período. Serrano e Delano (1969) observaram, no início de um programa de atendimento a gestantes, dois aspectos negativos muito marcantes: indiferença das mulheres grávidas, a não ser na presença de dor, e desconhecimento dos direitos aos aspectos preventivos e de reparação dos problemas bucais existentes. Após a realização do programa de atendimento, os autores concluíram que é perfeitamente viável um programa integral de atenção odontológica a gestantes, tendo sido bastante positiva a resposta das pacientes ao término do tratamento. [D]

Oliveira e Nadanovsky (2006) constataram que a dor na cavidade bucal é uma das mais citadas por gestantes e sugere que a dificuldade em obter tratamento se deve a duas razões: crenças populares e falta de informações proferidas pelos profissionais [D]. Assim, ações que envolvam toda a equipe de

saúde e com a participação ativa dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) é uma forma eficiente de captar gestantes para o tratamento odontológico. [D]

Todo o tratamento odontológico essencial pode ser feito durante a gravidez (Anexo 5), incluindo as exodontias não complicadas, tratamento periodontal, restaurações dentárias, tratamento endodôntico e colocação de próteses. As cirurgias mais invasivas, sempre que possível, devem ser programadas para o período pós-parto (CODATO et al, 2008; ANDRADE, 1998) [D]. Segundo Scavuzzi et al. (1999), as instruções quanto à higiene bucal (Anexo 6), raspagem supragengival e a aplicação tópica de flúor podem ser realizadas em qualquer época do período gestacional sem oferecer perigos ao feto. Todavia, durante o primeiro trimestre, a maioria das pacientes pode apresentar indisposição, enjôos matutinos e náuseas à menor provocação, fatores que podem dificultar o atendimento odontológico [D].

O segundo trimestre de gestação é melhor época para o atendimento das gestantes. O terceiro trimestre da gravidez, particularmente nas últimas semanas, não é um bom período para um tratamento prolongado. Muitas pacientes, nesta época, têm a frequência urinária aumentada, apresentam hipotensão postural, edema nos membros inferiores e sentem-se desconfortáveis na posição supina, devido a compressão causada pelo feto (HAAS, 2002) [D]. Portanto, quando possível, deve-se evitar todo e qualquer procedimento odontológico nas primeiras doze semanas e no final da gestação. Entretanto, frente a situações de urgência odontológica, como nos casos de dor, devemos realizar o tratamento necessário, independentemente do período no qual a gestante se encontrar (ANDRADE, 1998) [D].

As sessões de atendimento devem ser curtas e agendadas preferencialmente para a segunda metade do período da manhã, quando os episódios de enjôo são menos comuns. Outra preocupação seria de marcar consultas para as gestantes em horários diferentes dos das crianças que freqüentam o consultório, prevenindo desta forma o possível contágio das doenças viróticas da infância. Neste mesmo sentido deve-se evitar o agendamento de consultas às gestantes quando o dentista ou auxiliar estiverem acometidos de gripes ou resfriados (FERREIRA, 1998) [D].

11.1.2 Intercorrências freqüentes

a) Doença periodontal

Raspagem supragengival e controle de placa com higiene bucal reforçada podem também ser realizadas durante qualquer trimestre, uma vez que gengivite na gravidez é a condição mais comum, onde a gengiva torna-se vascularizada, edemaciada e sensível. 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 gravidez acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa (TARSITANO; ROLLINGS, 1993; BRASIL, 2006) [D].

A gengivite representa uma resposta inflamatória à presença de placa bacteriana, que pode ser modificada pela elevação das taxas dos hormônios femininos, irritantes locais e certas bactérias orais, como *Prevotella intermedia* (que metaboliza o estradiol), sendo denominada gengivite gravídica. Porém, ela se desenvolverá apenas se não houver controle de placa adequado (LÖE, 1965). [D] Ocasionalmente, fatores locais de irritação como placa bacteriana ao longo da margem gengival com higiene bucal pobre pode levar ao desenvolvimento de granuloma piogênico, uma lesão benigna.

Esta forma de granuloma piogênico comumente surge na gengiva entre os dentes anteriores da maxila. Embora este tumor tenha sido conhecido por regredir espontaneamente dentro de meses após o fim da gravidez, a lesão pode exigir excisão cirúrgica se interferir na mastigação ou ulcerar (REGEZI; SCIUBBA, 1993). [D] A remoção cirúrgica do granuloma piogênico pode ser realizada pelo dentista que acompanha a gestante na unidade básica de saúde caso esse profissional sinta-se seguro e capaz para fazê-lo. Caso contrário a paciente deve ser encaminhada via referência ao estomatologista do Centro de Especialidade Odontológica (CEO) mais próximo. Em mais de 5 % das gestantes pode ocorrer o granuloma, durante o segundo trimestre de gestação, como uma lesão de forma nodular, sésil ou pediculado, que não ultrapassa 2 cm de diâmetro, de coloração vermelho vivo, indolor, sangrante ao toque (TARSITANO; ROLLINGS, 1993). [D]

A etiologia dos partos prematuros é multifatorial, mas sabidamente a inflamação é um dos motivos que levam a essa ocorrência. Alguns estudos relacionam a presença de infecção sistêmica materna com parto prematuro, porém as evidências na literatura ainda não são conclusivas no que tange a correlação entre doença periodontal em gestantes e parto prematuro. Ensaio clínico multicêntrico, realizado em 2006, demonstrou que o tratamento periodontal melhorou significativamente a saúde periodontal das gestantes, mas não interferiu nas questões relacionadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer e restrição do crescimento fetal (LOPEZ, 2006; MICHALOWICK et al, 2006) [A]. Todavia, Cruz e colaboradores (2009) encontraram associação entre presença de doença periodontal e baixo peso ao nascer em gestantes com baixos níveis educacionais [B]. Weidlich, em 2009, realizou um ensaio clínico randomizado para avaliar o impacto do tratamento periodontal sobre efeitos gestacionais adversos. Embora havendo melhoras significativas do ponto de vista periodontal não foram reduzidas as taxas de partos prematuros e de baixo peso ao nascer [D]. Para Moreira (2009), fatores ainda desconhecidos podem explicar a associação entre a doença periodontal, parto prematuro e baixo peso ao nascer [D].

Seguindo as evidências, o tratamento periodontal deve ser realizado em qualquer momento da gestação, pois reduz a inflamação periodontal. Assim, é de suma importância que o dentista e a gestante pactuem o processo terapêutico com vistas a garantir o melhor resultado possível e reduzir o risco de desfechos negativos.

b) Cárie dentária

A doença cárie também pode exibir uma incidência aumentada no período gestacional. O acréscimo expressivo do consumo de sacarose acarreta a um aumento do risco de desenvolver cáries. Estudo realizado por Scavuzzi e colaboradores (1999) em 100 gestantes na cidade de Salvador (Bahia), identificou CPOD médio 9,71 (\pm 6,02), sendo a composição percentual constituída de 41,2% de dentes cariados, 33,1% extraídos, 9,1% com extração indicada e 16,6% obturados. Além disso, 86,8% das gestantes foram classificadas como cárie-ativas, identificando alto risco para o desenvolvimento de lesões de cárie. [D]

Spisto et al. (1997) afirmam que o aumento da incidência de cárie dentária no período da gravidez é motivado pela negligência de tratamento e de higiene bucal. [D] Todavia, evidências sugerem que a promoção de saúde bucal durante a gestação proporciona uma melhor saúde bucal para o bebê (MEYER et al, 2009) [B]. Assim, o acompanhamento periódico das gestantes, bem como a

longitudinalidade do cuidado, são atividades de suma importância para os profissionais na Atenção Primária.

Conforme Regezzi; Sciubba (1993) [D], erosão nos dentes é possível durante a gravidez devido a enjôos freqüentes. Repetidas regurgitações podem danificar a estrutura dental devido ao ácido estomacal que literalmente dissolve esmalte e dentina. Este fenômeno é tipicamente diagnosticado de observação na superfície lingual de dentes anteriores.

11.1.3 Utilização de medicamentos, adoçantes e procedimentos em gestantes

a) Uso de adoçantes

Adoçantes são substitutos naturais ou artificiais do açúcar que vêm sendo cada vez mais comercializados em todo o mundo. Torloni e cols. (2007) fizeram uma revisão sobre o uso de adoçantes durante a gestação e concluem que seu uso deve ser reservado para controle de peso e diabetes. Quanto aos adoçantes mais usados no Brasil cabe ressaltar que não foram encontradas evidências sobre o uso de sacarina e ciclamato durante o período gestacional. Os estudos com aspartame, sucralose, acessulfame-k e stévia, quando realizados em animais, não demonstraram ter efeitos tóxicos, carcinogênicos ou mutagênicos, mas não foram encontrados estudos em humanos. O aspartame é contraindicado para mulheres homozigotas para fenilcetonúria. [D]

b) Uso de fluoretos

Os suplementos fluoretados não são necessários para pacientes que residem em áreas com fluoretação das águas de abastecimento. Embora flúor tópico não seja contraindicado na gravidez, seu efeito será sobre os dentes da mãe, e não sobre os dentes do bebê. Evidências na literatura demonstraram que, para alcançar a redução do índice de cárie pela ação cariostática do flúor, deve-se optar pelo flúor pós-eruptivo, em aplicações tópicas ou bochechos. O flúor pós-eruptivo participa do processo de mineralização da unidade dentária desmineralizada, aumentando a quantidade de fluorapatita na superfície do esmalte, e não sobre o dente em formação. Portanto, **a utilização de suplementos de flúor pré-natal está contraindicada** em função da ausência de evidências científicas que demonstrem benefício para os dentes do bebê em desenvolvimento (CURY, 2001). [D]

c) Uso de colutórios

O uso de controle químico da placa bacteriana através dos colutórios pode ser feito como um coadjuvante do controle mecânico inadequado ou como substitutivo em situações em que a higienização bucal com escova e fio dental está impossibilitada, tais como em período pós-cirúrgico.

A clorexidina é um dos agentes antimicrobianos mais potentes, possui largo espectro bacteriano, alta substantividade, segurança e efetividade. Acredita-se que os efeitos da clorexidina na formação da placa sejam devidos a sua atividades bactericidas, quando em altas concentrações, e pela inibição de enzimas glicolíticas e proteolíticas quando em baixas. Ela atua na desorganização geral da membrana celular bacteriana, inibindo a incorporação de glicose pelos *S. mutans* e seu metabolismo para ácido láctico, e reduzindo a atividade proteolítica do *P. gingivalis*. Na forma de solução, a concentração preferida é de 0,12%, utilizada duas vezes ao dia. Embora esta substância seja um excelente antimicrobiano não é recomendado o seu uso prolongado devido a seus efeitos colaterais, dos quais podemos citar a pigmentação dos dentes, descamação reversível da mucosa, alterações do paladar e aumento dos depósitos calcificados supragengivais. Em virtude dessas considerações o uso da solução

de clorexidina pode ser considerado como um meio substituto do controle mecânico da placa bacteriana, porém por um período limitado e com indicações específicas (TORRES et al, 2000). [D]

Dentre os colutórios com potencial coadjuvante no controle da placa bacteriana destacam-se os que contêm: cloreto de cetilpiridíneo, triclosan e óleos essenciais. Estudos mostram a eficácia antiplaca dessas substâncias (TORRES et al, 2000) [D], porém não foram encontrados trabalhos com uso específico para gestantes e, por isso, mesmo tendo uma ação tópica local na cavidade bucal, devem ser usados com cautela no período gestacional.

d) Anestésicos locais

A lidocaína é o anestésico mais apropriado para as gestantes, segundo a literatura pesquisada. **Prilocaina** e articaína não devem ser usadas porque podem levar a **metemoglobinemia**, prejudicando o transporte de oxigênio para os tecidos tanto da mãe como do feto. A bupivacaína apresenta maior cardiotoxicidade e, em relação à mepivacaína, mais pesquisas devem ser realizadas já que seus riscos para o feto não são bem detalhados, portanto, seu uso é desaconselhado (MALAMED, 2004). [D]

Quanto ao uso dos **vasoconstritores** em gestantes não existe contraindicação absoluta, sendo os **adrenérgicos são os mais seguros**, porém o seu emprego deve ser cauteloso pelo risco potencial, embora remoto, de diminuição da irrigação placentária. O uso de anestésicos contendo **felipressina deve ser evitado**, por se tratar de um vasoconstritor análogo a vasopressina que é um dos hormônios responsáveis pela contração uterina. Além disso, a apresentação disponível no mercado brasileiro está associada à prilocaína que pode causar metemoglobinemia (WANNMACHER; FERREIRA, 1999). [D] Noradrenalina nas concentrações de 1:25.000 e 1:30.000 não deve ser usada, tendo em vista o grande número de complicações cardiovasculares e neurológicas causados por essa substância, sendo a concentração 1:50.000 a mais indicada, que é a apresentação comercializada no Brasil (DE CASTRO et al, 2002). [D]

e) Radiografias

Todas as radiografias odontológicas necessárias podem ser feitas durante a gravidez (WRZOSEK; EINARSON, 2009) [D]. No entanto, o cirurgião-dentista é moralmente e eticamente obrigado a prover adequada proteção da seguinte maneira: evitar radiografias desnecessárias, proteger o abdome com avental de chumbo, evitar repetições por erro de técnica, evitar ângulos direcionados para o abdome, proteção do colimador, usar filmes rápidos e pequenos tempos de exposição. Se estas precauções são tomadas, radiografias dentárias podem ser feitas com segurança, mesmo no 1º trimestre de gravidez (SILVA et al, 2000). [D]

A quantidade de radiação usada costumeiramente nas radiografias dentárias é bem abaixo da dose limiar aceitável, por isso, a quantia de radiação que o feto recebe é minúscula (TARSITANO; ROLLINGS, 1993). [D] A radiação ionizante recebida pela paciente vinda de uma radiografia dentária é menor que a radiação cósmica adquirida na base diária. Por esta razão o diagnóstico através de radiografias não deve ser recusado durante a gravidez (SPOSTO et al, 1997). [D] O estudo de Shrout et al. (1994) demonstrou que 50% dos cirurgiões-dentistas consultam o obstetra da paciente antes de administrar radiação. Além disso, 80% dos dentistas elegeram nunca fazer diagnóstico com radiografias durante a gravidez, embora quase todos usem deste exame complementar nas situações de

emergências. Esta prática é aceita e ocorre muito mais por consideração emocional que pelo conceito legítimo da ciência. [D]

f) Antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos

A temática da farmacologia foi abordada de forma mais geral e abrangente no capítulo 6 (uso de medicamentos e drogas na gestação), porém devido a frequência da sua utilização pelo dentista, algumas considerações sobre drogas específicas serão descritas a seguir.

As penicilinas são os antibióticos mais indicados durante a gestação na prevenção e no tratamento de infecções maternas e intrauterinas, pois agem na parede celular, estrutura que somente as bactérias possuem, sendo, portanto, atóxicas aos organismos materno e fetal. Podem ser administradas com segurança em qualquer período da gestação (FERREIRA, 1999). [D] Dentro do grupo das penicilinas, as mais indicadas são as biossintéticas, como as fenoximetilpenicilinas, e as semissintéticas de largo espectro, como as ampicilinas e as amoxicilinas (TORTAMANO, 1997). [D]

Tirelli (2001) [D] sugere a prescrição do estearato de eritromicina e das cefalosporinas como opção **somente** nos casos de pacientes alérgicas às penicilinas. As tetraciclina estão totalmente **contraindicadas** na gravidez, pois atravessam com facilidade a placenta e são depositadas nos ossos e dentes durante os períodos de calcificação ativa, podendo provocar efeitos indesejáveis sobre a formação óssea e dentária do feto, causando malformações no esmalte dentário, alterando a sua coloração e podendo causar retardo do crescimento ósseo. O uso de metronidazol está **contraindicado** no primeiro trimestre da gestação (KULAY JUNIOR et al, 2009). [D]

Os anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) e o ácido acetilsalicílico devem ser usados com extrema precaução durante a gestação (principalmente durante o terceiro trimestre) e por tempo restrito, e também durante a amamentação. Os AINEs quando usados no terceiro trimestre podem causar fechamento do ducto arterioso e hipertensão pulmonar no feto ou neonato.

No caso de procedimentos endodônticos ou cirúrgicos mais invasivos que não puderem ser adiados, pode-se empregar corticóide (betametasona ou dexametasona) em dose única de 4 mg (ANDRADE, 2000). É importante ressaltar que o uso prolongado de betametasona pode determinar baixo peso ao nascer e redução da circunferência craniana. Em curtos períodos, reduz a incidência de síndrome do desconforto respiratório e de mortalidade do recém-nascido prematuro (KULAY JUNIOR et al, 2009). [D]

11.1.4 Comorbidade relacionada à saúde bucal

A sífilis representa uma infecção bacteriana sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*. O tempo de incubação da sífilis primária pode variar entre 9 e 90 dias, após o qual a lesão típica – cancro – aparece no local da infecção. O cancro é lesão única, ulcerada, assintomática e de bordas endurecidas, podendo o paciente apresentar adenopatia satélite bilateral indolor e não inflamatória dos linfonodos submandibulares e cervicais. O cancro pode acometer a cavidade bucal em qualquer área, no entanto, o lábio representa o sítio mais comum de envolvimento, seguido pela língua e tonsilas.

Os diagnósticos diferenciais do cancro sífilítico incluem a afta maior, ulceração bucal associada ao HIV, tuberculose, linfoma, micose, leishmaniose, úlcera eosinofílica, carcinoma espinocelular, citomegalovirose, úlcera traumática, gonorréia e linfogranuloma venéreo (GUIDI, 2007) [D]. Uma característica importante da lesão sífilítica primária da cavidade bucal é ausência de sintomatologia

dolorosa, portanto, tal condição deve ser diferenciada do carcinoma de células escamosas, neoplasia maligna comum nessa região anatômica (NORONHA et al, 2006) [D]. Se não tratada entre 2 a 10 semanas, a infecção progride atingindo a fase secundária.

Clinicamente, na cavidade bucal, sífilis secundária observam-se máculas vermelhas ovais ou erupções máculo-papulares nas mucosas, podendo apresentar a forma de condiloma *latum* ou condiloma plano, na comissura labial, caracterizada por lesões nodulares, firmes, ou placas mucosas discretamente elevadas, podendo estar superficialmente erodadas ou ulceradas. As margens apresentam-se irregulares e cobertas por uma pseudomembrana branco-acinzentada (MANTHON et al, 1986; NORONHA et al, 2006) [D].

Na sífilis terciária ou tardia as lesões bucais afetam mais frequentemente o palato duro e a língua. No palato duro observa-se uma lesão gomata e subsequente destruição e perfuração palatina. A língua pode se apresentar aumentada com aspecto lobulado, forma irregular e áreas leucoplásicas lisas, brilhantes e despapiladas, denominando-se glossite sífilítica (GUIDI, 2007) [D].

Em relação à sífilis congênita uma das primeiras manifestações é a rinite sífilítica que ocorre usualmente no período neonatal. Os primeiros molares permanentes podem também ser afetados com projeções bulbosas na superfície do dente e estreitamento do terço oclusal, sendo chamados de molares em amora ou molares de Moon. Já os incisivos superiores podem apresentar um aumento do diâmetro méso-distal no terço médio e ausência do lóbulo central de desenvolvimento, de forma que se assemelhem a um barril ou a uma chave de fenda, sendo denominados incisivos de Hutchinson (MANTHON et al, 1986; NORONHA et al, 2006) [D].

11.2 Orientações sugeridas à equipe de saúde para serem fornecidas à gestante

A gestação é um período da vida da mulher e da família em que há maior receptividade a novos conhecimentos, portanto, um período importante para se realizar educação em saúde. Programas educativos e preventivos com gestantes qualificam a sua saúde e são fundamentais para a introdução de hábitos saudáveis desde o início da vida de seus filhos. Sabe-se do papel fundamental da mãe nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, dentre os quais se incluem os cuidados e hábitos em saúde bucal [D] (FAUSTINO-SILVA et al, 2008).

A presença de focos infecciosos na boca da gestante traz prejuízos para a gestação e saúde geral (podendo inclusive levar a endocardite), havendo dores freqüentes, alteração do estado de ânimo, dificuldades na mastigação – que podem interferir na sua nutrição e do bebê.

A mãe e os familiares mais próximos são as fontes de transmissão de bactérias cariogênicas para o bebê. Por isso é importante alertar sobre isso e, quando necessário, recomendar tratamento odontológico para as pessoas quem mantêm contato direto com o bebê, principalmente a mãe.

Considerando a cárie uma doença multifatorial, essa questão não deve ser vista isoladamente. Além da presença de microorganismos na boca, vários fatores estão relacionados com a doença cárie, destacando-se a suscetibilidade do hospedeiro (dente) e uma dieta rica em carboidratos fermentáveis (principalmente sacarose).

A seguir apresentaremos questionamentos freqüentes tanto dos pacientes e familiares quanto dos profissionais de saúde. Compete a todos os integrantes da equipe de saúde transmitir as informações às gestantes do seu território.

A. O que se modifica na saúde bucal durante a gestação?

Durante o período de gestação, pode ocorrer uma série de alterações no organismo da mulher que provavelmente levarão ao surgimento de problemas bucais (CURITIBA, 2004) [D], tais como:

- **Sangramento gengival:** essa situação é conhecida como gengivite gravídica, pois as gengivas também passam por alterações durante o período gestacional, onde pode acontecer uma resposta exagerada dos tecidos moles gengivais aos fatores locais (placa bacteriana), devido ao aumento da vascularização nas gengivas. Além disso, pode ocorrer aumento da mobilidade dentária que pode estar associada a alterações dos hormônios estrógeno e progesterona. Reações mais severas podem acontecer ao ponto de formar os chamados tumores gravídicos, que são de fato granulomas piogênicos, produzindo uma massa proliferativa e sangrante que aparecem geralmente entre os dentes na região das papilas gengivais, que, na maioria dos casos, apresenta acúmulo de tártaro, placa bacteriana ou cárie.
- **Cárie e queda de obturações:** a gestação por si só não determina um risco maior para o desenvolvimento de cárie ou infiltrações em obturações dentárias. Acontecem na verdade modificações nos hábitos alimentares e de higiene bucal, associadas ao aumento da acidez bucal devido aos enjoos e vômitos em alguns casos.
- **Acúmulo de placa bacteriana:** estudos relatam alterações nos hábitos de higiene bucal durante a gestação, existindo ainda o enjojo ao creme dental que compromete a escovação. Embora ocorram alterações na frequência alimentar através do aumento do consumo de alimentos e bebidas açucaradas, com a higiene bucal acontece o contrário: a redução do número de escovações diárias. Além disso, a mulher costuma preocupar-se mais com os cuidados diretos para o bebê descuidando-se de si, muitas vezes por desconhecer os reflexos dos seus problemas bucais na saúde do seu futuro filho.

B. A gestante pode receber tratamento odontológico?

Não só pode como deve fazer o acompanhamento e tratamento odontológico. Por muito tempo, devido à insegurança dos profissionais e aspectos culturais, acreditava-se que gestante não podia consultar com dentista. No entanto, sabe-se que muitos são os benefícios do tratamento odontológico no período gestacional tanto para a saúde da mãe como para o seu futuro filho. Por isso, a consulta com o dentista deve ser estimulada pela equipe envolvida no acompanhamento pré-natal.

C. Existem riscos quanto à utilização da anestesia dentária?

Não. O uso de anestesia local para o tratamento dentário é seguro e o dentista saberá qual é o melhor anestésico e a dose ideal para não oferecer riscos a gestante e ao bebê.

D. Qual o melhor momento da gestação para realizar tratamento dentário?

A gestante pode receber atendimento odontológico em qualquer fase da gestação. No entanto, prefere-se que os procedimentos não urgentes sejam realizados no segundo trimestre.

E. Podem ser realizadas radiografias dentárias em gestantes?

Sim. A radiação utilizada em radiografias dentárias é mínima e localizada, não atingindo o feto. O dentista só solicitará esse exame em casos indispensáveis sendo realizado com as devidas proteções com coleto de chumbo e protetor de tireóide.

F. As gestantes podem apresentar maiores riscos de perder dentes?

Não. Existe um mito equivocado de que cada gravidez resulta em um dente perdido. No entanto, a gestação não é responsável pelo aparecimento de cárie e nem pela perda de minerais (como o cálcio) dos dentes da mãe para formar as estruturas calcificadas (ossos) dos bebês. O aumento da atividade cariogênica está relacionado com alterações da alimentação e presença de placa bacteriana devido à higiene inadequada dos dentes. Também se observa a diminuição do pH bucal, tornando-se mais ácido, o que requer uma melhor e maior frequência na higienização bucal para neutralizar esse pH.

G. Existem cuidados especiais para a higiene bucal?

Os cuidados são os mesmos de uma mulher não grávida: limpeza dos dentes sempre após as refeições, com uso adequado da escova dental, de cerdas macias, uso do fio dental e fazer a higiene da língua (Anexo 6). A qualidade dessas escovações é muito importante e a frequência ajuda a regularizar a acidez, evitando a ação das bactérias causadoras das doenças bucais.

H. A gengiva inflama com mais facilidade?

A gravidez em si não causa inflamações na gengiva. Ocorre uma maior vascularização do periodonto (tecido que envolve o dente) durante a gravidez, porém só afeta áreas já inflamadas e não a gengiva sadia. O que causa problemas é a presença de placa bacteriana pela higienização deficiente. Se houver sangramento da gengiva, deverá haver maior higienização desse local e, persistindo o problema, devem-se procurar orientações com a equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde.

I. A gestante deve usar suplemento de flúor?

Não há necessidade de usar suplemento de flúor, pois o efeito do flúor se dá sobre os dentes após o seu nascimento e não na sua formação intrauterina.

J. Existe algum fortificante que assegure uma boa dentição para o bebê?

Os fortificantes estão em uma alimentação balanceada, constituída por diferentes grupos de alimentos (carnes, peixes, frutas, legumes e verduras, cereais, leite e derivados). As carências de vitaminas podem comprometer o desenvolvimento normal dos dentes. Se houver a necessidade de complementação vitamínica, deverá ser avaliada pelo médico da Unidade de Saúde.

K. Quando começam a se formar os dentes do bebê?

Os dentes decíduos (de leite) começam a se formar a partir da sexta semana de vida intrauterina e os dentes permanentes, a partir do quinto mês de vida intrauterina. Por isso que condições desfavoráveis durante a gestação, como o uso de medicamentos, infecções, deficiências nutricionais, entre outras, podem acarretar em problemas para a criança.

11.2.1 Educação em saúde individual e coletiva a saúde bucal

Existem evidências de associação entre incidência de cárie e presença de placa na primeira infância e cárie na dentição materna (ZANATA et al, 2003). A gravidez seria o período ideal para esclarecimentos sobre saúde bucal da mãe e do bebê, no entanto a maioria das gestantes não recebe nenhuma instrução sobre saúde bucal (ARAÚJO et al, 2005) [D].

Queiroz (2005) sugere que projetos de educação para saúde bucal de gestantes desenvolvidos pelos profissionais comecem abordando e desmistificando os tabus existentes. Desta forma, melhoraria a adesão, a segurança e à motivação ao pré-natal odontológico. Por outro lado, a participação dos pais na discussão sobre hábitos de higiene bucal/ alimentação saudável é de suma importância para a saúde

do bebê, uma vez que a educação durante o pré-natal torna-se a chave para o desenvolvimento de cuidados com a saúde bucal da criança. [D] Além disso, Acharya e colegas (2009) demonstraram que intervenções em saúde bucal de gestantes, bem como atividades individuais de autocuidado apresentam efeitos positivos em relação à saúde bucal em longo prazo. [C]

Em revisão da literatura sobre educação em saúde Reis et al. (2010) constataram que a maioria das gestantes não tem conhecimento acerca dos prejuízos que podem advir para a saúde bucal e da criança quanto ao tempo de amamentação prolongada, uso indevido de mamadeira e o hábito do consumo de açúcar para o preparo dos alimentos do bebê; além dos conhecimentos com relação à higiene bucal pessoal e da criança. Além disso, avaliaram longitudinalmente a efetividade da educação durante o pré-natal e concluíram que houve uma conscientização e retenção das informações por parte dos pais em relação às orientações sobre saúde bucal para com o bebê. Assim, sugeriram programas de promoção da saúde bucal com as gestantes e que sejam continuados após o nascimento do bebê para reforço e motivação com vistas a permanecer a mudança de hábitos saudáveis. Em complemento relatam que as mães são desinformadas em relação aos cuidados bucais que devem ter com o bebê. Estes autores reafirmam a importância das informações sobre a higiene bucal do futuro filho e que essas informações devem ser dirigidas às mães por profissionais de saúde, em geral, não só o cirurgião-dentista, mas pelos médicos, enfermeiros e demais membros da equipe, de modo interdisciplinar, com o objetivo de ampliar o conhecimento delas sobre a gestação, suas implicações gerais e bucais que ocorrem nelas mesmas e no futuro filho. [D] No desenvolvimento das atividades educativas, tanto em nível individual como coletivo, é preciso que os profissionais conheçam as percepções e saberes das gestantes a respeito da saúde bucal para que um programa de prevenção possa ter sucesso (FAUSTINO-SILVA et al, 2008). [D]

Nos grupos operativos é importante que as gestantes sejam ouvidas sobre seus problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e responder de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene, estimulando o autocuidado e hábitos de vida saudável (BRASIL, 2006). [D]

Além das ações educativo-preventivas que podem ser desenvolvidas em grupo de gestantes, é fundamental garantir o acesso ao tratamento curativo. Para isso, assim que seja constatada a gravidez, ela deve ser encaminhada a uma consulta odontológica. Se apresentar necessidades curativas essas devem ser atendidas no momento mais apropriado da gestação. Caso contrário, deve-se agendar pelo menos mais uma consulta durante a gestação para prevenção.

A meta da equipe de saúde bucal é realizar atendimento a todas as gestantes da população sob sua responsabilidade conforme prioridades e disponibilidade de horário para agendamento, levando em consideração a organização individual de cada unidade de saúde.

11.2.2 Estimulando o cuidado precoce da saúde bucal do bebê

A saúde bucal das crianças de 0 a 3 anos tem se tornado uma preocupação cada vez maior. É muito comum nessa faixa etária encontrarmos a famosa "cárie de mamadeira" (cárie precoce da infância). Essas cáries estão relacionadas à alimentação rica em açúcar e a precoce infecção por bactérias cariogênicas, normalmente oriundas das mães. Pais e pessoas do convívio da criança deverão ser alertados a prevenir essa situação ou identificá-la precocemente. Informações sobre os prejuízos que

uma alimentação rica em sacarose traz para o bebê devem ser transmitidas discutidas com os pais. O açúcar natural dos alimentos é suficiente para suprir as necessidades da criança.

A amamentação também é importante ao bom desenvolvimento dentofacial, pois estimula os músculos orofaciais e diminui hábitos deletérios de sucção. Além de passadas verbalmente nas consultas e discutidas com os pais em reuniões coletivas, estas informações podem estar em uma cartilha para ser distribuída às gestantes e familiares.

O bebê deve ser levado para primeira consulta odontológica antes do primeiro ano de vida para que a mãe e os demais cuidadores da criança recebam as orientações sobre o cuidado em saúde bucal de seus filhos.

As recomendações e considerações completas sobre o cuidado em saúde bucal do bebê e da criança podem ser consultadas no capítulo 12 do protocolo de Atenção a Saúde da Criança de 0 a 12 anos do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (BRASIL, 2009). [D]

Referências

ACHARYA, S.; BHAT, P. V.; ACHARYA, S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. **International Journal of Dental Hygiene**, Oxford, v. 7, n. 2, p. 102-7, may 2009.

ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1998. p. 93-140.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1075-80, 2008.

COSTA, I. C. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A. S. P. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **RPG Revista de Pós-Graduação**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 232-43, 2002.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-74, 2005 (a).

COSTA, M. C. O. et al. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 719-27, 2005 (b).

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal**. Curitiba: SMS, 2004.

CURY, J. A. Uso do flúor e controle de placa como doença. In: BARATIERI, L. N. **Odontologia restauradora**: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos, 2001.

DE CASTRO, F. C.; MENESES, M. T. V.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. Tratamento odontológico no período da gravidez: enfoque para o uso de anestésicos locais. **JBC**, Curitiba, v. 6, n. 31, p. 62-7, jan./fev. 2002.

FAUSTINO-SILVA, D. D. et al. Cuidados de saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças de um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 357-79, 2008.

FAUSTINO-SILVA, D. D. et al. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno: um estudo qualitativo. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 13, n. 2, p. 7-11, 2008.

FERREIRA, M. B. C. Anestésicos locais. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. (Ed.). **Farmacologia clínica**: fundamentos da terapêutica racional. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 15-64.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. (Ed.). **Farmacologia clínica**: fundamentos da terapêutica racional. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GAFFIELD, M. L. et al. Oral health during pregnancy. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 132, p. 1009-16, 2001.

GUIDI, R. **Manifestações bucais da sífilis**: estudo retrospectivo. 2007. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

HAAS, D. A. Drugs in dentistry. In: ITO, S.; MASSICOTTE, A. Compendium of pharmaceuticals and specialties (CPS). 37th. ed. Toronto: Canadian Pharmaceutical Association, 2002. p. 26-29.

KULAY JÚNIOR, L.; KULAY, M. N. C.; LAPA, A. J. **Medicamentos na gravidez e lactação**: guia prático. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009.

LÖE, H. Periodontal changes in pregnancy. **Journal of Periodontology**, Indianapolis, v. 36, p. 209-17, 1965.

LOPEZ, R. Periodontal treatment in pregnant women improves periodontal disease but does not alter rates of preterm birth. **Evidence-based Dentistry**, London, v. 8, n. 2, p. 38, 2007.

MALAMED, S. F. **Manual de anestesia local**. 5. ed. São Paulo: Elsevier, 2004.

MANTHON, S.; EGGLESTONE, S.; ALEXANDER, I. Oral presentation of secondary syphilis. **British Dental Journal**, London, v. 60, p. 237-8, 1986.

MELO, S. C. C. S. de et al. Uso de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 66-70, 2009.

MEYER, K.; GEURTSSEN, W.; GÜNAY, H. An early oral health care program starting during pregnancy: results of a prospective clinical long-term study. **Clinical Oral Investigations**, Berlin, v. 14, n. 3, p. 257-64, June 2009.

MICHALOWICZ, B. S. et al. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth.

New England Journal of Medicine, Boston, v. 355, n. 18, p. 1885-94, 2006

NORONHA, A. C. C. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 190-3, 2006.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 20, n. 4, p. 297-305, 2006.

PAIVA, L. C.; CAVALCANTI, A. L. Anestésicos locais em odontologia: uma revisão de literatura. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 11, n. 2, p. 35-42, 2005.

POLLETO, V. C. et al. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. **Stomatós: Revista do Curso de Odontologia**, v. 14, n. 26, p. 64-75, 2008.

QUEIROZ, S. M. P. L. Promovendo a saúde bucal nos diferentes ciclos da vida: gestante e bebê. **Revista CRO Paraná**, Curitiba, v. 11, n. 51, p. 8-9, 2005.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. **Periodontal disease: oral pathology: clinical pathologic correlations**. Philadelphia: Saunders, 1993.

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-76, 2010.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia**, Salvador, v. 18, p. 47-52, 1999.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S.; VIANNA, M. I. P. Influência da gestação na prevalência da cárie dentária e da doença periodontal. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia**, Salvador, v. 18, p. 15-21, 1999.

SCHECHTER, M.; MARAGONI, D. V. **Doenças infecciosas: conduta e diagnóstica e terapêutica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SERRANO, M.; DELANO, A. Programa experimental de atención odontológica integral a embarazadas del Consultório República de Uruguay. **Odontologia Chilena**, Santiago, v. 17, n. 94, p. 39-41, 1969.

SHROUT, M. K. et al. Treatment of the pregnant dental patient: a survey of general dental practitioners. **General Dentistry**, Chicago, v. 42, p. 164-7, 1994.

SILVA, F. M. et al. Uso de anestésicos locais em gestantes. **ROBRAC**, Goiânia, v. 9, n. 28, p. 48-50, 2000.

SPOSTO, M. R. et al. Atendimento odontológico da paciente gestante: complicações e cuidados a serem adotados. **Odonto** 2000, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 20-3, 1997.

TARSITANO, B. F.; ROLLINGS, R. E. The pregnant dental patient evaluation and management. **General Dentistry**, Chicago, v. 41, p. 226-34, 1993.

TIRELLI, M. C. et al. Comportamento dos cirurgiões-dentistas quanto ao uso de antibióticos em pacientes gestantes: riscos e benefícios. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2001.

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. 267-75, 2007.

TORRES, C. R. G. et al. Agentes antimicrobianos e seu potencial de uso na Odontologia. **Pós-Graduação em Revista Faculdade de Odontologia de São José dos Campos**, São José dos Campos, v. 3, n. 2, p. 43-52, 2000.

TORTAMANO, N. **Guia terapêutico odontológico**. São Paulo: Santos, 1997.

WRZOSEK, T.; EINARSON, A. Dental care during pregnancy. **Canadian Family Physician**, Willowdale, v. 55, n. 6, p. 598-9, 2009.

WANNMACHER L, FERREIRA, M. B. S. **Farmacologia clínica para dentistas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ZANATA, R. L. et al. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 75-81, july/dec. 2003.

12. Direitos sociais relacionados à gestação

Agda Henk

Ananyr Porto Fajardo

Edelves Vieira Rodrigues

“Meu marido foi dispensado do trabalho nesses primeiros dias. Acho muito importante a presença dele para me ajudar a cuidar do meu filho. Sou mãe de primeira viagem!”

Puérpera moradora da área de atuação do SSC/GHC

“Eu só quero ficar de perto dele. E também nem ia conseguir me concentrar no trabalho (risos).”

Pai morador da área de atuação do SSC/GHC

12.1 Direitos sociais das gestantes

Os direitos sociais das gestantes foram conquistados por uma luta pelos direitos das mulheres, desenvolvida a partir de um entendimento da necessidade de proteção à gestante e seu bebê. A legislação brasileira prevê a proteção dos direitos das mulheres, inclusive na seção referente aos direitos dos trabalhadores, enfatizando a proteção da mulher no mercado de trabalho e na sociedade, mediante dispositivos específicos.

Resumidamente, a legislação federal e municipal define que:

- A gestante tem direito a prioridade em filas de bancos e supermercados, ao acesso pela porta da frente em coletivos e ao assento preferencial em estabelecimentos e meios de transporte coletivo.
- Na época do pré-natal é assegurado o acompanhamento de saúde gratuito, a realização de pelo menos seis consultas durante toda a gravidez e de levar um acompanhante de sua escolha nas consultas (companheiro, mãe, amiga ou outra pessoa).
- Deve realizar gratuitamente exames durante o pré-natal, entre eles: exames de sangue para pesquisa de diabetes, sífilis, anemia e classificação do tipo sanguíneo; exames de urina; preventivo de câncer de colo do útero; e teste anti-HIV. Deve ser imunizada contra o tétano e tem o direito de conhecer antecipadamente o hospital onde será realizado seu parto.
- Na hora do parto a gestante tem o direito:
 - o de ser escutada em suas queixas e reclamações, de expressar os seus sentimentos e suas reações livremente, isso tudo apoiada por uma equipe preparada e atenciosa.
 - o a um parto normal e seguro. A cesárea deve ser feita em caso de risco para a criança e para a mãe.
 - o a um acompanhante: companheiro, mãe, irmã, amiga ou outra pessoa.

- Durante o pós-parto mãe e filho têm o direito de ficar juntos no mesmo quarto e, ao sair do hospital, ela deve receber as orientações sobre quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e de puericultura. Deve retornar ao Posto de Saúde e exigir os exames necessários e receber orientações para si e seu companheiro para evitar ou planejar uma nova gravidez.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, s.d) promulgou os Dez Direitos da Gestante, que são:

- Receber informações sobre gravidez e escolher o parto que deseja.
- Conhecer os procedimentos rotineiros do parto.
- Não se submeter a tricotomia (raspagem dos pêlos) e a enema (lavagem intestinal), se não desejar.
- Recusar a indução do parto, feita apenas por conveniência do médico (sem que seja clinicamente necessária).
- Não se submeter à ruptura artificial da bolsa amniótica, procedimento que não se justifica cientificamente, podendo a gestante recusá-lo.
- Escolher a posição que mais lhe convier durante o trabalho de parto.
- Não se submeter à episiotomia (corte do períneo), que também não se justifica cientificamente, podendo a gestante recusá-la.
- Não se submeter a uma cesárea, a menos que haja riscos para ela ou o bebê
- Começar a amamentar seu bebê sadio logo após o parto.
- A mãe pode exigir ficar junto com seu bebê recém-nascido sadio.

12.2 Gestantes em vulnerabilidade social

As gestantes em situação de vulnerabilidade social, pensando que esta engloba as dificuldades socioeconômicas e psicossociais e inclui situações de violência doméstica e dependência química, devem ser olhadas pela equipe de saúde de modo especial, mesmo após serem encaminhadas aos serviços da rede de saúde e assistencial que atenta especificamente à vulnerabilidade individual.

Recomenda-se (NICE, 2010) o acompanhamento através de protocolos e equipes especializadas de gestantes vítimas de violência doméstica e gestantes que sofrem com a dependência química. Nestes casos, o Serviço Social e a Psicologia, que compõem a equipe de APS, coordenarão o cuidado desta gestante.

Pode-se dizer que a posição de vulnerabilidade social é a de estar em desvantagem frente ao acesso às condições de promoção e garantia dos direitos de cidadania. De acordo com Perona et al (s.d),

Vulnerabilidad no es exactamente lo mismo que pobreza si bien la incluye. Esta última hace referencia a una situación de carencia efectiva y actual, mientras que la vulnerabilidad trasciende esta condición proyectando a futuro la posibilidad de padecerla a partir de ciertas debilidades que se constatan en el presente.

No entanto,

os eventos que vulnerabilizam as pessoas não são apenas determinados por aspectos de natureza econômica. Fatores como a fragilização dos vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência)

ou vinculadas à violência, ao território, à representação política dentre outros, também afetam as pessoas (ALMEIDA, 2005).

12.3 Direitos trabalhistas das gestantes

Informações sobre benefícios concedidos pela Previdência Social podem ser obtidos gratuitamente pelos telefones 0800.780191 e 135 ou pelo *site* www.previdenciasocial.gov.br

Em relação à gestação e ao exercício da maternidade e da paternidade a legislação brasileira assegura o seguinte, conforme quadro 1:

Quadro 1. Tópicos da legislação brasileira sobre situação da mulher e parceiro no momento da gestação, adoção e puerpério

Gestação	<p>Constituição Federal, art. 7º: A Constituição Federal de 1988 igualou homens e mulheres em direitos e deveres. Dispõe sobre os Direitos dos Trabalhadores, dando ênfase à proteção do mercado de trabalho da mulher. Proíbe a diferença de salários, (também art. 5º da CLT) assim como no exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil. Proíbe o trabalho da gestante no período de 4 semanas antes e 8 semanas após o parto, garantindo a licença gestante de 120 dias. Obs. A licença gestante pode ser ampliada para 180 dias caso a empresa opte e/ou se for Empresa Cidadã.</p> <p>Constituição Federal, art. 10, inciso II: Está prevista a estabilidade da empregada não doméstica gestante desde a confirmação da gravidez até 05 meses após o parto. Obs: A trabalhadora doméstica não é regida pela CLT e portanto não tem estabilidade no emprego, nem no período gestacional.</p> <p>CLT, art. 391: Não constitui justo motivo para a rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de haver contraído matrimônio ou de encontrar-se em estado de gravidez.</p> <p>CLT, art. 392, inciso 1 a 3: É proibido o trabalho da mulher grávida no período de 4 (quatro) semanas antes e 8 (oito) semanas depois do parto. O início do afastamento da empregada de seu trabalho será determinado por atestado médico. Dispensa de horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares. É garantido à empregada, durante a gravidez, sem prejuízo do salário e demais direitos: transferência de função, quando as condições de saúde o exigirem, assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho; dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares. Independente do período gestacional que nascer a criança (parto antecipado), a mulher terá sempre direito às 12 semanas de licença. Em casos excepcionais, mediante atestado médico, na forma do parágrafo 1º, é permitido à mulher gestante mudar de função.</p> <p>CLT, art. 393: Durante o período a que se refere o art. 392, a mulher terá direito ao salário integral e, quando variável, calculado de acordo com a média dos 6 (seis) últimos meses de trabalho, bem como os direitos e vantagens adquiridos, sendo-lhe ainda facultado reverter à função que anteriormente ocupava.</p> <p>CLT, art. 394: Mediante atestado médico, à mulher grávida é facultado romper o compromisso resultante de qualquer contrato de trabalho, desde que este seja prejudicial à gestação.</p> <p>Lei nº 9.029/1995: Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da trabalhadora.</p> <p>Portaria GM nº 569/2000: Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do SUS.</p>
Parto	<p>Constituição Federal, art. 7º, inciso XVIII: A licença-maternidade é paga pelo empregador, que efetivará sua compensação junto à Previdência Social quando do recolhimento das contribuições sobre as folhas de salário. Em se tratando de segurada avulsa ou empregada doméstica, será pago diretamente pela Previdência Social. A mulher terá direito ao salário integral que efetivará sua compensação junto à Previdência Social quando do recolhimento das contribuições sobre as folhas de salário. Em se tratando de segurada avulsa ou empregada doméstica, será pago diretamente o salário maternidade pela Previdência Social, para tanto deverá apresentar-se ao Posto do INSS com atestado do parto e declaração de nascido vivo no pós-parto.</p> <p>Portaria GM nº 2.418/2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS.</p> <p>Lei nº 11.634/2007: Toda gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia com a maternidade na qual será realizado seu parto; a maternidade na qual será atendida nos casos de intercorrência pré-natal, o que dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal; e a maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive no puerpério.</p>

Amamentação	CLT, art. 396: Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um. Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente. CLT, art. 400: Os locais destinados à guarda dos filhos das operárias durante o período da amamentação deverão possuir, no mínimo, um berçário, uma saleta de amamentação, uma cozinha dietética e uma instalação sanitária.
Aborto	CLT, art. 395: Em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de 2 (duas) semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento.
Pós-parto	Lei nº 8.069 (Estatuto da Criança e do Adolescente), artigo 9º: Determina que a proteção ao aleitamento materno é direito assegurado aos bebês. Portaria GM nº 1.016/1993: Aprova as normas básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". Lei Federal 10.048/2000: As gestantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário nas repartições públicas, empresas concessionárias de serviços públicos e nas instituições financeiras. As empresas públicas de transporte e as concessionárias de transporte coletivo precisam reservar assentos devidamente identificados a essas pessoas.
Licença-maternidade	Lei nº 11.770/2008: Determina que as empregadas de "empresas cidadãs", isto é, de empresas que aderiram ao programa previsto na mencionada lei, terão o prazo da licença maternidade prorrogado em 60 (sessenta) dias. Garante à gestante que estuda, 120 dias de licença para se ausentar da escola. As atividades escolares podem ser feitas em casa e os exames finais, remarcados.
Licença-paternidade	Constituição Federal, art. 7º, inciso XIX, c/c art. 10, § 1º: Garante ao pai recente a ausência do empregado ao serviço por ocasião do nascimento do filho. Fixada em cinco dias, a licença-paternidade possui natureza salarial, a cargo do patrão. Seu pagamento está condicionado à apresentação da certidão de registro do filho, podendo aceitar como suficiente o atestado da maternidade onde ocorreu o nascimento da criança. A sua contagem inicia-se a partir da data em que ocorreu o parto da mulher.
Adoção	Lei nº 10.421/2002: Ficam garantidos a licença e o salário-maternidade às mulheres que adotem ou estejam com a guarda judicial de uma criança, para fins de adoção. A duração da licença vai de 30 a 120 dias, dependendo da idade da criança. O início dos benefícios da licença começa a partir da data de deferimento da medida liminar nos autos de adoção ou da guarda judicial. Garante às mulheres que adotarem crianças de zero a oito anos o direito à licença maternidade. O tempo da licença varia de acordo com a idade da criança. Mães que adotarem crianças com até um ano têm direito a 120 dias de licença. Se a criança tiver entre um e quatro anos, o benefício será de 60 dias, e para filhos adotados com idade entre quatro e oito anos a licença maternidade será de 30 dias. O pai adotivo tem licença-paternidade garantida somente pela legislação referente aos servidores públicos.

Referências

ALMEIDA, L. M. P. Vulnerabilidade social. In: RECIFE. **Desenvolvimento humano em Recife: Atlas municipal**. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2006/doc/analiticos/Vulnerabilidade%20Social.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2010.

BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 set. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452.htm>. Acesso em: 24 ago. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 24 ago. 2010.

BRASIL. Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2000. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L10048.htm>>. Acesso em: 13 out. 2010.

BRASIL. Lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002. Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da União**, Brasília,

DF, 15 abr. 2002. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2002/L10421.htm>>. Acesso em: 13 out. 2010.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível em: <<http://www.revistajuridica.com.br/content/legislacao.asp?id=58463>> Acesso em: 13 out. 2010.

BRASIL. Lei nº 11.770, 09 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 set. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm>. Acesso em: 13 out. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 24 ago. 2010.

BRASIL. Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 abr. 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9029.htm>. Acesso em: 13 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.016/1993**. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto", contida no anexo I. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/40.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 569/2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 13 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418/2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, 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. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2418.htm>>. Acesso em: 13 out. 2010.

BRASIL. Previdência Social. **Requerimento de salário-maternidade**. Disponível em: <http://www.dataprev.gov.br/servicos/salmat/salmat_def.htm>. Acesso em: 24 ago. 2010.
NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Pregnancy and complex social factors**: a model for service provision for pregnant women with complex social factors. London: NICE, sep. 2010. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/CG110>>. Acesso em: 12 out. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Direitos da gestante**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/direitosdagestante.htm>> Acesso em: 27 out. 2010.

PERONA, N. et al. **Vulnerabilidad y exclusión social**: una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. Disponível em: <<http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p15.4.htm>>. Acesso em: 26 out. 2010.

13. Fatores de risco gestacional

Renata Chaves

“Eu queria e não queria engravidar, não era o melhor momento em termos financeiros, mas também não queria passar muito da idade, estou com 35 anos.”

Gestante moradora da área de atuação do SSC/GHC

Toda gestação traz em si mesma algum grau de risco à saúde da mãe e do feto. No entanto, para um pequeno número delas, esse risco está aumentado, caracterizando-se, portanto, como uma gestação de alto risco, ou como prefere denominar alguns consensos em gestação que necessita de cuidados adicionais (NICE, 2010). Desta forma, conceitua-se gravidez de alto risco como sendo "aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas do que as gestações da média da população considerada" (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

A cada consulta é importante investigar as situações que potencialmente levariam a uma evolução desfavorável da gravidez visto que algumas delas podem ser adequadamente manejadas na unidade de saúde mas outras necessitam de encaminhamento para serviços especializados.

Os fatores geradores de risco podem ser agrupados em quatro grandes grupos e serão descritos a seguir em cada subitem.

13.1 Características individuais e condições sócio-econômicas desfavoráveis

Idade da gestante. Gestantes com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos apresentam maiores riscos, uma vez que a mortalidade fetal e neonatal, assim como as malformações congênitas, são mais frequentes nessas faixas etárias (FESCINA et al, 2007). A adolescência corresponde a uma fase de mudanças biológicas, psicológicas e sociais e a superposição da gestação acarreta sobrecarga física e psíquica, aumentando a vulnerabilidade aos agravos materno-fetais e psicossociais (BRASIL, 2006).

Ocupação da gestante. A atividade que exige esforço físico excessivo, cumprimento de carga horária extensa, rotatividade no horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, e geradora de estresse, encontra-se associada a maiores riscos para a gestação (BRASIL, 2006). Algumas condições de trabalho mostraram provocar maior risco a saúde da gestante, tais como: cumprir carga horária superior a 36 horas por semana ou maior do que 10 horas por dia; erguer peso; permanecer tempo prolongado de pé (mais de 6 horas) e em ambiente com ruído excessivo. (ICSI, 2009).

Situação familiar. Família com uma pobre rede de apoio, vivenciando eventos estressantes, com dificuldades conjugais e história de abuso doméstico estão entre as situações de maior risco (BRASIL, 2006). A violência doméstica durante a gestação está relacionada a abortamento, início tardio do pré-natal, trabalho de parto prematuro, parto prematuro e baixo peso ao nascer (ICSI, 2009)

Aceitação da gravidez. Quando a mulher apresenta maior dificuldade em aceitar a gestação, ela apresenta um risco maior de abortamento provocado, maior sintomatologia física de rechaço como a hiperemese e repercussões emocionais que influenciam sobre a sua saúde e a do seu filho. As principais repercussões são: depressão, déficit no autocuidado, condutas de risco e dificuldades com o cuidado do filho (FESCINA et al, 2007).

Fatores sócio-educacionais Os fatores sócio-educacionais associam-se a um menor número de consultas de pré-natal, as famílias mais numerosas, a um maior número de mulheres submetidas a trabalho físico e a maior frequência de gestações em uniões instáveis (FESCINA et al, 2007).

Estado nutricional. Mulheres com IMC baixo antes da gestação (IMC <18) têm maior risco de parto prematuro (SPINILLO et al, 1998). Por outro lado, mulheres com IMC alto (IMC > 25 a 30) apresentam maior risco para DM gestacional, hipertensão, pré-eclâmpsia, distocia no parto, tromboembolismo venoso, complicações anestésicas, indicação de cesariana, necessidade de indução do parto, risco de infecção da ferida operatória (ROBINSON et al, 2005).

Dependências de drogas lícitas e/ou ilícitas (BRASIL, 2006). O tabagismo na gestação está associado, entre outros fatores, a um maior risco de baixo peso e prematuridade (NICE, 2010). O capítulo 14 aborda detalhadamente a questão do tabagismo passivo e ativo, suas implicações na gestação e formas de abordagem. O uso de cocaína na gestação pode levar a abortamento, nascimento pré-termo, malformações congênitas e complicações neonatais, tais como: letargia, convulsões e dificuldades no aleitamento. O álcool é teratogênico e seus efeitos podem provocar abortamento, restrição do crescimento fetal, retardo mental e malformações. Uso de maconha pode levar a restrição do crescimento fetal e sintomas de abstinência no recém nascido (KEEGAN et al, 2010).

13.2 História reprodutiva anterior

Morte perinatal (BRASIL, 2006). As gestantes com história de morte fetal em gestação anterior merecem cuidados especiais. Observa-se nesse grupo maior incidência de complicações obstétricas, como deslocamento prematuro de placenta, parto prematuro e recém-nascido de baixo peso (FREITAS et al, 2006).

Filho com **crescimento intra-uterino restrito**. Antecedente de recém nascido de baixo peso (<2500g) expõe a gestante ao risco de ter outro recém nascido com baixo peso (FESCINA et al, 2007), sendo o fator de risco mais importante para nascimento de criança com baixo peso (FREITAS et al, 2006).

Nascimento de **bebê prematuro** (entre 20^a e 37^a semana de IG). (BRASIL, 2006)

Malformação (BRASIL, 2006). Malformações podem estar relacionadas a doenças genéticas com risco de recorrência (FREITAS et al, 2006).

Psicose puerperal (NICE, 2010)

Abortamento habitual. A ocorrência de três abortamentos espontâneos consecutivos indica que a gestante apresenta maior chance de ocorrência de um novo evento (vide capítulo 20) (FESCINA et al, 2007).

Esterilidade/infertilidade (BRASIL, 2006). Mulheres com dificuldades para engravidar por alteração anatômica e trompas lesadas como seqüela de doença infecciosa pélvica (DIP) apresentam maior risco para desenvolver gestação ectópica (FREITAS et al, 2006).

Intervalo interpartal < 2 anos ou > 5 anos. Recomenda-se que exista um distanciamento de pelo menos 2 anos entre uma gestação e outra, ou de 6 meses, em caso de abortamento, com a intenção de diminuir resultados adversos maternos, perinatais e neonatais (FESCINA et al, 2007).

Número de filhos. A nuliparidade determina maior risco de pré-eclâmpsia e de dificuldades durante o parto. A multiparidade aumenta o risco de atonia uterina e hemorragia (FESCINA et al, 2007).

Síndrome hemorrágica ou hipertensiva (BRASIL, 2006). As gestantes que apresentaram pré-eclâmpsia (PE) antes da 30ª semana têm maior chance de recorrência em uma próxima gestação. A Síndrome de HELLP ocorre em cerca de 5% das gestações (FREITAS et al, 2006).

Cirurgia uterina anterior (BRASIL, 2006). A presença de cicatrizes uterinas prévias aumenta o risco para ruptura uterina (FREITAS et al, 2006).

Macrossomia fetal. Gestantes com antecedente de macrossomia fetal (peso acima de 4.000-4.500g) têm maior chance de ter um novo feto macrossômico. A macrossomia fetal pode resultar em maior intervencionismo obstétrico, maior mortalidade perinatal (FESCINA et al, 2007) e relaciona-se com a ocorrência de DM gestacional (BRASIL, 2006)

13.3 História da gestação atual

Alterações do crescimento uterino e do volume de líquido amniótico (BRASIL, 2006). Polihidrânio (aumento do volume de líquido amniótico) pode ser observado em gestações complicadas por diabetes, aloimunização RH, síndrome da transfusão feto-fetal e acompanhando várias malformações fetais por ausência ou deficiência de deglutição fetal ou de absorção ao nível do duodeno. Oligoidrânio (redução do volume de líquido amniótico) é comum nas gestações acompanhadas de crescimento intra-uterino restrito, no pós-datismo e nas malformações renais fetais. A ruptura prematura de membranas também pode resultar em oligoidrânio. (FREITAS et al, 2006).

Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada. Na gravidez prolongada, a placenta senil apresenta calcificações e outras alterações responsáveis pela diminuição do aporte nutricional e de oxigênio ao feto, associando-se, dessa forma, ao aumento da morbimortalidade perinatal (BRASIL, 2006).

Ganho de peso inadequado (vide capítulo 6) (BRASIL, 2006).

Pré-eclâmpsia e eclâmpsia (vide capítulo 10) (BRASIL, 2006).

Amniorrexe prematura. Constitui causa de parto prematuro além de aumentar morbidade perinatal e materna pelos riscos de infecção (BRASIL, 2006).

Hemorragias da gestação (vide capítulo 10) (BRASIL, 2006)

Malformações (BRASIL, 2006)

Aloimunização (BRASIL, 2006)

Óbito fetal (BRASIL, 2006)

Gestação múltipla. Na gestação múltipla a mortalidade fetal é 10 vezes maior em relação as gestações com feto único. Existe ainda um alto índice de prematuridade, baixo peso, mortalidade neonatal maior risco de anemia materna, pré-eclâmpsia, hiperemese gravídica, atonia uterina e hemorragia pós-parto (FESCINA et al, 2007).

Diabetes gestacional. O diabetes gestacional está relacionado a índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente pela macrossomia fetal e malformações congênitas (vide capítulo 10) (BRASIL, 2006).

13.4 Intercorrências clínicas crônicas

Cardiopatias; pneumopatias, incluindo asma severa; nefropatias; endocrinopatias, especialmente a DM e os distúrbios da tireóide (hipo e hipertireoidismo); hemopatias, incluindo hemoglobina abaixo de 10; hipertensão, epilepsia, doenças infecciosas, como tuberculose, HIV e hepatites; doenças auto-imunes, especialmente o Lupus; ginecopatias; doença maligna; obesidade (IMC > ou = 30Kg/m²); drogadição e doenças psiquiátricas, são patologias que se relacionam a maior morbi-mortalidade e fazem com que a gestante necessite de cuidados adicionais (BRASIL, 2006, FESCINA et al, 2007; NICE, 2010).

As gestantes com doenças concomitantes frequentemente sentem uma sensação genérica de estar fazendo mal ao bebê. Temem por sua saúde e pela saúde do filho. É importante deixá-las sempre bem informadas sobre a sua patologia, ressaltando a importância do autocuidado para o controle da doença e compreender os sentimentos ambivalentes para ajudá-la a lidar com a realidade diferente daquela desejada (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

13.5 Considerações finais

As situações apresentadas nesse capítulo, se presentes, deverão ser detectadas durante a história e exame físico da gestante na APS. Algumas requerem um acompanhamento cuidadoso, ou seja, que o profissional da APS atente para as complicações que possam ocorrer, outras, entretanto, indicam que a gestante deverá ser encaminhada para serviços de referência (ver capítulo 14).

Independente de estar ou não sendo acompanhada em outro serviço, a gestante precisa manter o vínculo com o seu serviço de APS (BRASIL, 2010), atendendo ao atributo da coordenação da assistência. É importante que o profissional esteja atento para os períodos gestacionais em que as descompensações das patologias sejam mais freqüentes, para que possa redobrar o cuidado nesses períodos. Lembra-se ainda que outros atributos da APS, como primeiro contato, integralidade e longitudinalidade, permitem que muitas dessas situações sejam adequadamente abordadas nas unidades de saúde do SSC.

Referências

SCHWARCZ R , ALTHABE O, BELITZKY R, LANCHARES JL, ALVAREZ R, BERDAGUER P, CAPURRO H, BELIZÁN JM, SABATINO JH, ABUSLEME C, CALDEYRO-BARCIA R. Fetal heart rate patterns in labors with intact and with ruptured membranes. J Perinat Med. 1973;1(3):153-65.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Atencao a Saude. Departamento de Acoes Programaticas Estrategicas. Gestacao de alto risco: manual tecnico / Ministerio da Saude, Secretaria de Atencao a Saude, Departamento de Acoes Programaticas Estrategicas. – 5. ed. – Brasilia : Editora do Ministerio da Saude, 2010.

FESCINA, R. et al. **Saude sexual y reproductiva**: guías para el continuo de atencion de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

FREITAS, F. et al. Rotinas em obstetrícia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). **Health care guideline**: routine prenatal care. Thirteen edition. Bloomington: ICSI, 2009.

KEEGAN, J. et al. Addiction in pregnancy. **Journal of Addictive Diseases**, Binghamton, v. 29, n. 2, p. 175-91, abr. 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care**: routine care for the healthy pregnant woman. London: NICE, jun. 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Pregnant women with complex social factors**: a model for service provision. London: NICE, 2010.

ROBINSON, H. E. et al. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 106, p. 1357-64, 2005.

SARMENTO, R; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais na gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas (Campinas)**, Campinas,; v. 12, n. 3, p. 261-8, jul.-set. 2003.

SPINILLO, A. et al. Risk for spontaneous preterm delivery by combined body mass index and gestational weight gain patterns. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, Stockholm, v. 77, p. 32-6, 1998.

14. O tabagismo e suas peculiaridades na gestação

Rosane Glasenapp

"Eu parei de fumar há 3 meses. Meu marido não, ele continua. Eu fumei dos 12 aos 22 anos (e bastante) - quase 2 carteiras/dia - agora, parei e pronto. Fiz isso por causa do bebê que nasce este mês e por causa da minha filha que teve um princípio de asma"

Gestante hospitalizada no HNSC/GHC

O hábito de fumar foi introduzido na sociedade moderna com a chegada da Revolução Industrial, inicialmente entre os homens e, somente após a década de 50 passou a ser também comum entre as mulheres, fazendo parte de um "estilo de vida" (UTAGAWA et al, 2007). Hoje, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, sendo a principal causa de morte evitável no mundo (WHO, 2009). É reconhecido atualmente como uma dependência química, expondo as pessoas a inúmeras substâncias tóxicas. O tabagismo está classificado no Código Internacional de Doenças no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta – um bilhão e 200 milhões de pessoas – seja fumante; 80% deles - 900 milhões – vivem nos países em desenvolvimento e destes, 27% são mulheres (250 milhões). Cerca de metade dos fumantes morrem precocemente devido a condições associadas ao tabagismo. O cigarro é responsável, atualmente, por mais de 5 milhões de mortes por ano, no mundo e, a estimativa é de que, se os padrões atuais de consumo continuarem inalterados, o cigarro provocará em torno de 8 milhões de mortes/ano, por volta do ano de 2030 (WHO, 2009, s.d.).

Além disso, a OMS estima que 1/3 da população mundial adulta esteja exposta ao tabagismo passivo – conhecido também como poluição tabagística ambiental (PTA) e, que cerca de 40% de todas as crianças também o estão. As crianças por apresentarem a frequência respiratória mais elevada que os adultos, são mais vulneráveis aos efeitos da PTA, principalmente por que muitas já convivem com a fumaça do cigarro desde a vida intra-útero (WHO, 2009; UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2006).

Estudos de metanálise mostram que pessoas expostas cronicamente a PTA tem um risco 30% maior de desenvolver câncer de pulmão e 24% maior de desenvolver doença cardiovascular (DCV), do que os não expostos (CAVALCANTE, 2005).

Presume-se que o tabagismo passivo cause, em torno de 600.000 mortes prematuras por ano, em todo o mundo, sendo 31% em crianças e 64% em mulheres (WHO, 2009).

Essas cifras demonstram a magnitude do problema, pois 2/3 da população mundial sofre os efeitos do tabaco: 1/3 fuma ativamente e 1/3 sofre os efeitos da PTA. Vários estudos mostram que o tabagismo abrevia, em média, 15 anos a vida das pessoas que o usam (WHO, 2009, s.d.).

As mortes provocadas pelo cigarro são maiores que o somatório das mortes provocadas pelo uso de álcool e outras drogas ilícitas, HIV, malária, tuberculose, homicídio, suicídio, acidentes de carro e AIDS (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2009).

No Brasil, embora a prevalência do tabagismo tenha diminuído significativamente de 32%, em 1989, para 15,5%, em 2009, ele ainda é responsável por 200 mil mortes por ano. Porto Alegre continua sendo a capital com a maior prevalência de fumantes no Brasil (22,5%) e Aracaju, a com a menor (8%). Além disso, Porto Alegre é a capital que tem o maior percentual de pessoas que fumam mais do que 20 cigarros por dia (VIGITEL, 2009).

Hoje, mais de 4700 substâncias já foram identificadas na fumaça do cigarro, sendo que mais de 50 delas são carcinogênicas e as restantes, tóxicas (WHO, 2009; DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006). O tabagismo está relacionado com várias doenças: 30% de todos os casos de câncer (cavidade bucal, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias biliares, rins, bexiga, mama, colo de útero, vulva, leucemia mielóide); 90% dos casos de câncer de pulmão; 75% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar; 25% dos casos de cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular, além de inúmeros outros problemas (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

O tabaco, além dos danos diretamente causados por ele, é um fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo (doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral – AVC –, infecção respiratória baixa, doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC –, tuberculose – TB –, Câncer de pulmão, brônquios e traquéia), matando uma pessoa a cada seis segundos, sendo considerado pela OMS como a principal causa de morte evitável em todo o mundo (WHO, 2008, 2009).

Entretanto, apesar de todo o conhecimento científico acumulado nos últimos anos sobre o tabagismo – quer como fator de risco de doenças graves e fatais ou, pela sua própria condição de doença crônica ligada à dependência da nicotina – ele continua ceifando a vida de milhões de pessoas no mundo todo e, embora o consumo de tabaco esteja caindo na maioria dos países desenvolvidos, o seu consumo, nos países em desenvolvimento, vem aumentando, principalmente entre as mulheres mais jovens (WHO, 2009, 2001b).

14.1 O tabagismo na mulher

Até poucas décadas existiam diferenças significativas no padrão e perspectivas no consumo de tabaco entre os gêneros. Desde que o tabagismo foi introduzido na sociedade moderna ele se caracteriza como um comportamento tipicamente masculino. No entanto, com a participação cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, ela passou a ter mais poder dentro da sociedade e, em decorrência disso, passou a ser alvo da publicidade da indústria fumageira, que associa o ato de fumar com a idéia de emancipação e independência (BRASIL, 2004, 2005b).

Além disso, a inserção da mulher no mercado de trabalho e no processo produtivo fez com que ela agregasse à sua vida hábitos – e patologias – antes tipicamente masculinos. O tabagismo é um exemplo disso. E não é só o ato de fumar associado à falsa imagem de independência que traz prejuízos à saúde da mulher. A exposição involuntária à fumaça dos cigarros (tabagismo passivo) em locais públicos, no trabalho ou, até em casa, é fator de risco real entre todas as mulheres não fumantes (LION, s.d.).

Atualmente as principais causas de morte na população feminina são: 1^a) as doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio – IAM – e acidente vascular cerebral – AVC); 2^a) as neoplasias (mama, pulmão e colo de útero) e, em 3^a) as doenças respiratórias. Sabe-se que as três causas estão relacionadas com o tabagismo, sendo que a principal causa de neoplasia em mulheres (câncer de mama) já foi ultrapassado pelo câncer de pulmão em mulheres fumantes em diversos países desenvolvidos (BRASIL, 2010).

Homens e mulheres respondem diferentemente à nicotina e ao tabaco e essas diferenças deveriam ser melhor estudadas. Pesquisas recentes indicam que o tabagismo na mulher é reforçado menos pela nicotina do que pelos fatores não farmacológicos (reforço social, respostas condicionadas, etc.); que a terapia de reposição nicotínica (TRN) pode ser menos efetiva na mulher que no homem e que a fase do ciclo menstrual interfere com a nicotina e com a síndrome de abstinência, fazendo com que seja mais difícil para a mulher parar de fumar, particularmente na fase lútea tardia (SAMET; YOON, 2001).

Conseqüências do tabagismo na saúde da mulher:

Os principais efeitos do tabagismo ativo e passivo na saúde da mulher são:

- aumento do risco de doenças cardiovasculares (DCV): doença coronariana, acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico e hemorragia subaracnoideia. O risco relativo de doença coronariana é maior em mulheres jovens que fumam do que em homens mais velhos e ele aumenta com o número de cigarros fumados e com a duração do tabagismo (SAMET; YOON, 2001);
- esse risco aumenta muito se associado ao uso de anticoncepcionais orais (ACO). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) as mulheres jovens que fumam e usam ACO têm um risco até 10 vezes maior de ter IAM, AVC, trombose venosa profunda, tromboflebite e embolia pulmonar (LION, s.d.; BRASIL, 2010);
- aumento do risco de aterosclerose da carótida, aterosclerose vascular periférica e de morte por ruptura de aneurisma de aorta abdominal (SAMET; YOON, 2001);
- aumento da mortalidade: o tabagismo é responsável por cerca de 40% das mortes por doença coronariana em mulheres com menos de 65 anos e, por 10% das mortes em mulheres com mais de 65 anos (BRASIL, 2010);
- aumento do risco de câncer de pulmão: as mulheres fumantes tem risco maior de desenvolver câncer de pulmão com exposições menores ao tabagismo do que os homens. Fumar dois ou mais maços de cigarros por dia aumenta em 20 vezes a chance de ter câncer de pulmão (BRASIL, 2010; UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, 2004). Em 1950 o câncer de pulmão representava 3% de todas as mortes provocadas por câncer entre as mulheres americanas; hoje, representa 25% (SAMET; YOON, 2001). Desde 1987 o câncer de pulmão tem superado o câncer de mama como a principal causa de morte por câncer entre as mulheres dos Estados Unidos (SAMET; YOON, 2001). Estudos mostram que o tabagismo passivo também aumenta os riscos de câncer de pulmão em mulheres não fumantes (SAMET; YOON, 2001);

- câncer de mama: o risco aumenta com o início precoce do tabagismo, nas nulíparas e nas fumantes de mais de 20 cigarros/dia ou que tenham fumado cumulativamente 20 maços/ano ou mais (LION, s.d.). Outro dado que chama a atenção é que as mulheres fumantes, com câncer de mama e submetidas à radioterapia, apresentam um risco muito maior de desenvolver câncer de pulmão do que as não fumantes (LION, s.d.). Estudos sugerem que o tabagismo passivo também leva ao aumento do risco de desenvolver câncer de mama quando comparado com mulheres não fumantes (LION, s.d.);
- câncer de colo de útero: o risco aumenta com o início precoce do tabagismo (duração) e com o número de cigarros fumados; a sobrevivência de mulheres com câncer de colo uterino e que fumam também está diminuída (LION, s.d; BRASIL, 2005b);
- aumento do risco de outras neoplasias: cavidade bucal, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto fígado e vias biliares, rins, bexiga, vulva, leucemia mielóide (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al, 2010).
- aumento do risco de infertilidade e de retardo na concepção (BRASIL, 2010; UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Center for Disease Control and Prevention, 2004, s.d; AROSO, 2006; BRASIL, 2005b; SAMET; YOON, 2001);
- aumento do risco de menopausa precoce (LION, s.d; BRASIL, 2005b; SAMET; YOON, 2001);
- aumento do risco de dismenorréia (BRASIL, 2005b; SAMET; YOON, 2001);
- diminuição da densidade óssea em mulheres pós menopáusicas, levando à osteoporose (SAMET; YOON, 2001);
- efeitos na gravidez: aborto espontâneo, rotura prematura das membranas, parto prematuro, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta e gravidez tubária (BRASIL, 2010; UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Center for Disease Control and Prevention, 2004, s.d; AROSO, 2006; BRASIL, 2005b; ALEIXO NETO, 1990; SAMET; YOON, 2001);
- efeitos nos filhos de mães que fumam na gravidez: aumenta o risco de natimorto, de morte neonatal, da síndrome da morte súbita infantil, de baixo peso ao nascer (eles têm, em média, 200 a 250 g menos do que um recém nascido de mãe não fumante) e de serem pequenos para a idade gestacional (SAMET; YOON, 2001);
- o aleitamento materno é menos comum e mais curto entre as mulheres fumantes e elas produzem menos leite que as não fumantes (SAMET; YOON, 2001);
- outros efeitos: envelhecimento da pele, psoríase, artrite reumatóide, catarata, úlcera péptica, depressão, doença periodontal, estomatites, leucoplasias, língua pilosa, halitose, diminuição das defesas imunitárias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al, 2010; SAMET; YOON, 2001).

Pesquisas mostram o aumento do tabagismo, principalmente entre as mulheres mais jovens, o que agrava ainda mais o problema, pois a mulher em idade fértil pode engravidar e aí, além da sua exposição pessoal aos malefícios do cigarro, ela expõe o feto ao tabagismo passivo.

14.2 O tabagismo passivo

A inalação da fumaça do tabaco por não fumantes tem sido chamada de tabagismo passivo, involuntário ou de “segunda mão” ou ainda, poluição tabagística ambiental (PTA). A fumaça de “segunda mão” é a fumaça emitida pela ponta acesa dos produtos derivados do tabaco, geralmente combinada com a fumaça exalada pelo fumante. A exposição do feto à fumaça do cigarro – quando a mãe fuma ou quando ela se expõe ao tabagismo passivo – também se constitui em tabagismo involuntário (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2004, 2006).

A OMS estima que 1/3 da população mundial adulta – um bilhão e 200 milhões de pessoas – seja fumante e que cerca de 700 milhões de crianças no mundo (em torno de 40% de todas as crianças) estão expostas ao tabagismo passivo em casa.

As evidências científicas são inequívocas: a exposição ao tabagismo passivo causa desconforto, doenças – incluindo câncer de pulmão – e morte (WHO, 2009). O tabagismo passivo mata cerca de 600.000 pessoas a cada ano, sendo que 64% são mulheres jovens e 31%, crianças (WHO, 2009). Ele já é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo, subsequente, apenas, ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2006).

A fumaça liberada na ponta do cigarro que está “queimando” é 3-4 vezes mais tóxica que a fumaça que é tragada pelo fumante, em função da combustão e das altas temperaturas. Além disso, mais de 50 substâncias carcinogênicas já foram identificadas na “fumaça de segunda mão” (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2006; WHO, 2009).

As mulheres cujos parceiros fumam apresentam aumento da incidência de câncer de pulmão (de 20% a 30%) e do risco de desenvolverem doença coronariana (25% a 30%). As evidências também são sugestivas – mas não suficientes – para inferir uma relação causal entre o tabagismo passivo e o câncer de mama, bem como entre aquele e o acidente vascular cerebral (AVC) (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2006).

As gestantes expostas ao tabagismo passivo têm aumentado em 30% o risco de parto prematuro e em 20% a incidência de recém nascido com baixo peso. Estes, expostos ao tabagismo passivo (intra-útero ou após o nascimento) apresentam um risco até 3 vezes maior de ter síndrome da morte súbita infantil.

Entre as crianças expostas ao tabagismo involuntário há um aumento de 50% a 100% das doenças respiratórias (pneumonia, tosse crônica, falta de ar, asma), diminuição do crescimento e função pulmonar, alta incidência de infecções de ouvido e aumento das anormalidades do desenvolvimento e problemas comportamentais (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2006; WHO, 2009).

Também há evidências sugestivas – mas não suficientes – para inferir que existe uma relação causal entre a exposição ao tabagismo passivo no pré e no pós-natal e leucemias, linfomas e tumores cerebrais na infância (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2006).

A OMS adverte que não há nível seguro de exposição ao tabagismo passivo e recomenda, para diminuição do problema, a eliminação do fumo nos espaços públicos fechados, através da implantação dos “ambientes 100% livres de cigarro” (WHO, 2009).

O Brasil deu um importante passo nesse sentido ao criar a Lei 9.294/96, que proíbe fumar em ambientes públicos fechados, porém, devido à falta de maior consciência sobre os reais danos do tabagismo passivo e devido à falta de fiscalização, infelizmente, em muitos locais essa lei ainda não é cumprida. (CAVALCANTE, 2005).

O problema se agrava porque as crianças e os fetos – grupo mais suscetível ao tabagismo passivo – está diariamente exposto à “fumaça de segunda mão” dentro de suas próprias casas.

Considerando que há um grande número de gestantes que tem algum familiar fumando ao seu redor, é imprescindível identificá-las para que a intervenção para a cessação do tabagismo envolva seus familiares e, principalmente, seu parceiro, minimizando os malefícios sobre o binômio mãe-feto. As dificuldades crescem porque os parceiros fumantes não são, em geral, conscientes que seu tabagismo implica riscos à gestante, ao feto e às crianças ao seu redor (PALMA et al, 2007).

Segundo o NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) as intervenções usadas para o tratamento dos fumantes em geral não são efetivas com os fumantes que vivem em torno da gestante. Recomendam que se fale claramente sobre os perigos da fumaça do cigarro fumado por outras pessoas sobre a mãe e sobre o bebê, antes e depois do nascimento, orientando que não se fume dentro de casa nem no carro e se ofereça ajuda para parar de fumar, falando de todos os recursos, sem favorecer um método em detrimento dos outros (NICE, 2010).

14.3 O tabagismo na gestação

Os dados da literatura mundial tornam inequívocos os malefícios do tabagismo sobre a saúde fetal, a materna, bem como para o desenvolvimento da própria gestação (HALAL et al, 1993; COLEMAN; BRITTON; THORNTON, 2004). O tabagismo antes e durante a gestação é a principal causa evitável de doença e morte entre gestantes e crianças (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2007; MELVIN, 2003). As mulheres que param de fumar antes de engravidar ou logo que sabem estar grávidas diminuem significativamente os riscos dos efeitos danosos do fumo.

A literatura mundial mostra que a prevalência do tabagismo na gestação, embora venha diminuindo nas últimas décadas, ainda é alta, variando entre 12% a quase 40% das mulheres grávidas. Estudo realizado em 2002, na Cantabria (Espanha), revelou um decréscimo importante dessas cifras em apenas 4 anos, onde as taxas caíram de 53.6% (em 1998) para 39.4% (em 2002), permanecendo, entretanto, como uma das mais altas da União Européia (PALMA et al, 2007).

No Reino Unido, 1/4 das gestantes fuma (COLEMAN; BRITTON; THORNTON, 2004). Estudos mostram que as mulheres inglesas com menos de 20 anos de idade tem cinco vezes mais probabilidade de fumar durante a gestação, do que aquelas com mais de 35 anos (45% e 9%, respectivamente). Além disso, o fumo na gestação é mais freqüente entre as mulheres solteiras e aquelas cujo parceiro também fuma (NICE, 2010).

Nos Estados Unidos também houve uma queda na prevalência do tabagismo na gestação, caindo de 20%, em 1989 para 12% em 2000 (REIS et al, 2005).

Estudo randomizado, controlado e multicêntrico envolvendo as cidades de Rosário (Argentina), México (México), Havana (Cuba) e Pelotas (Brasil) mostrou que as gestantes sem escolaridade formal apresentam prevalência quase 80% superior àquelas com nove ou mais anos de estudo. (HALAL et al, 1993). O mesmo estudo demonstrou que o tabagismo é mais freqüente entre as gestantes cujo

companheiro fuma e entre aquelas cujas mães também são fumantes. Àquelas cuja renda familiar era maior que dois salários mínimos tinham uma probabilidade 64% maior de abandonar o tabagismo, quando comparadas com as mais pobres.

Na Inglaterra 38% das gestantes (quase 4 em cada 10), convivem em casa, com, no mínimo um fumante, durante a sua gestação, sofrendo – ela e o bebê - os efeitos do tabagismo passivo (NICE, 2010). A pesquisa mostra que somente um pequeno número das gestantes recebe ajuda para parar de fumar durante a gestação, pois os profissionais têm medo de que a abordagem desse tema interfira na relação médico-paciente. As gestantes que foram orientadas a *parar* de fumar obtiveram taxas de cessação efetivamente maiores (38%) do que aquelas que foram orientadas apenas a *diminuir* o número de cigarros (8%). A recomendação, portanto, é que sempre se oriente as gestantes a *pararem* com o tabagismo e não apenas a reduzirem o número de cigarros (NICE, 2010).

No Brasil, a prevalência do tabagismo na gestação – assim como na população em geral – têm diminuído nos últimos anos. Em uma revisão da literatura nacional, verificou-se que a prevalência no início da gravidez caiu de 40,8%, em 1993, para 21,1%, em 2005, decaindo ao longo da gestação, para 27% e 14,2%, respectivamente, mostrando o quanto a gravidez em si, pode ser fator motivacional para o abandono do tabagismo (REIS et al, 2005).

Outro estudo brasileiro que avaliou mais de 5.500 gestantes em seis capitais do Brasil, no período de 1991 a 1995, mostrou que Porto Alegre é a que apresenta a maior freqüência de gestantes ex-fumantes (24%) e de fumantes (31,9%), bem como a menor freqüência de não fumantes (44,1%).

Além disso, Porto Alegre é a capital que possui mulheres com o maior número de filhos e o percentual mais elevado para baixa escolaridade, que são fatores de risco associados ao tabagismo (KROEFF et al, 2004; REIS et al, 2005; NICE, 2010). A menor freqüência de ex-fumantes foi encontrada no Rio de Janeiro (18%) e a de fumantes, em Manaus (7,2%) seguida por Salvador (9,2%) (KROEFF et al, 2004).

Recente estudo realizado em Porto Alegre incluindo 718 puérperas encontrou um percentual de 23% de fumantes ativas (GALÃO et al, 2009).

Entretanto, um dos grandes problemas enfrentados ao se estudar a prevalência do tabagismo na gestação refere-se ao fato de que a informação obtida pelos pesquisadores é fornecida pela própria gestante e, sabemos que muitas se sentem constrangidas diante da forte pressão social para parar com o tabagismo e omitem dados a respeito do seu hábito tabágico. Assim, algumas vezes é necessário validar as informações recebidas para assegurar a qualidade científica dos estudos (REIS et al, 2005; LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Essa informação pode ser confirmada através da análise dos níveis séricos da cotinina e do monóxido de carbono no ar exalado (COEX), cada qual com suas características próprias. Na maior parte dos indivíduos, 70 a 80% da nicotina é metabolizada no fígado, por hidroxilação, em cotinina, que pode ser detectada no sangue, saliva e urina de fumantes e também, na urina de lactentes cujas mães são fumantes, o que também comprova que o tabagismo passivo afeta as crianças (REIS et al, 2005).

Caso o objetivo seja definir o perfil tabágico da gestante (diferenciação entre fumantes e não fumantes), a dosagem da cotinina é o método de eleição, apesar de todas as dificuldades técnicas e de custo. Se o objetivo é ter um método rápido que comprove a alteração no número de cigarros

consumidos ou aumentar a motivação para mudança de comportamento e avaliar o tabagismo passivo, a mensuração do COEX deve ser preferida (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Sabemos, entretanto, que adotar esse exame rotineiramente nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), encareceria muito o custo do pré-natal, tornando-se inexequível. Acredita-se que para se obter uma informação fidedigna de que a gestante fuma, basta estabelecer uma boa relação médico-paciente, através de um clima de confiança e de respeito que permita abordar o assunto com franqueza.

Os principais **fatores de risco para o tabagismo na gravidez** são (HALAL et al, 1993; HORTA et al, 1997; COLEMAN; BRITTON; THORNTON, 2004; KROEFF et al, 2004; REIS et al, 2005; PALMA et al, 2007; UTAGAWA et al, 2007; GALÃO et al, 2009; MACHADO; LOPES, 2009; NICE, 2010):

- ser jovem;
- ter baixo nível socioeconômico;
- ter baixa escolaridade;
- maior número de gestações prévias;
- estar solteira ou separada;
- ter companheiro que fuma;
- ter mãe que fuma;
- não fazer pré-natal.

14.3.1 Complicações do tabagismo na gestação

O tabagismo na gestação é particularmente danoso, já que não afeta só a fumante em si, mas a evolução da gravidez e o desenvolvimento da criança – antes e depois do nascimento.

As principais complicações maternas são (ALEIXO NETO, 1990; MELVIN et al, 2003; UNITED STATES. Department of Health and Human Services, s.d., 2004, 2006, 2007; REIS et al, 2005; BRASIL, 2005b, 2010; AROSO, 2006; NICE, 2008, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA 2010; BARCLAY; LIE, 2010):

- gravidez ectópica;
- abortamento;
- ruptura prematura da bolsa;
- parto prematuro;
- descolamento prematuro da placenta;
- placenta prévia.

As complicações no feto manifestam-se de diferentes formas, desde o aumento da frequência cardíaca até baixo peso ao nascer (BPN), malformações congênitas, alterações importantes no desenvolvimento do sistema nervoso fetal e aumento da natimortalidade. Bebês que nascem de mães fumantes tem 3 a 4 vezes mais chance de morrer da síndrome da morte súbita infantil, enquanto que os filhos de fumantes passivas tem 2 vezes esse risco aumentado quando comparados com àqueles nascidos de mães não fumantes (ALEIXO NETO, 1990; MELVIN, 2003; UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2006, 2007; NICE, 2010).

O tabagismo na gestação ainda provoca aumento do risco da mortalidade na infância (40%), maior propensão a infecções do trato respiratório, asma, problemas de ouvido, nariz e garganta, além do

aumento de problemas psicológicos, como problemas de comportamento, déficit de atenção e hiperatividade (NICE, 2010; REIS, 2005).

A despeito disso, poucas são as estratégias de intervenção no tabagismo específicas para esse ciclo da vida da mulher. A abordagem do tabagismo na gestação – quando ocorre – é genérica, não utilizando intervenções específicas (abordagem do tabagismo em grupos de gestantes, por exemplo) nem material (como folhetos, *folders*) alertando sobre os perigos do hábito de fumar durante a gestação (REIS et al, 2005).

A gestação é uma ocasião especial para a promoção da cessação do tabagismo, pois a preocupação com a saúde do feto gera uma motivação extraordinária na gestante. Os resultados e a relação custo-efetividade das intervenções são melhores neste grupo do que na população em geral, pois os ganhos extrapolam os benefícios à saúde da mulher, atingindo também o feto (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

O tabagismo durante a gestação é, ao lado da desnutrição materna e da falta de assistência pré-natal, a principal causa de BPN nos países em desenvolvimento. Já nos países desenvolvidos, é a primeira causa isolada (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Estimativas econômicas indicam que os custos com as complicações perinatais são 66% maiores nos casos de mães que fumaram durante a gravidez quando comparadas com mães não fumantes. Isto se deve em grande parte às complicações fetais, como BPN, segundo a OMS, o fator isolado mais importante de morbimortalidade infantil (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

O fumo na gestação eleva em 20% o risco de assistência em UTI neonatal, e o tempo de permanência e os gastos com estas crianças na UTI neonatal são maiores do que aqueles cujas mães não fumaram durante a gravidez. A manutenção do hábito de fumar durante o primeiro ano de vida da criança agrava os prejuízos respiratórios, neurológicos e psicomotores que se iniciaram ainda intra-útero, avolumando os gastos com assistência médica dos filhos de fumantes (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Os programas de prevenção e tratamento do tabagismo apresentam a melhor relação custo-benefício dentre todas as estratégias de promoção de saúde, e têm o maior impacto sobre a expectativa de vida do ser humano, se comparados a qualquer outra ação preventiva isolada (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

O Banco Mundial assegura que investir no controle do tabagismo é altamente rentável, sobretudo para os países em desenvolvimento. Na gestação essa relação custo-benefício fica maximizada, pois os benefícios gerados pela cessação não se resumem à saúde da gestante, mas também do feto e de sua família.

E embora os maiores benefícios para o desenvolvimento fetal ocorram se a cessação do tabagismo se fizer ainda no início da gestação, a interrupção do hábito, em qualquer momento da gravidez, ou mesmo no pós-natal, tem significativo impacto na saúde da família (LEOPÉRCIO & GIGLIOTTI, 2004).

14.3.2 Toxicidade de alguns elementos do tabaco na gestante e bebê

Das mais de 4700 substâncias presentes na fumaça do cigarro, as que mais interferem na evolução da gravidez são a nicotina e o monóxido de carbono.

NICOTINA

A nicotina age no sistema cardiovascular da gestante provocando a liberação de catecolaminas na circulação materna e, como consequência, ocorre taquicardia, aumento transitório da pressão arterial, vasoconstrição periférica e redução do fluxo sanguíneo placentário, levando a má oxigenação e nutrição do feto, que contribui para o retardo do seu crescimento e, conseqüentemente, para o nascimento de crianças de baixo peso (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004; MOTTA, 2008; MACHADO; LOPES, 2009).

Pesquisas demonstram que o déficit no peso dos conceptos nascidos de mães fumantes está relacionado com o número de cigarros consumidos. Para mães que fumam até cinco cigarros/dia, o déficit médio é de 111 g; para mães que fumam de seis a dez cigarros/dia, o déficit médio é de 175 g e para aquelas que fumam mais de dez cigarros/dia a perda média é de 236 g. Para cada cigarro adicional por dia fumado no terceiro trimestre houve uma redução de 27 g no peso do concepto. As placentas de fumantes também apresentam aumento de calcificações – o que também está associado a recém-nascidos abaixo do percentil 10 de crescimento, com conseqüente alteração de morbidade e mortalidade neonatais (GALÃO et al, 2009).

O baixo peso, além dos outros problemas, parece estar diretamente relacionado a desordens neurológicas, como déficit de atenção e hiperatividade (GALÃO et al, 2009).

A perda de peso no concepto de mães fumantes passivas também foi observada, havendo uma redução média de 79 g quando comparados ao peso de recém nascidos de mães não fumantes (GALÃO et al, 2009).

O acúmulo de cotinina na circulação fetal, metabólito da nicotina, pode contribuir para a indução do trabalho de parto prematuro e o aborto espontâneo (MOTTA, 2008).

Além disso, a concentração de nicotina no sangue fetal, no líquido amniótico e no leite materno potencializa as conseqüências sobre o feto e as crianças de mães fumantes (UNITED STATES. Preventive Services Task Force, 2009).

A exposição à nicotina também está relacionada a alterações da cognição e do desenvolvimento psicomotor no bebê. Tal exposição nos períodos pré e perinatal tem sido relacionada a alterações da cognição e do desenvolvimento psico-motor. Estes efeitos parecem ser secundários a neurotoxicidade da nicotina, que interage com os receptores nicotínicos colinérgicos em fase precoce e inadequada durante a gestação, prejudicando a neurogênese e a sinaptogênese (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

A síndrome da morte súbita no nenê tem inúmeras causas, mas se sabe que o fumo durante a gravidez aumenta a sua ocorrência. Uma das hipóteses para explicar essa relação é que a exposição prolongada da medula adrenal do feto à nicotina leva à perda de sua capacidade de responder reflexamente à hipóxia (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

O tabagismo materno está associado ao maior risco de desenvolvimento de leucemia na infância, devido ao fato da fumaça do tabaco conter mais de 60 componentes cancerígenos (MACHADO; LOPES, 2009).

Gilliland et al.(2000, apud LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004) mostraram que a exposição fetal aos compostos do tabaco compromete o crescimento dos pulmões e leva à redução das pequenas vias aéreas, implicando em alterações funcionais respiratórias na infância, que persistem ao longo da vida. O desenvolvimento pulmonar modificado pode estar associado ao aumento do risco futuro de DPOC, asma, câncer de pulmão e doenças cardiovasculares.

Assim como a nicotina atravessa a barreira placentária e se concentra no líquido amniótico, ela também se concentra no leite materno, prejudicando o recém-nascido. Além disso, a nicotina inibe a secreção da prolactina, levando a uma diminuição do leite excretado (MACHADO; LOPES, 2009).

Ademais, a nicotina também é broncoconstritora e é a substância responsável pela dependência ao tabaco (BRASIL, 1997).

MONÓXIDO DE CARBONO

O monóxido de carbono (CO) é um gás venenoso produzido pela combustão incompleta de matéria orgânica. O CO liga-se à hemoglobina materna e fetal no sítio onde se deveria ligar o oxigênio, porém, com afinidade 200 vezes maior que este, resultando na carboxihemoglobina (COHb).

A hemoglobina fetal tem uma ligação com o CO mais forte que a hemoglobina materna, resultando em níveis de COHb mais elevados na circulação fetal, o que provoca hipóxia tecidual e também pode contribuir para o déficit de crescimento fetal. Além disso, a hipóxia estimula a eritropoiese, causando uma elevação do hematócrito da gestante fumante e de seu feto (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004; MACHADO; LOPES, 2009). Essa hiperviscosidade sangüínea aumenta o risco de infarto cerebral no neonato e mau desempenho da placenta. O CO também altera a curva de dissociação da oxihemoglobina, prejudicando a oxigenação dos tecidos (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

No sistema nervoso do feto, o CO tem ação de uma potente toxina, e pode causar lesões neurológicas temporárias e/ou permanentes. No sistema cardiovascular, provoca elevação da frequência cardíaca e hipertrofia miocárdica (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

TOXICIDADE DE OUTROS COMPOSTOS DO CIGARRO

O tabagismo leva ao comprometimento do sistema imunológico, com diminuição da capacidade fagocitária dos macrófagos e alteração dos níveis de IgA nas mucosas, o que pode explicar o maior risco das gestantes fumantes abortarem. A ruptura prematura das membranas seria subsequente a rupturas focais, por sua vez secundárias a infecções locais facilitadas pela toxicidade do fumo (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004; MACHADO; LOPES, 2009).

Outra causa importante de ruptura prematura das membranas e abortamento nas fumantes refere-se à redução de 50% na concentração de ácido ascórbico no líquido amniótico dessas gestantes, em comparação às não-fumantes. A vitamina C, além de ter papel significativo nas defesas imunológicas, é imprescindível na formação do colágeno que compõe a membrana amniocoriônica (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Ademais, o transporte de aminoácidos pela placenta está reduzido nas fumantes, o que interfere na síntese proteica e contribui para o mau desenvolvimento da membrana amniocoriônica.

Outro fator responsável pelo aumento de abortamentos em fumantes é a redução da síntese placentária de óxido nítrico, um potente relaxante do miométrio.

O fator de ativação das plaquetas está envolvido no início e na manutenção do trabalho de parto, através da síntese de prostaglandinas. O tabagismo reduz a inativação desse fator, podendo provocar contração uterina e parto prematuro (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

O hábito de fumar pode provocar deficiência na absorção de vitamina B12, uma vez que o ácido cianídrico contido no cigarro, reduz os seus níveis. A deficiência de vitamina B12 também pode levar ao

parto prematuro, redução na eritropoiese e leucopoiese, acarretando anemia, alterações no sistema nervoso e prejuízos no crescimento fetal (MACHADO; LOPES, 2009).

Os efeitos teratogênicos do tabaco ainda são discutíveis e permanecem em estudo (MACHADO; LOPES, 2009).

14.3.3 Tratamento do tabagismo nas gestantes

O melhor tratamento é a prevenção: investir na educação, esclarecendo e difundindo os malefícios do cigarro, principalmente entre as adolescentes, de forma a evitar que as mesmas iniciem esse hábito, já que a indústria do tabaco tem se dirigido especialmente aos jovens e às mulheres para vender seu produto.

Na realidade, toda mulher em idade fértil, antes mesmo de pensar em engravidar, deveria ser abordada pelo profissional de saúde, no sentido de alertar sobre os perigos do tabagismo – ativo e passivo – na gestação (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004; MACHADO; LOPES, 2009). Tal abordagem deveria, também, ser estendida aos parceiros, uma vez que ter um companheiro fumante é fator preditivo de insucesso para a cessação do tabagismo (MACHADO; LOPES, 2009).

A gravidez é um grande motivador para as mulheres que fumam e quase metade das gestantes americanas (46%) param de fumar imediatamente antes de engravidar ou durante a gestação. As evidências mostram que essas taxas aumentam quando é oferecido aconselhamento específico para a fumante gestante, além de suporte social (BARCLAY; LIE, 2010).

O tratamento da gestante fumante – como de resto dos fumantes em geral – tem como eixo fundamental a terapia cognitivo-comportamental (TCC), cuja finalidade é detectar situações de risco para o tabagismo e desenvolver estratégias de enfrentamento, de forma que a gestante fumante possa aprender a lidar com as situações e escapar do ciclo vicioso da dependência (BRASIL, 2001).

A estratégia para a cessação do tabagismo na gestação que parece ser efetiva é a de sessões breves (até 15 minutos) de aconselhamento, feito por profissionais treinados, com material educativo dirigido especificamente para gestantes, além de suporte social (rede de amigos, familiares, linha telefônica “pare de fumar” que oferece informações, suporte e aconselhamento durante 24 horas por dia) (UNITED STATES. Preventive Services Task Force, 2009; BARCLAY; LIE, 2010).

A abordagem breve consiste na aplicação dos cinco “A”s (“ask, advise, assess, assist and arrange”) ou “cinco passos”: “pergunte”, “aconselhe”, “avalie”, “auxilie” e “organize” e deve ser oferecida por todos os profissionais de saúde que, em suas consultas de rotina, atendem as gestantes, pois essa intervenção aumenta as taxas de cessação do tabagismo na gestação (MELVIN, 2000 [A]; FIORE et al, 2008, 2008b; [A]; UNITED STATES. Preventive Services Task Force, 2009).

14.3.3.1 Abordagem cognitivo-comportamental na consulta individual: os cinco passos

Passo 1 - Pergunte à paciente sobre seu “estado tabágico”:

- se ela nunca fumou ou fumou menos de 100 cigarros em sua vida;
- se ela parou de fumar antes de descobrir que estava grávida e não está fumando agora;
- se ela parou de fumar depois que descobriu que estava grávida e não está fumando agora;
- se ela ainda fuma agora, mas diminuiu o número de cigarros desde que descobriu que estava grávida;
- se ela fuma regularmente, da mesma forma que fumava antes de engravidar.

Se ela respondeu a segunda ou terceira opção, o profissional deverá reforçar a sua decisão de parar, parabenizá-la pelo sucesso e encorajá-la a manter-se afastada do cigarro.

Se ela respondeu a quarta ou a quinta opção, deve ser identificada como “fumante” no prontuário e na carteira de gestante e proceder aos passos seguintes.

Passo 2 - Aconselhe: ofereça conselhos claros sobre o impacto do tabagismo na saúde da mãe, do feto e no desenvolvimento da própria gravidez, bem como os benefícios da cessação do tabagismo. O anexo 7 apresenta uma listagem resumida dos prejuízos a saúde com o tabagismo ativo ou passivo.

As mulheres que param de fumar antes de engravidar ou durante os primeiros quatro meses da gravidez apresentam os mesmos riscos de ter um bebê de baixo peso do que àquelas que nunca fumaram (MELVIN, 2000) [A].

Passo 3 - Avalie a disposição da gestante em parar de fumar nos próximos 30 dias. Uma abordagem sugerida é dizer: “parar de fumar é uma das coisas mais importantes que você pode fazer para a sua saúde e a do seu bebê. Se nós pudermos ajudar, você está disposta a tentar?” (MELVIN, 2000)

Se ela não está disposta a parar, no momento, deve-se retomar os passos nas consultas seguintes e oferecer material de auto-ajuda. Se ela está disposta a parar, procede-se ao passo seguinte.

Passo 4 - Auxilie

- forneça material para cessação do tabagismo específico para gestantes. As taxas de cessação do tabagismo dobram quando se associa ao aconselhamento breve, o fornecimento de materiais (manuais) específicos sobre o tabagismo na gestação (MELVIN, 2000) [A].
- sugira e encoraje o uso do método de identificar situações perigosas e desenvolver habilidades para enfrentá-las, prevenindo recaídas e aprendendo a manejar com o estresse;
- forneça suporte social como parte do tratamento.

Passo 5 - Organize o acompanhamento (*follow-up*) e suporte subsequente. Avalie periodicamente o “estado tabágico” a cada nova consulta do pré-natal e, se a gestante continua fumando, encoraje, sistematicamente, a cessação.

Estudos de metanálise revelaram que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo (FIORE et al, 2008, 2008b; GORIN; HECK 2004) [A]. Um dos estudos mostrou uma taxa estimada de abstinência de 10,9% caso o fumante tente parar de fumar sozinho contra 13,4% se ele for submetido a um aconselhamento mínimo (< 3 minutos), 16% a um aconselhamento entre 3 a 10 minutos, e 22,1% se ele sofrer um aconselhamento intensivo (>10 minutos) (FIORE et al, 2008) [A].

Uma meta-análise envolvendo 29 estudos que comparam os resultados dos aconselhamentos dados por médicos com os dados por outros profissionais (dentistas, enfermeiros, psicólogos), mostrou que as taxas de cessação entre os dois grupos foram muito semelhantes (15.8% para os que sofreram intervenção dos profissionais que não são médicos e 19.9% para os que sofreram intervenção médica). Para o autor ambas intervenções apresentam efetividade similar no aconselhamento para cessação do tabagismo (FIORE et al, 2008, 2008b) [A].

Outro estudo de meta-análise, envolvendo 37 ensaios clínicos randomizados, também comparando a eficácia do aconselhamento oferecido por médicos, enfermeiros, dentistas de uma equipe multiprofissional, mostrou – numa análise univariada - que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo. Porém, análise multivariada revelou que as intervenções fornecidas por médicos foram mais efetivas que as promovidas pelos outros membros da equipe multiprofissional (GORI, HECK, 2004) [A].

Existem outras formas utilizadas para auxiliar na cessação do tabagismo, além do aconselhamento (mínimo ou intensivo), quer seja de forma individual ou em grupo, desde material de auto-ajuda, folhetos, manuais até aconselhamento telefônico (reativo ou pró-ativo).

Estudos de meta-análise, entretanto, mostram que a utilização de material de auto-ajuda apresenta uma baixa efetividade em termos de cessação do tabagismo, quando comparada com outras formas de cessação (FIORE et al, 2008, 2008b) [A]. Esses materiais de auto-ajuda, entretanto, são tão mais eficientes quanto mais forem especificamente orientados para o público-alvo. Daí a importância de as ações públicas e privadas de controle do tabagismo preverem programas e materiais individualizados para as gestantes. O que fica claro nestes estudos é que quanto mais intensiva a abordagem, maior será a taxa de sucesso (FIORE et al, 2008, 2008b) [A]. A abordagem intensiva (> 10-15 min) pode ser realizada tanto de forma individual quanto em grupo. Apesar de alguns estudos apontarem para um discreto aumento na taxa de cessação da abordagem individual sobre a de grupo (16,8% contra 13,9%) (FIORE et al, 2008, 2008b) [A], pode-se afirmar que tanto uma quanto a outra são efetivas e devem ser utilizadas dependendo de cada caso. (LANCASTER; STEAD, 2008; STEAD; LANCASTER, 2008) [A].

14.3.3.2 Abordagem cognitivo-comportamental em grupos

A abordagem cognitivo-comportamental é a base do tratamento para quem deseja parar de fumar, integrando técnicas e conceitos oriundos de duas abordagens terapêuticas: a cognitiva e a comportamental.

A terapia cognitiva dá ênfase aos pensamentos do indivíduo e a forma como este interpreta o mundo, pois afirma que a interpretação de uma situação (e não ela, em si), influencia as respostas emocional, comportamental e fisiológica subseqüentes. Preconiza que mudanças nas formas disfuncionais do pensamento, levam a mudanças de comportamento (BECK, 1997). Dessa forma, se queremos mudar um comportamento (ato de fumar), devemos, inicialmente, identificar os pensamentos disfuncionais e as crenças, associados a esse ato, para conseguirmos modificar esse comportamento.

A abordagem em grupo permite que um número maior de pessoas sejam tratadas pelo mesmo profissional, o que pode torná-la, em termos de saúde pública, mais custo-efetiva em relação à abordagem individual. Elas podem trocar suas experiências e relatar os benefícios do apoio mútuo entre os integrantes do grupo. Porém, não existem evidências suficientes para avaliar se a abordagem em grupo é mais efetiva ou custo-efetiva, do que a abordagem individual intensiva (LANCASTER, 2008) [A]. Em relação ao tempo de abordagem, conclui-se que uma abordagem intensiva de 90 minutos é o ideal. Não há evidências que mais tempo aumente substancialmente as taxas de cessação do tabagismo (FIORE et al, 2008, 2008b [A]; UNITED STATES. Preventive Services Task Force, 2009). Quanto ao número de sessões, as evidências sugerem uma forte dose-resposta entre o número de sessões e a

efetividade do tratamento, sendo o mínimo de quatro sessões para que se obtenha um resultado satisfatório (FIORE et al, 2008, 2008b) [A].

O Programa de Controle do Tabagismo do Serviço de Saúde Comunitária apóia-se no Programa Nacional de Controle do Tabagismo do INCA/MS e trabalha o problema do tabagismo na população em geral, através da abordagem cognitivo-comportamental em grupos de tabagistas, não apresentando, até o presente momento, uma proposta de trabalho específica para as fumantes gestantes, embora reconheça a relevância do problema.

14.3.3.3 Tratamento farmacológico

A abordagem cognitivo-comportamental, juntamente com a farmacoterapia são os métodos mais eficazes para a cessação do tabagismo na população em geral (BRASIL, 2001[D], LANCASTER; STEAD, 2008) [A]. Estudos de metanálise demonstraram que a combinação do aconselhamento com o uso de medicação é mais efetiva do que a utilização de um dos dois isoladamente, (FIORE et al, 2008, 2008b) [A] sendo que a adição da farmacoterapia praticamente dobra as taxas de cessação do tabagismo obtidas com a TCC (COLEMAN; BRITTON; THORNTON, 2004).

As drogas disponíveis para o tratamento do tabagismo na população em geral dividem-se entre as terapias de reposição nicotínica (TRN) – goma de mascar, adesivos, pastilhas e spray (este, não disponível no Brasil) – e, as não nicotínicas – bupropiona, vareniclina, nortriptilina e a clonidina.

Entretanto, essas medicações têm uso restrito na gestante, uma vez que as evidências, até a presente data, são insuficientes a respeito da segurança e eficácia das mesmas (UNITED STATES. Preventive Services Task Force, 2009; NICE, 2010).

Estudo de meta-análise encontrou três estudos randomizados controlados que utilizaram TRN em tabagistas gestantes (FIORE et al, 2008). Dois deles não demonstraram diferenças significativas nas taxas de cessação do tabagismo entre as gestantes que receberam adesivos de nicotina e as que não receberam essa medicação. O terceiro estudo foi suspenso antes do tempo previsto devido a sérios efeitos adversos, principalmente parto prematuro, que ocorreram no grupo de gestantes que receberam TRN. Nesse estudo as mulheres grávidas foram randomizadas em dois grupos: um recebeu apenas TCC e o outro recebeu TCC mais TRN e os resultados mostraram que as mulheres deste último grupo tinham quase três vezes mais chance de parar de fumar durante a gestação, porém os efeitos adversos ocorreram em 30% do grupo que recebeu TRN contra 17% do que não recebeu (POLLAK et al, 2007) [A]. O estudo foi suspenso, embora não tenha ficado claro se os efeitos adversos foram consequência do uso de TRN.

O tema é controverso e as opiniões variam bastante.

O NICE (2010) recomenda que se utilize sempre a abordagem cognitivo-comportamental, deixando a TRN somente para aquelas gestantes que não aceitam o método ou, quando este falha e, mesmo assim, somente após discutir os riscos e benefícios da mesma com a paciente. Orientam prescrever a medicação semanalmente, após certificar-se que ela realmente parou de fumar, recomendando que aquelas que preferirem os adesivos de nicotina, o removam antes de dormir (NICE, 2008, 2010).

Melvin (2003) também sugere que a farmacoterapia somente seja usada em gestantes que não conseguiram parar com o tabagismo através da TCC e somente depois de analisar os riscos e benefícios

da terapia, comparados com os riscos de continuar fumando. Se a TRN for escolhida, o autor ainda recomenda que se dê preferência pelas medicações de liberação intermitente de nicotina (como a goma ou a pastilha, por exemplo) ao invés daquelas com liberação contínua (como os adesivos).

A nicotina, na gestante, é metabolizada mais rapidamente. Desse modo, teoricamente, as gestantes que fumam, tendem a fumar mais, para manter a concentração sérica da nicotina, o que contribui para o aumento dos danos. Isso também pode reduzir a eficácia da TRN nas doses usuais, fazendo com que altas doses de TRN sejam necessárias na gestante fumante (COLEMAN; BRITTON; THORNTON, 2004).

Sabe-se que os adesivos e a goma de nicotina podem causar aumento da pressão sanguínea e do ritmo cardíaco materno, bem como do ritmo cardíaco fetal, mas essas alterações são menos pronunciadas que às provocadas pelo tabagismo (COLEMAN; BRITTON; THORNTON, 2004).

Nesse sentido, outros autores também defendem a idéia de que nos casos onde a gestante não for capaz de interromper o tabagismo apenas com o auxílio de intervenções que não sejam farmacológicas, deve-se considerar o uso de TRN, uma vez que este tipo de terapia adjuvante dobra a taxa de cessação, aumentando a chance da mãe e do feto serem poupados das 4700 substâncias contidas no cigarro além da nicotina, especialmente do monóxido de carbono, que os autores consideram ser o composto de maior toxicidade do tabaco. Reforçam, nesse caso, que é importante oferecer os produtos de TRN de curta ação, como as gomas e as pastilhas. Caso a gestante tenha muita náusea e/ou prefira usar os adesivos, elas devem ser orientadas a retirá-los à noite, para dormir (ONCKEN, 1997; WISBORG et al, 2000; ILLETT et al, 2003; BENOWITZ; DEMPSEY, 2004, COLEMAN; BRITTON; THORNTON, 2004; ASH, 2005).

Dempsey e Benowitz (2001) dizem que os estudos sobre os efeitos agudos da TRN nas gestantes indicam que a nicotina sozinha, tem um efeito mínimo sobre os sistemas cardiovasculares da mãe e do feto, sugerindo que todos os danos provocados pelo tabagismo decorrem de um efeito cumulativo das centenas de toxinas presentes no cigarro. Assim, recomendam que a TRN seja utilizada nas gestantes fumantes, por ser menos nociva que o tabagismo em si e, sugerem que a dose inicial seja similar à dose de nicotina correspondente ao número de cigarros fumados. Recomendam que as formulações de liberação intermitente (goma de mascar, por exemplo) devam ser as preferidas por disponibilizarem ao feto uma dose total diária de nicotina menor do que os dispositivos de liberação lenta (adesivo).

Além disso, esses autores recomendam o uso de TRN para mães que precisam parar de fumar e estão amamentando, já que a quantidade de nicotina excretada no leite materno é bem pequena, trazendo um risco mínimo ao bebê, frente ao largo benefício da proteção ao tabagismo passivo (DEMPSEY; BENOWITZ, 2004).

O assunto ainda é controverso e o emprego da TRN tem uma relação risco-benefício incerta. Alguns autores sugerem que ela só deveria ser usada quando o aconselhamento sozinho não é suficiente para cessar o hábito tabágico e, somente após avaliação dos riscos do tabagismo *versus* os riscos da TRN e, sob supervisão direta do médico (BARCLAY; LIE, 2010).

O uso da terapia não nicotínica (bupropiona, vareniclina, nortriptilina e clonidina) está totalmente contraindicado em gestantes (FIORE et al, 2008) [A], (BRASIL, 2001) [D].

Devido às limitações do emprego da farmacoterapia no controle do tabagismo durante a gestação, a ênfase deve ser dada à implementação de programas públicos para o apoio à cessação do tabagismo entre as gestantes, bem como a capacitação e o treinamento dos profissionais de saúde na abordagem cognitivo-comportamental (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004; MACHADO; LOPES, 2009).

14.3.4 Recaída

Apesar de 25% a 40% das fumantes pararem de fumar quando tomam ciência de que estão grávidas, ou reduzirem drasticamente o consumo de cigarros, a recaída pós-parto é muito freqüente. Estima-se que cerca de 12% a 15% das gestantes que alcançam a cessação, seja de forma espontânea ou com auxílio, vão recair ainda durante a gestação. Após o término da gravidez, o risco é muito maior, atingindo taxas de 40% a 90% nos doze primeiros meses do pós-parto (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Estudos americanos estimam que 16% (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2009) das gestantes fumem durante suas gestações e revelam que entre as mulheres que fumam nos 3 meses antes de engravidar, 45% delas param durante a gestação, mas 52% retornam a fumar em menos de 6 meses depois do parto (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2007).

Esses dados assemelham-se aos obtidos em pesquisa conduzida pelo British Marketed Research Bureau, em 2005, que mostra que aproximadamente 1/3 das mães inglesas (32%) fumavam nos 12 meses anteriores ou durante a gestação e, embora quase metade delas (49%) tenham parado antes do parto, 30% voltaram a fumar, novamente, em menos de um ano após o nascimento do bebê (NICE, 2010).

As variáveis mais freqüentemente citadas como **preditivas de recaída durante a gravidez** são: pouca credibilidade sobre os malefícios do tabaco ao feto, julgamento de baixa capacidade de se manter sem fumar, multiparidade, falta de suporte social (convivência com fumantes), estresse, período curto de cessação antes da primeira visita pré-natal, baixa escolaridade e gravidez precoce (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Os fatores relacionados aos **riscos de recaída após o término da gestação** são: cessação tardia durante a gravidez, interrupção precoce do aleitamento materno; ganho de peso; estresse com os cuidados do bebê; cônjuge fumante; depressão pós-parto; término da licença maternidade, quando a mãe, além das tarefas domiciliares, volta a assumir os conflitos profissionais e a conviver com colegas fumantes no trabalho (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Vários estudos concluíram que, para evitar a recaída após o parto, é essencial não cair no erro de centrar o tratamento do tabagismo apenas nas vantagens de não fumar durante a gravidez e nos benefícios para o bebê (CURRY et al, 2001; AROSO, 2006). Se o profissional adotar esta estratégia a recaída logo após o parto será bastante provável. É importante tratar o tabagismo na gravidez de modo mais global, integrando na abordagem terapêutica os diferentes elementos relacionados com o uso do tabaco, bem como do tabagismo passivo, e suas conseqüências para a saúde materna e da criança ao longo da vida.

Está demonstrado que o uso de bupropiona facilita a prevenção da recaída após o parto (COX et al, 2004) e, como alguns estudos demonstram que a sua concentração no leite materno é baixa, alguns

autores defendem o seu uso nas gestantes que fumam ou naquelas que pararam durante a gestação e estão amamentando, pois seus riscos são menores que os do próprio tabagismo (HAAS et al, 2004).

14.3.5 Recomendações

- Perguntar sobre o uso de cigarros a todas as gestantes (tabagismo ativo e passivo) e oferecer aconselhamento específico àquelas que fumam, bem como a seus parceiros (UNITED STATES. Preventive Services Task Force, 2009) [A];
- Aconselhamento sugerido: cinco “A”s ou cinco passos (pergunte, aconselhe, avalie, auxilie e organize o acompanhamento). Esta abordagem, aproximadamente, triplica as taxas de cessação entre as gestantes fumantes (MELVIN, 2003);
- Farmacoterapia: não há evidência adequada para avaliar a segurança e a eficácia das drogas durante a gestação. Caso a gestante não pare de fumar apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, considerar os riscos e benefícios das drogas comparando com os riscos de continuar fumando. Se a opção for pela TRN, o profissional deve preferir as de liberação intermitente (gomas ou pastilhas). Se a paciente, entretanto, optar pelos adesivos, libere-os semanalmente, certificando-se que ela realmente parou de fumar e sempre orientando a retirá-lo à noite para dormir (NICE, 2010; BARCLAY; LIE, 2010; ASH, 2005; BENOWITZ; DEMPSEY, 2004, COLEMAN; BRITTON; THORNTON, 2004; MELVIN, 2003).

A ASH (2005) orienta ainda que, como medida de precaução, antes de se prescrever a TRN, obtenha-se a confirmação por escrito que a gestante está ciente dos riscos e benefícios da mesma.

14.4 Considerações finais

O tabagismo na gestação permanece como um dos poucos fatores preveníveis associados a complicações na gravidez, parto prematuro, baixo peso ao nascer, além de sérias implicações na saúde da mãe e do bebê ao longo do tempo. Embora ele esteja diminuindo nos países desenvolvidos, está aumentando nos países em desenvolvimento, estando fortemente associado à pobreza, baixo nível educacional, falta de suporte social e doença psicológica (LUMLEY et al, 2009).

A gravidez é vista como o momento ideal para o abandono do tabagismo, pois além de haver uma intensificação dos contatos com os serviços de saúde, a mulher está mais suscetível às recomendações dadas pelos profissionais, pois está preocupada com a saúde do concepto. Os programas para cessação direcionados às gestantes têm resultados muito superiores àqueles destinados à população em geral e a relação custo-benefício fica otimizada nesse grupo, tendo maior impacto sobre a expectativa de vida do ser humano, quando comparados a qualquer outra ação preventiva isolada (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Os estudos mostram que os programas de cessação do tabagismo na gestação ajudam a reduzir a proporção de mulheres que continuam fumando ao longo da gestação, o baixo peso ao nascer e o parto prematuro, devendo ser implantados em todos os lugares que oferecem serviços de cuidados pré-natais (LUMLEY et al, 2009) [A].

Apesar disso, somente 25% a 40% das gestantes que fumam tentam parar de fumar (UTAGAWA et al, 2007), o que reforça a importância do papel dos profissionais de saúde, não só no sentido de

identificar uma gestante que fuma, mas de alertar sobre os danos que o tabagismo provoca nela, no seu filho e no desenvolvimento da gestação, além de incentivar o abandono do hábito e propor o tratamento.

Esforços para ajudar a gestante a parar de fumar – bem como para prevenir a recaída pós-parto – deveriam ter alta prioridade nos programas de saúde que focam a mulher e a criança.

A APS é cenário ideal para essa intervenção, não só por ser porta de entrada para o sistema de saúde, mas também, pelos seus outros atributos.

O trabalho em equipe multidisciplinar e a contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde que permitem a identificação precoce, na comunidade, de uma jovem fumante e o contato mais próximo, prolongado e integral com elas, é fundamental para o sucesso das ações da abordagem do tabagismo – ativo e passivo – na mulher, na gestante e na primeira infância.

Referências

ALEIXO NETO, A. Efeitos do fumo na gravidez. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 420-4, 1990.

AROSO, A. Efeitos do tabaco na fecundidade e na gravidez. In: ENCONTRO SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO TABAGISMO, 2., 2006, Porto, Portugal. **Anais...** Porto, Portugal: [s.n.], 2006.

ACTION ON SMOKING AND HEALTH (ASH). **Nicotine replacement therapy: guidance for health professionals on changes in the licensing arrangements for nicotine replacement therapy**. London: ASH, dec. 2005. Disponível em: <http://whyquit.com/nrt/nrt_Guidance_UK_1205.pdf>. Acesso em: 30 out. 2010.

BARCLAY L, LIE D. ACOG Issues recommendations for providers to support perinatal smoking cessation. *Obstetrics and Gynecology*, Hagerstown, v. 116, p.1241-44, 2010. Disponível em: <<http://cme.medscape.com/viewarticle/730940?src=cmemp&uac=138876SZ>>. Acesso em: 02 nov. 2010.

BECK, J. S. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BENOWITZ, N.; DEMPSEY, D. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. **Nicotine & Tobacco Research**, Abingdon, v. 6, Suppl. 2, p. S189-202, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Mulher e tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 2005b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>>. Acesso em: 23 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). **Deixando de fumar sem mistérios**. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Divisão de Controle do Tabagismo. **31 de maio – dia mundial sem tabaco: manual de orientações**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <<http://www.abead.com.br/boletim/arquivos/boletim107/manual.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003 – tabagismo. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2010.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

COLEMAN, T.; BRITTON, J.; THORNTON, J. Nicotine replacement therapy in pregnancy: is probably safer than smoking. Editoriais. **BMJ**, London, v. 328, p. 965-6, 2004.

COX, L. S. et al. Efficacy of bupropion for relapse prevention in smokers with and without a past history of major depression. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 19, n. 8, p. 828-34, aug. 2004.

CURRY, S. J. et al. Motivation for smoking cessation among pregnant women. **Psychology of Addictive Behaviors**, Washington, v. 15, n. 2, p. 126-32, june 2001.

DEMPSEY, D. A.; BENOWITZ, N. L. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. **Drug Safety**, Auckland, v. 24, p. 277-322, 2001.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FIORE, M. C. et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a U.S. Public Health Service Report. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 35, n.2, p. 158-76.

FIORE, M. C. et al. **Treating tobacco and dependence**: 2008 update: clinical practice guideline. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, may 2008b.

GALÃO, A. O. et al. Efeitos do fumo materno durante a gestação e complicações perinatais. **Revista do HCPA & Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 218-24, 2009.

GORIN, S. S.; HECK, J. E. Meta-analysis of tobacco counseling by health care providers. **Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention**, Philadelphia, v. 13, p. 2012-22, 2004.

HAAS, J. S. et al. Bupropion in breast milk: an exposure assessment for potential treatment to prevent post-partum tobacco use. **Tobacco Control**, London, v. 13, p. 52-6, 2004. Disponível em: <<http://www.tobaccocontrol.bmj.com>>. Acesso em: 31 out. 2010.

HALAL, I. S. et al. Determinantes do hábito de fumar e de seu abandono durante a gestação em localidade urbana na região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 105-12, 1993.

HORTA, B. L. et al. Tabagismo em gestantes de área urbana da região Sul do Brasil, 1982 e 1983. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 247-53, 1997. Disponível em: <http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/whatitmeanstoyou.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

ILETT, K.F. et al. Use of nicotine patches in breast-feeding mothers: transfer of nicotine and cotinine into human milk. **Clinical Pharmacology and Therapeutics**, St. Louis, v. 74, p. 516-24, 2003.

KROEFF, L. R. et al. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 261-7, 2004.

LANCASTER, T.; STEAD, L. F. Individual behavioural counseling for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 4, 2008.

LEOPERCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 30, n. 2, p.176-85, 2004.

LION, E. A. V. Tabagismo e saúde feminina: **aliança de controle do tabagismo – ACTbr**. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/213_TABAGISMO_E-SAUDE_FEMININA_FINAL.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2010.

LUMLEY, J. et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 3, July 2009.

MACHADO, J.B.; LOPES, M. H. I. Abordagem do tabagismo na gestação. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p.75-80, abr./jun. 2009.

MELVIN, C. L. et al. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. **Tobacco Control**, London, v. 9, Suppl. 3, p. :iii80-84, 2000.

MELVIN, C. L. Treating tobacco use among pregnant and parenting smokers. In: **Encyclopedia on Early Childhood Development**. Ottawa: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2003.

MOTTA, G. C. P. **Fatores relacionados ao tabagismo na gestação**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **How to stop smoking in pregnancy and following childbirth**. London: NICE, June 2010. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/ph26>>. Acesso em: 10 out. 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual**

working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: NICE, 2008. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/ph010>>. Acesso em: 15 out. 2010.

ONCKEN, C. A. Effects of transdermal nicotine or smoking on nicotine concentrations and maternal-fetal hemodynamic effects. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 90, p. 569-74, 1997.

PALMA, S. et al. Smoking among pregnant women in Cantabria (Spain): trend and determinants of smoking cessation. **BMC Public Health**, London, v. 7, p. 65, 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/65>>. Acesso em: 15 out. 2010.

POLLAK, K. I. et al. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 33, p. 297-305, 2007.

REIS, L. G et al. Tabagismo e gravidez: um estudo no Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, v. 99, n. 1, jan./fev./mar. 2005.

SAMET, J. M.; YOON, S. Y. (Ed). **Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21 st century.** Canadá: WHO, 2001.

STEAD, L. F.; LANCASTER, T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 4, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al. Tabagismo: parte I. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 134-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200005&lng=em>. Acesso em: 23 out. 2010.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. **The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke:** a report of the surgeon general. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, 2006. Disponível em: <<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/>>. Acesso em: 01 out. 2010.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Center for Disease Control and Prevention (CDC). **Tobacco use and pregnancy:** home. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/Reproductivehealth/TobaccoUsePregnancy/index.htm>>. Acesso em 26 set. 2010.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Institute on Drug Abuse – NIDA. Tobacco addiction. **NIH Publication**, n. 09-4342, june 2009. Disponível em: <http://drugabuse.gov/PDF/tobaccoRRS_v16.pdf>. Acesso em: 22 out. 2010.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. **Preventing smoking and exposure to secondhand smoke before, during and after pregnancy.** Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, july 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/prevention/pdf/smoking.pdf>>. Acesso em 29 out. 2010.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. **The health consequences of smoking:** what it means to you. U S. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2004. Disponível em:

<http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/whatitmeanstoyou.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

UNITED STATES. Preventive Services Task Force. Preventing tobacco use and related disease in adults and pregnant women: clinical guidelines. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 150, n. 8, p. 551-5, 2009.

UTAGAWA, C. Y. et al. Tabagismo e gravidez: repercussões no desenvolvimento fetal. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, v. 2, n. 4, ago. 2007. Disponível em:
<<http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/caderno/edicao/04/97.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2010.

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO (VIGITEL). **Tabagismo**: tabelas indicadores. 2009. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabagismo_16_8_10.pdf>. Acesso em: 01 ago 2010.

WISBORG, K. et al. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. **Obstetrics and Gynecology**, Hagesrstown, v. 96, p. 967-71, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Confronting the tobacco epidemic in an era of trade liberalization. **Geneva: WHO, 2001b**.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tobacco free initiative**. Disponível em:
<<http://www.who.int/tobacco/en>>. Acesso em: 02 ago. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em:
<<http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/em/index.html>>. Acesso em: 05 set. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: **the MPOWER package**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em:
<http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf>. Acesso em: 08 out. 2010.

15. Serviços de referência no GHC de atenção à saúde da gestante e do feto

Maria Lucia Medeiros Lenz

Rui Flores

Sérgio Espinosa

Breno Riegel dos Santos

Rosane Teixeira

“Adorei ter vindo visitar o hospital antes dele nascer. Meu marido veio junto. A gente ficou com muito mais segurança. Recebemos várias orientações sobre o parto, sobre amamentação e caminhamos pelo hospital guiados por uma enfermeira muito atenciosa.”

Puérpera moradora da área de atuação do SSC/GHC

Entre os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) encontram-se: facilidade de acesso, integralidade no cuidado, acompanhamento ao longo do tempo e coordenação da atenção à saúde de moradores de um território adscrito. Entende-se por coordenação um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum e sua essência é a disponibilidade e a utilização de informações de diferentes pontos do sistema de saúde em busca de uma atenção mais efetiva³. Os desafios da coordenação da atenção dividem-se em 3 instâncias: na própria equipe de APS, na sua integração com outros especialistas e com outras instituições ou outros setores.

Para que a APS se torne realmente efetiva, é fundamental que exista integração entre esses diferentes pontos da atenção. Sistemas de saúde não integrados, ou seja, fragmentados, resultam em uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório e uma hegemonia da atenção hospitalar, o que os torna pouco eficazes, provocando o gasto desnecessário de recursos e a insatisfação dos usuários⁴.

Objetivando um maior conhecimento por parte dos profissionais da APS e conseqüentemente uma melhor integração, descreveremos a seguir, de forma breve, os serviços de referência na atenção secundária e terciária do GHC disponíveis às gestantes e suas famílias moradoras do território de atuação do SSC.

15.1 Ambulatório de pré-natal de alto risco

O ambulatório de Pré-natal de Alto Risco funciona no 1º andar do HNSC (Bloco H). Atualmente a equipe é composta por quatro médicos obstetras; Ivete Canti, Maria Francisca Baumgartner, Ângela Fagundes e Valmir Guimarães e, pela enfermeira Maria Lourdes Tagliapietra, que contam com

³ STARFIELD, B. *Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.brasilia.unesco.org/publicacoes/livros/atencaprimaria>

⁴ MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS: Tomo II*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

profissionais de apoio nas áreas de Cardiologia (Carlos Meneghetti), Endocrinologia (Maria Amélia Campos), Psicologia (Eliana Bender), Nutrição (Cláudia Peroni) e Ecografia (Daniela Vetori).

Atualmente, nas quartas-feiras à tarde, médica da Unidade de Medicina Fetal (Ana Cristina Alves) assiste pacientes encaminhadas pelos obstetras do ambulatório do alto-risco ou por médicos de família do SSC, se o bebê apresenta evidências de malformação (ver item 15.4.2).

A forma de marcação no ambulatório de Alto Risco é direta, ou seja, o profissional da US do SSC telefona para o ramal 2409 (manhã ou tarde) e, tendo em mãos o número do registro da paciente no GHC, agenda a sua consulta. A paciente deve ser orientada a chegar trinta minutos antes do horário agendado, com o cartão (carteirinha) de gestantes e registro do número de SISPRENATAL. Um formulário de referência e contra-referência também é importante que seja preenchido, para que o obstetra saiba claramente o motivo do encaminhamento.

Segundo a equipe do ambulatório de pré-natal de alto-risco do HNSC, as demandas mais freqüentes são de gestantes hipertensas, cardiopatas, diabéticas, portadoras de infecções possíveis de transmissão fetal (toxoplasmose, rubéola), gestantes de gemelares e com uma história de mau passado obstétrico (abortamento de repetição, natimorto, perdas fetais). As gestantes HIV positivas não são acompanhadas neste ambulatório e sim na Unidade de Prevenção e Transmissão Vertical (UPTV).

Em caso de dúvida, entre em contato com o Monitoramento e Avaliação do SSC/GHC.

15.2 Unidade de Prevenção da Transmissão Vertical (UPTV)

A Unidade de Prevenção e Transmissão Vertical do Serviço de Infectologia do HNSC situa-se no 4.o Andar do Bloco A do Hospital Nossa Senhora da Conceição; o contato pode ser estabelecido pelos ramais 2126 e 2119.

Concebida para oferecer cuidado compreensivo à gestante portadora de infecções com potencial de transmissão para o feto, a Unidade foi organizada para prestar atendimento por infectologistas, obstetras e pediatras, no mesmo período do dia, procurando assim evitar deslocamentos duplicados para a gestante ou puérpera. Conta com uma equipe multidisciplinar para atendimento de casais soropositivos ou sorodiscordantes para o HIV (ou outras infecções) que desejam ou que estejam gestando. O Serviço conta com profissionais das seguintes áreas: Infectologia (Breno Riegel Santos e Marineide Gonçalves de Melo), Obstetrícia (Ivete Teixeira Canti, Cláudio Campello), Pediatria (Ana Maria Moreira e Dra Rosana Fonseca), Enfermagem (Maria Lourdes Turella). A equipe conta também com consultoria da psicóloga Eliana Bender.

A forma de agendamento é direta, ou seja, a gestante (ou de preferência o casal) é encaminhada para uma consulta nas terças ou quintas-feiras, às 12:00 horas (sem necessidade de agendamento prévio), sendo ela **ou** o seu parceiro HIV positivos.

Orienta-se que o profissional da APS encaminhe a gestante para a UPTV imediatamente após o primeiro teste anti-HIV reagente, não esperando a confirmação do diagnóstico em segunda amostra.

Estudo realizado no GHC pelos profissionais da UPTV demonstrou a importância da testagem do parceiro. Entre os resultados preliminares encontrados observou-se uma prevalência maior de HIV reagente (2,8%) em parceiros de gestantes do que na população em geral e, além disso, 78% dos casais relataram que não usavam preservativo durante atividade sexual na gestação.

Se o parceiro sexual for identificado como HIV+, durante o pré-natal, caberá ao profissional da UPTV solicitar carga viral materna, para o diagnóstico precoce de infecção pelo HIV, adotar tratamento com antirretrovirais para gestantes com carga viral detectável, prepará-las para não amamentar e recomendar a adoção de preservativo durante atividade sexual dali em diante.

O fluxograma 1 evidencia as rotinas acordadas entre o SSC e a UPTV do HNSC para pré-natal e parto em relação à solicitação de Anti-HIV para o casal. Em caso de dúvida, entre em contato com o Monitoramento e Avaliação do SSC/GHC.

15.3 Setor responsável pela visita à maternidade

As gestantes podem e devem ser encaminhadas para uma visita à maternidade do HNSC. O agendamento pode ser realizado pela própria gestante ou familiar através do ramal 2580 com a enfermeira Maria Lourdes Tagliapietra.

Durante essa visita, de preferência com a participação do pai do bebê, são fornecidas várias orientações, entre elas: como identificar trabalho de parto, quando ir para o hospital, o que levar, tempo de permanência no hospital, primeiros cuidados com o bebê e amamentação, quando poderão tirar fotos, etc. Além destas e outras orientações, o casal será guiado até a maternidade do HNSC e conhecerá suas dependências. A gestante tem o direito de escolher uma pessoa para acompanhá-la durante o parto e, em situações especiais (adolescente, gestação gemelar, problemas mentais, etc) também no pós-parto imediato.

15.4 Unidade de Patologia Obstétrica e Medicina Fetal: internação e ambulatório

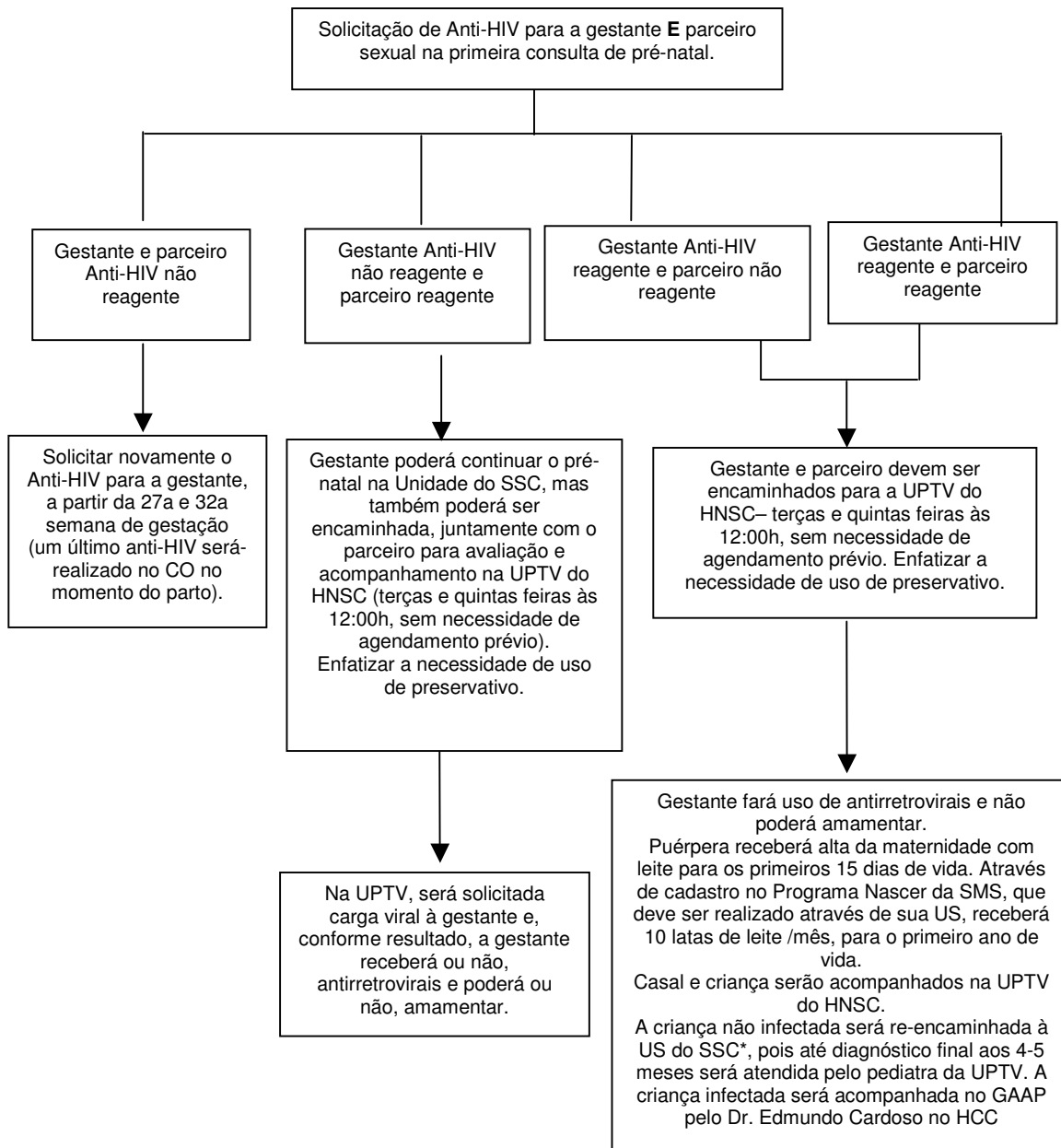
15.4.1 Internação de Alto Risco e Medicina Fetal

A Unidade de Patologia Obstétrica do Serviço de Obstetrícia do HNSC localiza-se no 2º andar do Hospital e é coordenada pelo médico obstetra Dr. Sérgio Espinosa com o assessoramento da enfermeira Rosie Andrade. Atualmente conta com 6 enfermarias, com 3 leitos em cada uma, onde as pacientes permanecem internadas de acordo com a situação problema acometida: doença hipertensiva, diabetes, cardiopatias e fenômenos tromboembólicos; intercorrências infecciosas, como pielonefrite e pneumonia; outras patologias, como trabalho de parto prematuro, restrição de crescimento fetal, aloimunização, ruptura de membranas, etc.

O serviço realiza discussão dos casos, seminários, grupos educativos para gestantes, ecografias, monitoramento cardíaco fetal de pacientes hospitalizadas ou encaminhadas do ambulatório de Pré-natal de Alto Risco e Medicina Fetal.

Os exames ou procedimentos invasivos realizados na Unidade de Medicina Fetal são os seguintes: amniocentese, cordocentese, amnioinfusão e transfusão intrauterina para tratamento de aloimunizações graves. O estudo dos fluxos fetais (dopplervelocimetria) é outro exame freqüentemente realizado neste setor.

Fluxograma 1. Rotina de pré-natal: solicitação de Anti-HIV e encaminhamentos das Unidades do Serviço de Saúde Comunitária



* O fato de a criança estar sendo acompanhada na UPTV ou GAAP não impede o seu acompanhamento pela equipe de atenção primária, ao contrário, a manutenção desse vínculo, tanto do casal quanto da criança é desejado.

A equipe profissional da Unidade de Medicina Fetal é composta por obstetras, cardiologista, médicos residentes e estagiários, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e funcionários com funções administrativas, nutricionista, assistente social, psicóloga e estagiários de psicologia. Essa equipe conta também com profissionais de outras áreas que prestam consultorias, quando necessárias.

Os ramais deste setor são: 2544 (coordenação da Unidade de Patologia Obstétrica) e 2372 (2º B1 – internação).

15.4.2 Ambulatório de Medicina Fetal

O ambulatório de Medicina Fetal é um serviço instalado recentemente que assiste gestantes com diagnóstico de malformação. A profissional responsável é a Dra Ana Cristina Alves, médica obstetra e especialista em medicina fetal. O atendimento e acompanhamento são realizados na sala 1039 (bloco H), às quartas-feiras, a partir das 13:00h.

A marcação de consultas é através do ramal 2409, com a informação do número do registro da gestante. A gestante deverá consultar tendo em mãos a sua carteira, os exames já realizados e a descrição do motivo do encaminhamento.

As gestantes com fetos malformados são avaliadas detalhadamente e orientadas quanto ao prognóstico, o tipo de parto, os cuidados logo após nascimento e as etapas do tratamento. Além disso, elas são acompanhadas até o parto; após o nascimento, a família passa a ser acompanhada pelo médico geneticista do Hospital da Criança Conceição (Dr. Osvaldo Artigalás), que trabalha integrado à Unidade de Medicina Fetal. Em situações de malformações incompatíveis com a vida, os procedimentos necessários para interrupção da gestação são encaminhados pelo serviço social ligado à Unidade de Medicina Fetal.

Gestantes que necessitam realizar cariótipo fetal, também poderão ser encaminhadas para esse ambulatório. Os critérios para a realização desse exame serão avaliados durante consulta ambulatorial com dois especialistas (Dra Ana Cristina Alves e Dr. Sérgio Espinosa).

Neste ambulatório são realizadas sistematicamente (sexta-feira, das 11 às 12horas, na sala de reunião da medicina fetal) sessões de discussão de casos clínicos abertas ao público interessado.

15.5 Centro Obstétrico (CO)

O Centro Obstétrico (CO) do HNSC atende 24 horas por dia e conta com uma equipe de 24 obstetras, enfermeiras e técnicos de enfermagem. Atualmente a Linha de Cuidado Mãe-bebê (LCMB), que compreende o CO e os serviços de Alto-risco, do Puerpério e da Neonatologia, é coordenada pela Dra Rosane Cristina Araújo Teixeira (obstetra), pelo Dr. Paulo Sérgio da Silva Mário (neonatologista) e pela Enfermeira Lisete Ambrósio. Cada plantão de 12 horas é atendido por 4 obstetras, 2 anestesistas, 2 enfermeiras e 12 técnicos de enfermagem e, em média, por 2 ou 3 médicos residentes do Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia e 1 médico residente do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (uma vez por semana, no período da noite). Os ramais do CO são: 2598 (recepção), 2161 (pré-parto), 2076 (sala dos médicos), 2568 (coordenação da LCMB). Os ramais da Neonatologia são 2599 (sala dos médicos) e 2375 (Unidade de Neonatologia).

Durante os plantões, os médicos se revezam nos seguintes setores: nas *salas de admissão* de gestantes (examinam, orientam e liberam as pacientes ou as encaminham para exames, procedimentos

ou observação); no *pré-parto* (acompanham as pacientes em observação, trabalho de parto, aguardando exames ou leito no alto risco); nas *salas de parto* (3), *salas de cesariana* (2) e *sala de curetagem* (1); na *sala de ecografia*; no *puerpério* e, na internação de *alto risco*, caso sejam chamados para alguma intercorrência.

O CO conta com 13 leitos para internação (alto risco e trabalho de parto) e 5 leitos de transporte (móveis). Essa estrutura garante a permanência da gestante para observação, coleta de exames, recebimento de medicação, procedimentos eletivos como transfusões na gestação, avaliação do bem estar fetal (cardiotocografia, ecografia, doppler), internações eletivas, de urgência para gestante transferidas de hospitais de Porto Alegre e do interior do Estado. O número médio de atendimentos mensais ultrapassa a 2.000 pacientes, sendo cerca de 600 internações e 400 partos.

Os partos realizados no HNSC seguem o princípio da humanização da assistência ao parto, possibilitando a participação do familiar na sala de parto e também no pré-parto, quando possível. O recém-nascido é atendido por um neonatologista e um residente da pediatria na sala de parto. Em cada plantão de 12 horas trabalham 2 neonatologistas e 1 residente.

Ainda na sala de parto o recém-nascido vivencia o primeiro contato pele a pele com sua mãe, objetivando estimular o vínculo. Quando bem recuperados ambos são conduzidos aos leitos de puerpério (43 leitos), onde permanecem em contato tempo integral e recebem estímulo ao aleitamento materno. O HNSC tem o título de Hospital Amigo da Criança por cumprir os 10 passos do aleitamento materno exclusivo.

O quadro 1 resume os serviços de referência do HNSC para gestantes do SSC, quanto a localização, ramais telefônicos e formas de encaminhamento. Lembra-se que uma vez encaminhada, a gestante e sua família devem manter o vínculo com os profissionais da APS e deverá seguir em acompanhamento na sua US do SSC.

Quadro 1. Serviços de referência às gestantes do SSC, localização, ramal dos setores e forma de encaminhamento.

Serviço	Localização e ramal (is)	Forma de encaminhamento
Ambulatório de Pré-natal de Alto-risco	Bloco H do HNSC – 1º andar Ramal - 2409	Profissional da US telefona diretamente para o setor agendando consulta. Ter em mãos o registro da gestante no GHC
Unidade de Prevenção de Transmissão Vertical (UPTV)	4º andar do HNSC Ramais 2126 e 2119	Gestante e/ou parceiro HIV positivo devem ser orientados a consultar nas terças ou quintas feiras às 12:00 horas – (desnecessário agendamento prévio).
Ambulatório de Medicina Fetal	Bloco H do HNSC – 1º andar Ramal - 2409	Profissional da US telefona diretamente para o setor agendando consulta. Ter em mãos o registro da paciente
Unidade de Patologia Obstétrica	2º andar do HNSC 2º B1 – ramal 2372 Coordenação (Dr. Espinosa) – ramal 2544	A gestante não deve ser encaminhada diretamente do SSC. Primeiramente será avaliada no CO ou provém do Ambulatório de Alto-risco ou de Medicina Fetal .
Visita a maternidade	Bloco H do HNSC – 1º andar Ramal - 2580	Orientar a gestante para telefonar para a Enf. Maria Lourdes e agendar a visita a maternidade, tel. 33572580
Centro Obstétrico (CO)	2º andar do HNSC. Ramais: 2598 (recepção), 2161 (pré-parto), 2076 (sala dos médicos obstetras), 2568(coordenação da LCMB), 2599 (sala dos médicos da neonatologia) e 2375 (Unidade de Neonatologia)	Encaminhamento direto ao CO

16. Abordagem familiar perinatal

Carmen L. C. Fernandes

Lêda Chaves Dias Curra

“Meu marido me acompanhou às consultas. Acho que é importante que ele participe de tudo. Sabe como são os homens, quando pais, demoram mais pra cair na real”

Puérpera moradora do território de atuação do SSC/GHC

A família é o primeiro grupo do qual fazemos parte e do qual nunca deixamos de ser influenciados. A justificativa para a abordagem familiar na prática da Atenção Primária reside na sua importância como elemento preventivo, diagnóstico e terapêutico. Além disso, sabemos que a gestação, parto e puerpério tornam as famílias peculiarmente vulneráveis e mais suscetíveis a intervenções da equipe de saúde.

Os integrantes da família são membros ativo-reativos no processo de mudança de papéis de filhos para a condição de pais e identificar reações ou sentimentos comunicados por todos possibilita a abertura de canais de comunicação sobre a chegada de um novo membro na família.

Avaliar o momento que a família estava vivendo quando ocorreu a gestação, identificar expectativas, vínculos anteriores e atuais são ações importantes. É fundamental a mobilização dos recursos internos da família e de sua rede de apoio para o acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, momento este de uma crise previsível no seu ciclo vital. Deve-se estimular a capacidade de rearranjar papéis de forma a dar mais funcionalidade a seus membros e, finalmente, oferecer elementos para fortalecer a resiliência e os prováveis fatores de proteção do novo núcleo familiar.

Observa-se a necessidade crescente, por motivos clínicos e psicológicos, da família participar nos cuidados ao recém-nascido, exigindo a inclusão de novas tecnologias de cuidado.

Os passos descritos a seguir têm o objetivo de auxiliar às equipes de APS a propiciar maior envolvimento da família no pré-natal, parto e puerpério. Serão apresentados os aspectos gerais na condução de uma consulta com a gestante e familiar(es), assim como intervenções pertinentes com o momento da gestação e do puerpério.

16.1 Aspectos gerais da consulta com a família da gestante

A) Criando vínculos

Apresentar-se à gestante e acompanhante(s), convidá-los a apresentarem-se, questionar a respeito dos demais moradores da casa, onde moram, estudam e trabalham.

Caso se sintam estimulados, é um bom momento para a CONSTRUÇÃO DE UM GENOGRAMA, identificando também a rede social e de apoio da família.

O **genograma** é uma ferramenta essencial para lembrar informações sobre o nome dos membros da família, relacionamentos e toda a estrutura familiar. É um mapa visual das conexões entre os membros da família.

Um genograma inicial pode ser completado quando a história familiar é obtida e pode ser atualizado nas visitas subseqüentes.

O genograma pode ter um foco biomédico, como um caminho para fornecer à família informações médicas e genéticas, e ainda preparar um tom biopsicossocial no encontro e em toda prática.

Para compreender o GENOGRAMA é necessário entender a família como um sistema onde tudo e todos estão conectados.

B) Conhecendo a família

Procure conhecer a história da família: como se conheceram, quanto tempo estão juntos, como vivem, como se comunicam, como demonstram afeto, como distribuem as tarefas, quem “manda”, enfim, o “jeito” da família, como funcionam como casal, como decidiram engravidar e se este é um plano do casal ou individual.

Pergunte sobre condições de moradia, hábitos em geral, onde as pessoas dormem, como planejam “acomodar” o bebê. Conheça os recursos com que contam, as pessoas que convivem, os serviços que utilizam e como constroem as suas referências. Busque elementos para conhecer a dinâmica do casal. Converse a respeito dos sentimentos relacionados à gestação, procurando entender se houve intenção de engravidar, os motivos que levaram à gestação, o tempo para a aceitação, o que ela está representando e o significado do bebê na vida pessoal dos pais e avós.

Identifique com que pessoas você pode fazer alianças e quem representa ou poderá apresentar conflito e/ou rompimento na vida da família após a chegada do bebê.

Busque informações sobre fontes de sustento da família e referências pessoais ou institucionais buscadas na situação de crise.

C) Construindo uma rede de apoio

Procure ser atento e “curioso” em relação às crenças que a família tem a respeito do parto, da amamentação, das relações sexuais nesse período, etc. Identifique se os outros filhos foram amamentados, por quanto tempo, que dificuldades surgiram, como foram superadas, quem ajuda (ou atrapalha) nesses momentos.

Essas questões auxiliam-nos a diagnosticar e prevenir situações de grande repercussão na vida da família como depressão dos pais, uso de drogas, abuso e infidelidade.

Identifique de quem a família acredita ser a atribuição de cuidar das crianças. Faça deste um momento de reflexão e questionamento, buscando a ampliação da rede de cuidados da díade mãe-bebê.

Estimule a participação do pai (ou seu representante funcional) nos cuidados com as crianças. Fale da importância que essa prática exerce na formação do vínculo pai-filho e de como futuramente poderá servir de proteção física e psicológica para situações de risco à saúde como negligência, o não assumir os filhos legalmente ou afetivamente, abuso, abandono.

Crie a possibilidade da mãe queixar-se da falta de ajuda, pois auxiliando-a na organização das queixas, estará também ajudando na construção de um apoio dirigido a resolução dos problemas.

D) Deixando a porta aberta

Comente o que é esperado para o período da gestação e “autorize” através da escuta ativa a manifestação das dificuldades logo após o parto. Demonstre interesse em ser parte da rede de apoio familiar e que pode ser chamado, sempre que houver necessidade.

Apresente sua equipe de trabalho e coloque-a a disposição da família, oferecendo horários, grupos e a possibilidade de visitas domiciliares.

Combine que a família comunique a equipe assim que o bebê nascer e que procure vir a consulta ainda na primeira semana após o parto.

Registre no prontuário individual o seu entendimento da família, os pontos positivos (fatores de proteção), as situações de risco identificadas e pontos que necessitam melhor avaliação.

Não deixe de aproveitar o conhecimento acumulado pela equipe para construir um plano de acompanhamento para essa família.

16.2 Intervenções dirigidas às diversas fases do pré-natal e pós-parto**A) Período anterior à gestação:**

- Estimular o casal a conversar sobre idéias de gestar (qual o momento e por que ter filhos).
- Estimular o casal a conversar sobre como criar e educar os filhos.
- Questionar o casal sobre as expectativas de mudanças, as possíveis modificações que estão previstas ou não de ocorrerem e como vão lidar com elas.
- Avaliar com o casal experiências familiares e pessoais prévias sobre gestar e ter filhos.
- Acessar o momento do ciclo de vida que o casal está e como eles têm negociado as tarefas dos estágios anteriores do ciclo.
- Detectar se existem fatores de risco biológico, psicológico e social à saúde.
- Estimular hábitos saudáveis.

B) 1º Trimestre da gestação:

- Conversar sobre o desejo e o planejamento desta gestação, por exemplo: é uma gestação desejada? Não sendo, quais são os planos?
- Apoiar o casal em suas escolhas.
- Detectar as diferenças de desejo de gestação no casal.
- Definir o tempo de aceitação da gestação.
- Convidar e estimular a presença do pai em todos os momentos de consulta de pré-natal ou sempre que possível.
- Avaliar o impacto da gestação na ótica de cada indivíduo do par.
- Detectar conflitos de casal.

C) 2º Trimestre da gestação:

- Avaliar como foi o 1º trimestre da gestação e suas repercussões.
- Verificar se ocorreram sintomatologias que interferiram na vida do casal e abordá-las.
- Conversar sobre a vida sexual e como podem lidar com possíveis dificuldades.
- Convidar as avós para realizarem, pelo menos, 1 consulta de pré-natal, principalmente a avó materna.

- Iniciar a conversar sobre o aleitamento materno, expressando os benefícios para a criança e a família.
- Discutir os medos.
- Conversar sobre a escolha de nomes e as expectativas com a criança, expectativas de gênero e de futuro.

D) 3º Trimestre da gestação:

- Discutir sobre a normalidade do período gestacional. Os cansaços dessa fase, dificuldades com o sexo, ansiedades e expectativas.
- Explorar medos e normalizar situações freqüentes do parto e do puerpério.
- Questionar experiências anteriores com gestações, partos e amamentação, por exemplo: quanto tempo amamentou?
- Avaliar rede de apoio.
- Detectar na rede de apoio, quem apóia e quem atrapalha.
- Planejar sobre funcionamento da nova família no puerpério.
- Conversar sobre situações freqüentes e difíceis do puerpério, como sobrecarga e depressão. Alertar parceiro e rede de apoio.
- Questionar sobre o funcionamento do casal a partir do nascimento. Quais são as novas tarefas de cada um? Fazê-los explicitar.
- Oferecer-se como rede de apoio quando necessário.

E) Pós-Parto

O quadro a seguir apresenta uma série de questionamentos que irão auxiliar o profissional da APS a melhor avaliar o funcionamento familiar, no domicílio ou durante consulta na unidade de saúde, e assim planejar ações mais dirigidas e individualizadas a serem realizadas pela equipe.

Quadro1. Aspectos relacionados ao funcionamento familiar no período pós-parto e questionamentos para melhor avaliá-lo.

Aspectos relacionados ao funcionamento familiar	Questionamentos que auxiliam na avaliação
Inclusão de um novo membro na família .	<i>Como você está vivenciando a chegada de seu bebê? E sua família? Quais tem sido as mudanças, o ajuste mais difícil, desde a chegada de seu bebê?</i>
Relacionamento do casal (conjugalidade)	<i>Seu marido tem algumas expectativas de você. Você está preocupada sobre a diferença entre o que ele espera e o que você pode fazer? Seu marido tem demonstrado algum ciúme com o tempo que você passa com o bebê? Você tem algumas expectativas a respeito do seu marido. Existe alguma diferença entre o que você espera dele e o que ele tem lhe oferecido? Com todas as demandas de ser uma mãe nova, muitas mulheres não estão muito ansiosas para recomeçar sua vida sexual. Você teria alguma consideração sobre isto? A relação entre marido e mulher muda com a chegada de um filho. Como estas mudanças tem afetado você? Você tem consciência delas?</i>
Papel de mãe (desenvolvimento da parentalidade)	<i>Algumas mulheres se sentem inseguras da sua habilidade em atender as necessidades do bebê. Por favor, descreva os seus sentimentos a respeito e suas considerações sobre isto.</i>
Identidade e emoções da mãe	<i>O seu corpo retornará ao estado de pré gravidez lentamente. O intervalo entre o parto e o retorno ao normal pode ser frustrante. Você gostaria de dividir conosco os seus sentimentos sobre isto? Você notou se está facilmente incomodada sobre questões banais ou se você chora facilmente desde que o bebê nasceu? Você pode dividir conosco algumas das suas preocupações sobre isto? Atualmente muitas mulheres têm uma decisão difícil a tomar: se retornam ao trabalho após chegada do bebê ou se ficam em casa tempo integral para atender a suas necessidades. Isto preocupa você? É normal querer ficar com o bebê quando ele está agitado/nervoso. Isto tem causado alguma preocupação a você ou a seu marido?</i>

Aspectos relacionados ao funcionamento familiar	Questionamentos que auxiliam na avaliação
Amamentação	<i>O que você pensa sobre a amamentação? A amamentação causa a você problemas?</i>
Papel do pai (desenvolvimento da parentalidade)	<i>Como ter se tornado pai mudou a seu marido? Você tem alguma consideração sobre isto?</i>
Suporte de outros membros da família e outras fontes de suporte	<i>Os outros membros da família estão se adaptando à chegada do bebê? Você está contente com o carinho que tem recebido de sua família e da atenção que eles tem com o bebê? Frequentemente é dito que os médicos e enfermeiras poderiam fazer mais para ajudar as novas mães. Por favor, sinta-se à vontade para nos dar sugestões sobre como podemos fazer isto melhor.</i>

Leitura Complementar

BARKER, L. R. et al. **Principles of ambulatory medicine**. 6. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams, 2003.

CARTER, B; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, E. M. C. Validation of diagnostic scales of family functioning for use in primary care services. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 7, n. 4, p. 255-63, apr. 2000.

FALCETO O. G. **Unidos pela amamentação**. Porto Alegre: Dacasa, 2006.

FERNANDES, C. L. C; CURRA, L. C. D. **Instrumentos de abordagem familiar**. Porto Alegre: Artemed, 2006.

FERNANDES, C. L. C. **Família: da compreensão à construção da rede social**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Terapia de Família: Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária. 2000. Mimeo.

MACDANIEL, S. H. et al. **Terapia familiar médica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MACDANIEL, S. H. et al. **Family-oriented primary care: a manual for medical providers**. 2nd. ed. New York: Springer, 2005.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, R. **Genogramas en la evaluacion familiar**. Barcelona: Gedisa, 1996.

MCWHINEY, I. R. **A textbook of family medicine**. 2nd. ed. New York: Oxford. 1997.

MAYER, R and GRAHAM, H. Getting your Registrar to think families. NY: Radcliffe, 1998. 234-237 p. (**Education for General Practice**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 165-290, may 1998.)

MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com famílias pobres**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R. C. **Terapia familiar**: conceitos e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

YURSS, I. Atención a la familia: outra forma de enfocar los problemas de salud em atención primária. Instrumentos de abordaje familiar. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 24, supl. 2, 2001.

REVILLA, L. **Manual de atención familiar**: bases para la práctica familiar en la consulta. Fundación para el estudio de la atención a la familia. Granada: Adhanra, 1999.

WILSON, L. (Ed.). **Trabalhando com famílias**: livro de trabalho para residentes. Curitiba: SMS, 1996.

17. Atividades coletivas de educação e saúde

Margarita Silva Diercks

Renata Pekelman

“Acho o grupo muito bom porque a gente conversa de coisas que a gente não fala com o marido. A gente aprende muito com as outras mulheres do grupo. Pra mim foi bom porque eu fiquei com menos medo do parto”.

Gestante moradora da área de atuação do SSC/GHC

17.1 A importância de um grupo de gestantes

A atenção pré-natal em serviços de atenção primária deve incluir na sua rotina a formação de grupos de gestantes. Estes favorecem a troca de experiências e de conhecimentos entre profissionais e gestantes e entre elas próprias. Proporcionam um espaço educativo onde, além de ampliar o conhecimento da gestante sobre si mesma e do seu filho, oportunizam o - aprofundamento de seus anseios, temores, dúvidas e certezas, nesta etapa do ciclo vital (BRASIL, 2005; NOVICK, 2009; RIOS; VIEIRA, 2007).

Valorizar a experiência e o conhecimento cotidiano construído pela vivência de gestações anteriores suas ou de familiares/vizinhança, permite uma construção de significados pela compreensão e problematização nesta fase. Favorecer o desenvolvimento de atividades grupais propicia ações mais amplas e um entendimento complexo sobre o contexto das gestantes, isso possibilita uma orientação para o cuidado integral e a construção de uma maior autonomia das participantes dos grupos (DIERCKS; PEKELMAN, 2001).

Destaca-se que as intervenções educativas devam seguir necessariamente metodologias ativas de aprendizagem voltados para jovens e adultos, mediante equipe multidisciplinar. Esta deve ter uma preparação adequada dos conteúdos e dos processos grupais, assim como considerar os contextos culturais, sociais e econômicos das gestantes (DEAKIN et al, 2005).

Propõe-se que as atividades educativas para as gestantes, seus familiares e rede de apoio, orientem-se por um referencial pedagógico voltado para o autocuidado e a sua problematização. Deve-se evitar as atividades tipo “palestra”, que colocam o profissional como responsável por dissertar todas as respostas às questões das gestantes. Os profissionais devem fazer um movimento participativo onde eles terão um papel de mediador das realidades e experiências trazidas pelas participantes. Em outras palavras o grupo (tanto os técnicos como as gestantes e sua família) vai construir suas perguntas e respostas.

Entende-se que os grupos de gestantes tenham como objetivos gerais: dialogar e refletir sobre a gestação e seu significado; oportunizar a expressão individual/coletiva sobre o período da gravidez e puerpério; aprofundar temas relacionados com a gravidez que sejam de interesse do grupo; ampliar a rede de apoio na comunidade (DURÃES-PEREIRA et al, 2007).

Considera-se necessário lembrar que nos encontros individuais com as gestantes, seja em consulta ou nas visitas domiciliares (ver capítulo 17), se façam também abordagens educativas que tenham o mesmo referencial pedagógico aqui proposto, visto que o pré-natal é um atendimento de prevenção de agravos e promoção de saúde (PEKELMAN, 2008; ICSI, 2009; NATIONAL COLLABORATIVE CENTRE FOR WOMENS AND CHILDRENS HEALTH, 2008).

17.2 Fazendo o grupo de gestantes: etapas para sua realização

Na realização dos grupos de gestantes é importante considerarmos algumas etapas que irão aprimorar o desenvolvimento do grupo, são elas: o referencial pedagógico (método), planejamento das atividades, o registro e a avaliação (DIERCKS; PEKELMAN, 2001).

17.2.1 Planejamento

O trabalho com grupos deve ser visto por toda a equipe de saúde como essencial e fazer parte do planejamento local. A disponibilidade de tempo para esta atividade é um compromisso da equipe, assim como a divulgação e o encaminhamento das gestantes ao grupo. Sugere-se que o grupo tenha uma coordenação multidisciplinar com no mínimo dois membros da equipe. Estes profissionais devem ter horários em comum para poderem planejar e avaliar o trabalho desenvolvido. Trabalhar em dupla é importante para dividir tarefas dentro e fora do grupo (p. ex: um para coordenar e outro para registrar), observar o grupo, compartilhar as diferentes percepções e “treinar” o diálogo.

O planejamento implica em organizar o desenvolvimento dos encontros do grupo, definir responsabilidades dos coordenadores, estudar os temas abordados e as dinâmicas utilizadas, providenciar local e material de apoio necessário, registrar e avaliar (DIERCKS; PEKELMAN, 2001).

A escolha dos temas deve partir da realidade e interesse das gestantes e sua família e dos profissionais. Existe um conjunto de assuntos sugeridos para compor as discussões dos grupos, que são: as transformações corporais e emocionais, sexualidade, nutrição e atividades físicas, tabagismo e uso de drogas, etapa do ciclo vital, crescimento e desenvolvimento do concepto, parto e sinais de alerta, amamentação, cuidados com o recém-nascido, papel do pai e da rede de apoio, puerpério, benefícios legais, relações de gênero e violência, entre outros (BRASIL, 2005).

No planejamento das atividades é necessário incluir a perspectiva de realizar alguns encontros onde os pais possam estar presentes, participando do debate de temas que envolvam a paternidade e as dúvidas e incertezas dos homens. É importante ressaltar que se deve planejar as atividades adequando-as às diferentes faixas etárias; é preferível não realizar grupos de gestantes misturando adolescentes com mulheres mais velhas. O contexto de uma gravidez na adolescência é diferente em relação a uma mulher em outra etapa do ciclo vital; as diferenças se referem principalmente à visão de futuro, a forma de ver os relacionamentos afetivos, sexualidade, anticoncepção, o tipo de linguagem utilizada, etc (BRASIL, 2005; BOWMAN; RUCHALA, 2006).

Em relação aos grupos de gestantes, pode-se pensar em grupos abertos ou cursos fechados, ou seja com o número de encontros determinados. O importante dessas opções é o método pedagógico que será desenvolvido.

Os encontros abertos permitem uma maior circulação de participantes, mas dificultam a construção da identidade de grupo e a seqüência dos temas a serem desenvolvidos. O curso fechado

favorece a construção da grupalidade, intimidade, laços afetivos e rede de apoio, assim como a construção de uma seqüência de temas. De forma geral, os cursos se desenvolvem em um período não superior a 12 semanas através de encontros semanais de, no máximo, uma hora e trinta de duração. É relevante que os conteúdos/temas do curso observem uma organização temática orientadora, seguindo uma certa lógica no cuidado deste período de gestação. Por exemplo o curso pode ser construído abordando três eixos temáticos principais e seus respectivos temas/conteúdos:

- Eixo temático 1: cuidando de si: o corpo, sexualidade, afetividade, etc;
- Eixo temático 2: o parto e puerpério: parto sem dor, exercícios, visita ao hospital, depressão pós-parto, etc;
- Eixo temático 3: cuidando do bebê: amamentação, desenvolvimento do bebê, cuidados do dia a dia (banho, troca de fraldas, etc;)

Os eixos temáticos, assim como os conteúdos, podem mudar conforme o contexto singular de cada atividade coletiva de gestantes.

Vale ressaltar que o curso deve ser oferecido pelo menos duas vezes ao ano para que um maior número de gestantes possa participar.

17.2.2 O referencial pedagógico (método)

O referencial pedagógico proposto é o da educação popular (FREIRE, 2004) que tem como princípios :

- a)-Desenvolver um ambiente de confiança.

Inicialmente sugere-se estabelecer um contrato de sigilo para que a participação seja livre e aberta. A construção de uma relação afetiva entre os membros do grupo favorece o seu desenvolvimento e propicia uma maior capacidade de aprofundamento de questões delicadas e de intimidade pessoal. Sendo a gestação um período de muitas dúvidas, incertezas e fantasias, o grupo pode também ter um papel de suporte terapêutico importante, embora não seja este seu objetivo primordial.

b) Partir do cotidiano de cada uma das gestantes, de seus conhecimentos, questionamentos e significados enriquece e amplia o contexto de cada uma delas. Compartilhar experiências é muito importante no processo do grupo. É necessário que estas experiências possam também ser questionadas para se compreender as diferenças o que permitirá a cada gestante refletir sobre a sua realidade neste momento de vida. Primeiro ouvir e depois tentar construir em conjunto uma resposta que tenha validade intersubjetiva, é um processo pedagógico problematizador.

Um dos objetivos desse método é promover a autonomia das pessoas para o autocuidado, o protagonismo das gestantes e a reflexão sobre a gestação e seu contexto. A educação participativa centrada na gestante pressupõe uma participação significativa de todos os integrantes do grupo. Esta participação se dá no planejamento, na escuta das opiniões, na construção de conceitos, no debate de idéias e na acolhida dos sentimentos dos integrantes do grupo (DEAKIN et al, 2005). Construir um sentimento de autoconfiança em relação à sua situação de “grávida” é fundamental. Este sentimento de autoconfiança possibilita uma autonomia e uma caminhada direcionada ao autocuidado de si e do seu filho.

Este método pedagógico muitas vezes traz dificuldades para os profissionais, pois exige que a escuta seja acolhedora e, ao mesmo tempo, questionadora. As histórias de vida relatadas no grupo freqüentemente podem provocar desconforto ou emoções que a equipe talvez não saiba lidar naquele momento. Por isso é necessário trabalhar dentro de si os próprios 'pré-conceitos' Estar aberto as diferentes crenças e verdades construídas culturalmente, distintas das verdades científicas, é uma dificuldade freqüente (DIERCKS; PEKELMAN, 2001; PEKELMAN, 2008; NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMENS AND CHILDRENS HEALTH, 2008; DIERCKS, 2003; BRASIL, 2007; NOVICK; SADLER, 2010).

c) As dinâmicas de grupo ou técnicas afetivo-participativas podem e devem ser utilizadas. Elas auxiliam a introduzir temas, a criar um ambiente de maior confiança e afetividade no grupo e possibilitam uma aproximação entre os seus integrantes. Pode-se lançar mão de várias técnicas e dinâmicas de grupo, mas o importante é saber qual o objetivo que se quer atingir. Nesse sentido é indispensável avaliar se essas técnicas estão adequadas para o grupo com o qual se está trabalhando e se guardam coerência metodológica com o processo educativo. Vídeos e cartilhas também são recursos importantes na discussão desde que auxiliem na reflexão e no desenvolvimento do processo educativo (BRASIL, 2007; NOVICK; SADLER, 2010; ALFORJA, 1990; AGUILAR, s.d.).

17.2.3 Registro

O registro das atividades do grupo é o que vai possibilitar a avaliação do processo educativo. É a partir do registro que se conta a história e se percebe o desenvolvimento do grupo, seus avanços e dificuldades. O registro auxilia na organização, na avaliação e no planejamento do grupo e deve ser o mais fiel possível aos acontecimentos do grupo. Assim, não basta anotar o tema abordado e o número de participantes; esse dado é burocrático e tem pouco valor para a avaliação do andamento do grupo. É interessante ler o que foi registrado no final de cada encontro para o grupo todo; esta leitura poderá encaminhar a síntese do encontro e a sua avaliação. Muitas vezes, durante o trabalho em grupo, somente é possível registrar em tópicos ou algumas falas das participantes que são mais significativas. Quando isso acontecer um registro mais detalhado deverá ser realizado logo no final do grupo. Este momento servirá também como avaliação do grupo por parte dos profissionais. A leitura periódica dos registros auxilia na visão geral do processo do grupo e na crítica às dificuldades que os coordenadores possam enfrentar para a problematização. O registro do grupo requer um lugar específico para ser guardado na Unidade de Saúde, pois ele é a memória e a longitudinalidade das ações coletivas (DIERCKS; PEKELMAN, 2001; DIERCKS et al, 2003).

17.2.4 Avaliação

A avaliação deve ser permanente. Cada encontro realizado deve-se fazer um momento de avaliação entre os participantes do grupo e coordenadores e registrá-la junto ao registro do grupo. Os parâmetros de avaliação são definidos a partir dos objetivos iniciais do grupo. A avaliação com as gestantes pode ser individual ou coletiva e realizada mediante técnicas específicas, por escrito ou falada. Alguns aspectos devem ser abordados sempre em uma avaliação do grupo, tais como: expectativas individuais, compreensão do processo do grupo, linguagem utilizada, papel dos profissionais, temas e formas de abordagem.

17.3 Exemplo de um encontro de um grupo de gestantes, seguindo os aspectos metodológicos sugeridos.

Unidade: _____

Grupo de Gestantes

Data: _____

Local: Sala de grupo da US

Número de participantes:

Coordenação:

Registro :

Eixo temático: cuidado com o filho

Tema/conteúdo: amamentação

Objetivos: discutir as dificuldades e benefícios da amamentação a partir da experiência de convidadas da comunidade

Dinâmica: convidar uma puérpera primigesta e uma múltipara com experiência de aleitamento para debater suas experiência com o grupo

Cabe ao mediador: a) provocar o debate a partir das diferentes vivências e contribuir na problematização das experiências; b) destacar as dificuldades e movimento de superação das mesmas; destacar os benefícios e consolidação da amamentação; abordar a constituição de redes de apoio/papel do pai

Se possível, propiciar a amamentação no grupo

Avaliação: constará de uma rodada de avaliação entre as participantes; da avaliação entre os coordenadores após o grupo e, finalmente da leitura do registro.

Referências

AGUILAR, M.J.; **Técnicas de animación grupal**. Buenos Aires: Espacio Editorial, s/d.

ALFORJA; **Técnicas participativas para la educación popular**. Lima: Tarea, 1990.

BOWMAN, K. G.; RUCHALA, P. L. A comparison of the postpartum learning needs of adolescent mothers and their mothers. **Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 35, n. 2, p. 250-6, mar./apr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular em saúde**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

DEAKIN, T. A. et al. Entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. **Biblioteca Cochrane Plus**, Oxford, n. 3, 2005.

DIERCKS, M. S.; PEKELMAN, R. **O trabalho com grupos e a elaboração de material educativo em conjunto com a população**: as DST/AIDS no cotidiano das mulheres. Porto Alegre: Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária, 2001.

DIERCKS, M. et al. Uma pedagogia para a comunicação popular em saúde. In: SILVA, J. O.; BORDIN, R. (Org.). **Máquinas do sentido**: processos comunicacionais em saúde. Porto Alegre: Dacasa, 2003. p. 149-157.

DIERCKS, M. **O mundo de Iara**. São Paulo: Universidade de São Carlos. No prelo.

DURÂES-PEREIRA, B. M. B.; NOVO, F. N.; ARMOND, J. E. A escuta e o diálogo na assistência pré-natal, na periferia da zona Sul no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 465-76, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). **Health care guideline**: routine prenatal cares. Bloomington: ICSI, aug. 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care**: routine care for the healthy pregnant woman. London: NICE, jun. 2010.

NOVICK, G. Women's experience of prenatal care: an integrative review. **Journal of Midwifery & Womens Health**, New York, v. 54, n. 3, p. 226-37. may/june 2009.

NOVICK, G. et al. Womens experience of group prenatal care. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, aug. 2010.

PEKELMAN, R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 295-302, jul./set. 2008.

RIOS, F. C. T.; VIEIRA, C. F. N. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-86, 2007.

18. O acompanhamento pré-natal e o Agente Comunitário de Saúde

Ana Lúcia da Costa Maciel

Renata Pekelman

"Foi muito importante a visita do Agente de Saúde, fiquei mais tranqüila, confiante e com a certeza que agora faço a coisa certa".

Gestante moradora do território de atuação do SSC/GHC

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) representa um importante elo de comunicação e integração da população com o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS). Seu trabalho é relevante na medida em que tem a responsabilidade de identificar gestantes na comunidade, orientá-las para um adequado acompanhamento pré-natal e puerpério, além de realizar visitas domiciliares.

18.1 Identificação de gestantes na comunidade

O ACS deverá estar atento na comunidade onde circula, identificando gestantes no território. Neste caso o ACS deverá questionar se a gestante está em acompanhamento pré-natal; caso ela não esteja, o agente informará corretamente sobre como acessar o atendimento de pré-natal na unidade de saúde e esclarecerá sobre sua importância, tanto para mulher quanto para o bebê.

Após identificar o motivo da falta de acompanhamento pré natal o ACS deverá comunicá-lo à equipe de saúde. Neste caso a equipe irá monitorar o ingresso (ou retorno) da gestante no acompanhamento de pré-natal; caso ela continue ausente ao serviço, o ACS realizará uma nova visita domiciliar já informando a data e o horário da consulta agendada.

18.2 Acompanhar as gestantes para um adequado pré-natal

O ACS desempenha um papel importante ao estimular a realização do pré-natal, tendo em vista que ele é o profissional que está mais próximo da realidade da comunidade. Cabe ao ACS (BRASIL, 2009, BRASIL, 2010):

- verificar se a mulher possui o cartão da gestante e orientá-la sobre a importância de mantê-lo bem cuidado, atualizado, e que deve sempre portá-lo em qualquer atendimento de saúde;
- observar se a gestante está em acompanhamento periódico, reforçando a necessidade de realizar, no mínimo, seis consultas durante a gravidez. O ACS pode observar e lembrar a data da próxima consulta agendada.
- observar se a gestante está em acompanhamento com a equipe de saúde bucal e orientar sobre a importância de agendar (e como fazê-lo), pelo menos, uma consulta com o dentista nesse período.
- verificar no cartão da gestante se a vacina antitetânica e da hepatite B foram realizadas; caso não tenham sido realizadas verificar o motivo e reforçar a importância durante a gestação.

- verificar se a gestante realizou os exames laboratoriais solicitados pela equipe e se estes estão registrados no cartão (carteirinha); caso não tenham sido feitos, identificar as dificuldades para tal e informar a dificuldade à equipe de saúde;
- identificar crenças e mitos locais em relação aos cuidados da gestante e no puerpério. Procurar entender os motivos da falta de adesão, quer sejam por dificuldades de acesso, por dificuldades em estabelecer vínculo com a equipe ou porque essas crenças e mitos estejam interferindo em um cuidado adequado; após, discuti-las com a equipe de saúde;
- orientar em relação à maternidade a ser escolhida para o parto e a possibilidade de visitar o Hospital Nossa Senhora da Conceição (vide capítulo 15). Esclarecer sobre o direito ao parto humanizado (Lei nº 11.108/ 2005) que assegura a presença de acompanhante; oferecer-se para auxiliar na preparação dos objetos pessoais e do bebê, necessários para a maternidade;
- orientar sobre a importância do aleitamento materno, seus benefícios para a mulher e para o bebê (vide capítulo 3); acompanhar e apoiar em relação às dificuldades do aleitamento;
- identificar e estimular o fortalecimento de uma rede de apoio que poderá ser especialmente importante nos seguintes momentos: na hora de acompanhar a gestante na maternidade, no cuidado dos outros filhos, na manutenção e higiene da casa nos primeiros dias de retorno da maternidade e na amamentação;
- orientar outras questões melhor descritas em outros capítulos deste trabalho, tais como: alimentação saudável, atividades físicas, sexualidade, amamentação, higiene pessoal e do bebê.

18.3 A visita no puerpério

O ACS realiza uma das primeiras visitas que a família recebe logo após o nascimento do bebê. É muito importante fortalecer o vínculo entre a equipe e a nova família. O ACS deve observar como a família está se organizando após a chegada do novo membro da família, se a puérpera conta com uma rede de apoio para os dias em que ainda está convalescendo, e se está amamentando, quando não houver contra-indicação (BRASIL, 2009).

Cabe ao ACS:

- orientar sobre o retorno à maternidade em caso de complicações imediatas do pós-parto como febre, sangramento e dor;
- incentivar e apoiar o aleitamento materno, identificando possíveis dificuldades e orientar sobre as vantagens do aleitamento exclusivo até os seis meses de vida do bebê;
- orientar e incentivar a realização do teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha;
- estar atento aos sinais de depressão pós-parto e de negligência com o bebê;
- orientar sobre a importância das consultas de puerpério;
- revisar o esquema vacinal da mãe (DT e rubéola) e do bebê (BCG e Hepatite B);
- estimular a realização do Registro Civil da criança

18.4 A visita domiciliar à gestante e sua família

A visita domiciliar (VD) é uma importante ferramenta de trabalho do ACS. É um momento privilegiado de encontro entre o serviço de saúde e a família. Conhecer o ambiente de moradia implica em conhecer o mundo cultural da comunidade, as relações e as complexidades que existem em uma família. Este conhecimento vai desde as condições socioeconômicas até as relações afetivas que se estabelecem nas famílias (BRASIL, 2009).

Quando o ACS entra no domicílio, apesar de pertencer àquela comunidade, ele está exercendo o papel de um membro de uma equipe de saúde, portanto, sua presença representa aquela instituição. É fundamental que o ACS faça antes da visita um planejamento que trace os seus objetivos, identifique o tempo necessário para a visita e observe um roteiro para o acompanhamento das famílias.

É importante que o ACS adote atitudes importantes como esclarecer a família sobre o objetivo da visita e questionar se é possível realizá-la naquele momento ou agendá-la para outra data.

Os objetivos de visitar as gestantes são: identificar se há necessidade de algum auxílio para um adequado acompanhamento; avaliar se o pré-natal está sendo seguido, procurar entender os motivos de uma possível falta de adesão às consultas ou realização de exames e, auxiliar no fortalecimento do vínculo da família com o serviço de saúde, ampliando desta forma a sua rede de apoio.

Após a realização da VD, o ACS deverá avaliar se os objetivos foram alcançados, verificar possíveis dificuldades para o seguimento do pré-natal e realizar os encaminhamentos necessários juntamente com a equipe (BRASIL, 2009).

Estudo realizado em 2005 (CESAR et al, 2008) evidencia que gestantes visitadas, tanto por ACS como por líderes da Pastoral da Criança, tiveram melhor acompanhamento pré-natal. Porém, o autor constatou que, as gestantes visitadas pelos ACS, iniciaram as consultas no primeiro trimestre de gestação em 61% das vezes, enquanto que nos outros dois grupos estudados este percentual não chegou a 50%. Em relação ao número de consultas, 53% as gestantes visitadas pelos ACS realizaram nove ou mais consultas, enquanto nos outros dois grupos apenas 26%. Da mesma forma, a realização dos exames laboratoriais e clínicos foi maior naquelas visitadas pelos ACS.

Estes agentes tiveram um papel de esclarecer sobre os procedimentos do acompanhamento pré-natal e de incentivar as gestantes a tirarem suas dúvidas com os profissionais que as acompanham no pré-natal.

Dessa forma, considera-se que o papel do ACS é fundamental para qualificar o pré natal, tendo em vista que o acompanhamento domiciliar das gestantes, as orientações e os esclarecimentos prestados constituem-se em momentos propícios e favoráveis para o fortalecimento do vínculo entre a família, a comunidade e a equipe de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **Colegiado multiprofissional, projeto de educação permanente dos agentes comunitários de saúde**. Porto Alegre, 2010. mimeo.

CESAR, J. A. e al. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2614-22, nov. 2008.

19. A consulta de puerpério

Raul Miguel Alles

“Vou consultar logo que eu tiver alta. Em casa, a gente volta a ficar insegura e acho importante saber se continua tudo bem e se estou fazendo tudo certo”.

Puérpera moradora da área de atuação do SSC/GHC

O puerpério, ou seja, o período de tempo de seis semanas que se inicia após o parto ou cesariana pode ser dividido em 3 estágios: puerperio imediato – do 1º ao 10º dia após o nascimento, puerpério tardio – do 10º ao 45º dia e puerpério remoto – além do 45º dia (FREITAS et al, 2006).

Uma vez que boa parte das situações de morbimortalidade materna e neonatal ocorram na primeira semana após o parto, a volta precoce da mãe e do recém-nascido ao serviço de saúde deve ser estimulada no pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde durante visita domiciliar (BRASIL, 2006). Na última consulta de pré-natal a mulher pode ser orientada a deixar agendada duas consultas pós-parto (uma para ela e outra para o recém-nascido).

A atenção ao binômio mãe-bebê no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal, e tem como objetivos (BRASIL, 2006):

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

19.1 Escuta com empatia

A puérpera precisa se sentir acolhida e que o profissional esteja realmente interessado em ajudá-la, oferecendo-lhe fundamentalmente espaço para que compartilhe experiências tão únicas, vivenciadas no final da gestação, no parto e na volta pra casa.

O puerpério, sob o ponto de vista emocional caracteriza-se por um estado provisório de maior fragilidade psíquica, tal como no bebê, e que por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo suas necessidades básicas. Devemos estar atentos também para o “puerpério do companheiro”, quando ele poderá, neste momento, estar se sentindo participante-ativo ou até mesmo totalmente excluído (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

Enquanto escutamos o casal podemos observar questões relacionadas à facilidade ou dificuldade na formação do vínculo entre mãe, pai e bebê, fundamental para um adequado desenvolvimento. Identificar práticas positivas e elogiar iniciativas dos pais no auto-cuidado e no cuidado

com o bebê, são atitudes que aumentam a confiança do casal e facilitam a sua vinculação (BRASIL, 2006). O capítulo 16 aborda aspectos relacionados ao funcionamento familiar no período puerperal e traz alguns questionamentos para melhor avaliá-lo.

É importante verificar o cartão da gestante e perguntar à mulher sobre (BRASIL, 2006):

- condições da gestação;
- condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- dados do parto (data; tipo de parto; se cesárea, qual a indicação);
- intercorrências na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh);
- se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e/ou parto;
- se recebeu imunoglobulina anti-D (Rogam), até 72 horas pós-parto (nas pacientes Rh negativas e não sensibilizadas, ou seja, com Coombs indireto negativo, cujo recém-nascido tenha sido Rh positivo).
- uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, outros).

19.2 Identificar sentimentos e dificuldades em relação a diferentes aspectos

- condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros). É importante diferenciar o Baby Blues, ou seja, um estado de depressão branda que aparece no terceiro dia após o parto e tem duração aproximada de duas semanas, de uma depressão patológica (SARMENTO; SETÚBAL, 2003). O capítulo 5 apresenta questionamentos que devem ser feitos a puérpera entre 4-6 semanas e 3-4 meses após o parto com o intuito de identificar depressão.
- alimentação, hábitos de sono, atividades (BRASIL, 2006) (ver capítulo 6);
- dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre (BRASIL, 2006);
- aleitamento (frequência das mamadas – dia e noite –, dificuldades na amamentação, satisfação do recém-nascido com as mamadas, condições das mamas) (BRASIL, 2006);
- planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência) (BRASIL, 2006);
- condições sociais (pessoas que oferecem apoio, condições para atendimento de necessidades básicas do bebê: vestuário, local para dormir, transportar, etc.) (BRASIL, 2006).

19.3 Avaliação clínica e ginecológica

- verificar dados vitais (temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial);
- observar estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e membros inferiores
- examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- examinar abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação. O fundo uterino, no 10º dia após o parto encontra-se próximo a sínfise púbica;

- examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios em relação a cor e odor);
- observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais freqüentes de problemas nos mamilos. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e a possibilidade de doação do leite excedente a um banco de leite humano;
- verificar possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe (BRASIL, 2006; FESCINA et al, 2007);

O quadro 1 descreve alguns sinais e sintomas comuns no puerpério, assim como o seu manejo.

Quadro 1. Sinais e sintomas comuns no puerpério e manejo. Adaptado do CLAP 2007.

Sinais e Sintomas	Manejo
Dor perineal, lóquios fétidos, dor nas relações sexuais.	Descartar infecção ou cicatrização defeituosa da episiotomia. Recomendar frio local, analgésicos e se, não efetivos, considerar anti-inflamatórios não esteróides locais ou via oral
Dor nas relações sexuais	Avaliar a episiotomia. Aconselhar lubrificantes de base aquosa nas relações
Dor de cabeça pós anestesia epidural ou raquídea	Analgésicos e repouso sem travesseiro
Fadiga persistente	Investigar a presença de outros sintomas e em especial anemia. Averiguar a necessidade de incremento da alimentação, aporte de ferro e exercícios físicos.
Hemorróidas	Analgesia e banhos de assento. Se severas, edemaciadas e prolapsadas, referir ao proctologista.
Constipação	Recomendar dieta rica em fibras e líquidos. Pode se usar laxante suave (óleo mineral).
Incontinência fecal	Avaliar severidade, duração, frequência. Se persistir mais de 1 mês: referir
Incontinência urinária	Ensinar exercícios do assoalho pélvico. Se persistir: referir

Obs: Manejo com indicação de medicamentos (ver capítulo 9).

19.4 Orientações a serem dadas a puérpera

- higiene, alimentação, atividades físicas (vide capítulo 6);
- atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids;
- cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (ver Rotina Criança de 0-12 anos do SSC),
- considerar a situação das mulheres que não puderam amamentar; estando recomendado enfaixar as mamas, evitar o esvaziamento, analgesia, compressas frias e restrição hídrica (FREITAS et al, 2011). Uso de medicamentos como estrogênios e inibidores da prolactina, como bromocriptina podem ser utilizados, mas podem ter efeitos colaterais graves (GALÃO, A.O; HENTSCHEL, 2011).
- cuidados com o recém-nascido;
- direitos da mulher: reprodutivos, sociais e trabalhistas (ver capítulo 12).
- orientar sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos (ver item 19.5)
- aplicar vacinas, dupla tipo adulto (para completar esquema vacinal iniciado na gestação, se necessário) e tríplice viral, se necessário (ver Capítulo 4 sobre imunizações);

- oferecer teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto;
- prescrever suplementação de ferro: 60mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para gestantes sem anemia diagnosticada (BRASIL, 2006);
- registrar informações em prontuário e dar alta do programa SIS PRE-NATAL, informando a data do parto e o tipo de parto.

19.5 Uso de método anticoncepcional durante o aleitamento

A escolha do método deve ser sempre personalizada. Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar: - o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação, os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactante (BRASIL, 2006). Quanto ao retorno a atividade sexual, não há período ideal definido, no entanto há de se orientar o casal para as particularidades deste período (mudança dos papéis sociais, diminuição da libido), bem como das mudanças na fisiologia e, neste aspecto, é importante a prescrição de lubrificantes vaginais (FREITAS et al, 2011). Sobre anticoncepcionais, ler também capítulo 9 (medicamentos e drogas na amamentação).

Métodos anticoncepcionais:

- A associação amenorréia e lactação exclusiva com livre demanda (LME) tem alta eficácia como método contraceptivo nos primeiros seis meses após o parto, ou até que apareça a primeira menstruação pós-parto, o que ocorrer primeiro. A mulher que passa da amamentação exclusiva para a parcial deve iniciar o uso de outro método, se o parto tiver ocorrido há mais de 45 dias, pois nessa circunstância aumenta o risco de gravidez;
- A mulher que está amamentando e que necessita, ou deseja, proteção adicional para prevenir a gravidez deve primeiro considerar os métodos sem hormônios (DIU e métodos de barreira);
- O DIU pode ser opção para a mulher na fase de amamentação e pode ser inserido imediatamente ou a partir de quatro semanas após o parto. O DIU está contra-indicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura;
- O anticoncepcional hormonal oral apenas de progestogênio (minipílula) é boa opção para a mulher que está amamentando e pode oferecer proteção extra, se a mulher assim o desejar. O seu uso pode ser desde a alta hospitalar ou de preferência quatro semanas após o nascimento (FREITAS et al, 2011).
- Anticoncepcional injetável trimestral (com progestogênio isolado) – acetato de medroxiprogesterona 150mg: deve-se indicar o início do uso desse método, nas lactantes, a partir de seis semanas após o parto. Seu uso tem sido preferencial nas situações de doenças maternas como diabetes, hipertensão e outras;
- O anticoncepcional hormonal oral combinado não deve ser utilizado em lactantes, pois interfere na qualidade e quantidade do leite materno, e pode afetar adversamente a saúde do bebê

- A laqueadura tubária, por ser método definitivo, deve respeitar os preceitos legais e, se indicada, a sua realização deverá ser postergada para após o período de aleitamento e, nessa situação, introduzido o método contraceptivo transitório;
- Os métodos comportamentais (Tabelinha, Método Billings e outros) só poderão ser usados após a regularização do ciclo menstrual, sendo que sua proteção é bem menor que a de outros métodos.

19.6 Intercorrências que se caracterizam como sinais de alerta no puerpério

O quadro 2 descreve sinais e sintomas no puerpério que caracterizam-se por condições de alerta

Quadro 2. Sinais e sintomas, condição de alerta e manejo inicial.

Sinais e sintomas	Condição	Manejo
Perda súbita ou contínua de sangue Fraqueza, tontura ou palpitações/ taquicardia	Hemorragia pós-parto	Avaliar, estabilizar clinicamente e encaminhar para CO.
Febre, calafrios, dor abdominal e/ou lóquios fétidos	Infecção	Procurar realizar diagnóstico diferencial e tratar conforme diagnóstico e/ou encaminhar ao CO
Cefaléia acompanhada por um ou mais sintomas após até 72 horas do parto: • distúrbios visuais • náuseas, vômitos	Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	Avaliar, estabilizar (ver capítulo 10) e encaminhar ao CO
Dor unilateral na panturrilha, eritema ou edema Respiração curta ou dor torácica	Tromboembolismo	Encaminhar para CO

Fonte: adaptado do NICE, 2006

A seguir, serão descritas algumas patologias encontradas no período puerperal e o seu manejo. Se necessário tratamento medicamentoso, consulte o capítulo 9.

19.6.1 Endometrite

Uma endometrite pós-parto leve, ou seja, sem repercussão no estado geral da paciente, pode ser tratada de ambulatorio com antibiótico via oral. São usadas drogas de amplo espectro como a ampicilina. A melhora deverá ocorrer em 48 a 72 horas e, se houver persistência de febre após este intervalo, referir a paciente ao hospital, pela possibilidade de restos placentários. Na endometrite pós-parto com peritonite (íleo, distensão abdominal e irritação peritoneal) bem como na endometrite pós-cesareana, a paciente deverá ser referida a hospitalização para tratamento intravenoso até a paciente estar afebril por 48 horas (FREITAS et al, 2011).

19.6.2 Infecção da ferida operatória (cesárea) ou da episiotomia (parto vaginal)

A ferida operatória deve ser explorada e se a infecção for superficial, não envolvendo fáscia, são orientados curativos 2 a 3 vezes ao dia com soro fisiológico. Se a infecção comprometer a aponeurose e houver deiscência há necessidade de desbridamento cirúrgico e correção da área de deiscência, por isto a paciente deverá ser referida ao hospital. O uso de antibióticos, cefalosporina de primeira geração (cefalexina por 7 dias), está indicado, sem necessidade de internação, somente quando se tratar de infecção que se estender além dos limites cirúrgicos (tendo como sinal a celulite), e observando a cicatrização por segunda intenção. Infecções mais extensas, além de maior cobertura de antibióticos, necessitam eventualmente de desbridamento, sendo necessário internar (FREITAS et al, 2011).

A infecção de episiotomia deve ser explorada e os fios de sutura removidos, orientando banhos de assento com água morna e soluções antissépticas. Lembrar de examinar a região anal, para avaliar a integridade do esfíncter anal e da mucosa anal. Quando não ocorrer a cicatrização normal, considerar possível perineorrafia quando se tiver formado tecido de granulação saudável (FREITAS et al, 2011). Não havendo melhora, presença de hematoma ou sintomas sistêmicos de infecção (febre, calafrios), a paciente deve ser referida ao CO.

19.6.3 Mastite e fissura mamilar

Usar analgésico/antitérmico e antibióticos penicilinase resistentes, ou as cefalosporinas (SALES et al, 2000). Também pode ser usada dicloxacilina, sendo que o uso de cefalexina por sete dias e orientação para não suspender a amamentação são suficientes (FREITAS et al, 2011). No caso de já ter formado um abscesso mamário, a puérpera deve ser encaminhada para drenagem e poderá ser necessário suspender a amamentação (FREITAS et al, 2011).

As fissuras de mamilo devem ser manejadas com orientação para: manter a região seca e areada; expor os mamilos ao sol; fazer expressão do leite no final da mamada passando pela região mamilo-areolar e deixar secar naturalmente e, não usar medicamentos tópicos (BRASIL, 2009). Deve-se estar atento para possível pega incorreta do bebê, o que é causa comum de fissura mamilar.

19.6.4 Depressão puerperal

A depressão puerperal tem uma prevalência de 10 a 15%. Devem ser adotadas medidas de apoio com médico e/ou enfermeira ou técnico em saúde mental, que devem tratar a depressão, de maneira eficaz, em 70% dos casos. A equipe como um todo deve estar atenta à saúde mental da mãe. O NICE (2010) descreve uma forma simplificada de rastreamento de transtorno mental que podem ser aplicado por qualquer profissional da equipe de APS (ver Capítulo 5). As visitas domiciliares podem ser ainda mais úteis quando se suspeita de depressão puerperal, principalmente pelo risco de negligência e/ou maus tratos ao bebê. É possível utilizar drogas antidepressivas seguras para o período da lactação, se necessário (FRIEDMAN; RESNICK, 2009). Caso a paciente não consiga seguir o acompanhamento proposto ou não houver melhora do quadro, deverá ser referenciada para profissional da saúde mental (interconsulta ou referência secundária. (PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde, 2006; FREITAS et al, 2011).

Alguns fatores de risco para depressão puerperal são: primiparidade, gestação não planejada, mãe jovem ou mãe solteira, prematuridade, baixo peso ao nascer (PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde, 2006) e a ocorrência de depressão puerperal em gestação anterior (NICE, 2010).

19.6.5 Outras intercorrências a serem consideradas

As infecções do trato urinário devem ser tratadas conforme etiologia, sendo inicialmente prescrito antibioticoterapia empírica.

Um abscesso pélvico pode ocorrer em 1 a 2 % das pacientes (picos febris ao final da tarde) e nestes casos deve-se referir a paciente ao CO.

Na tromboflebite séptica pélvica (1/ 2000 nascimentos) a paciente mantém picos febris apesar da antibióticoterapia, sendo necessário referir ao CO, onde além de exames de imagem, se faz teste

terapêutico com heparina associada a antibióticos (é necessário ter suspeita clínica, pois quando não tratado até 40% das pacientes terão êmbolos pulmonares).

A fasciite necrosante é uma complicação rara, mas com índices de mortalidade de 50% (falência de múltiplos órgãos), sendo assim é necessária a suspeita e encaminhamento ao hospital, onde além do debridamento cirúrgico e antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro, serem necessários cuidados em centro de tratamento intensivo (CTI).

Outra intercorrência relativamente comum, mas normalmente diagnosticada antes da alta hospitalar, é a cefaléia pós-punção de dura-máter; quando da suspeita (cefaléia frontal com irradiação occipital, piorada na postura ortostática, acompanhada ou não de tonturas, náuseas, vômitos, distúrbios visuais, dor interescapular, rigidez de nuca e sintomas auditivos). O tratamento se faz com repouso no leito, hidratação e analgesia com medicamentos a base de cafeína. Casos graves podem necessitar de injeção de sangue da própria paciente no espaço peridural para fechar o orifício por onde houve o vazamento do líquido cerebrospinal, para tanto é necessário o encaminhar ao CO (FREITAS et al, 2011).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

FESCINA, R. et al. **Saude sexual y reproductiva: guías para el continuo de atencion de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS**. Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

GALÃO, AO; HENTSCHEL, H., Puerpério normal. In: **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FRIEDMAN, S. H.; RESNICK, P. J. Postpartum depression: an update. **Womens Health (Lond Engl)**, London, v. 5, n. 3, p. 287-95, 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman**. London: NICE, jun. 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Routine postnatal care of women and their babies**. London: NICE, jun. 2006. NICE, 2008

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Diretrizes da assistência ao pré-natal de baixo risco**. Porto Alegre: Secretaria Municipal da Saúde, 2006.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais na gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-8, jul./set. 2003.

SALES, A. N. et al. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 627-32, 2000.

20. Situações envolvendo abortamento

Daniela Montano Wilhelms

“Há dez anos tive um aborto espontâneo no interior. Foi um choque, não entendi direito o que aconteceu. Ninguém me explicou o que havia acontecido. Levei sete anos para conversar sobre esse assunto com meu marido”.

Gestante hospitalizada no HNSC/GHC por pré-eclâmpsia.

“Nenhuma mulher quer abortar, mas quando precisa abortar, o que ela necessita - além de assistência social, médica, jurídica e psicológica - é, mais do que tudo: afeto, solidariedade, tolerância, respeito e repouso.” (IPAS BRASIL, 2010)

As complicações do aborto, devido a causas infecciosas ou hemorrágicas, constituem uma das principais causas de morte materna na região latinoamericana (FESCINA et al, 2007).

No Brasil, pesquisa de abrangência nacional, realizada nas capitais e no Distrito Federal em 2002, evidenciou que 11,4% dos óbitos maternos foram devido a complicações de abortos (IPAS BRASIL, 2010).

Pesquisa realizada em Porto Alegre constatou que infecções por aborto, juntamente com distúrbios hipertensivos da gravidez, foram as principais causas de morte materna, cada uma com 15% dos óbitos (LAURENTI, 2004).

Em relação ao perfil dessas mulheres, estudos sobre a mortalidade materna no Brasil evidenciam que as mortes por aborto atingem preferencialmente jovens, de estratos sociais desfavorecidos e residentes em áreas periféricas das cidades. São também mais acometidas mulheres negras, que apresentam um risco três vezes superior de morrer por essa causa, quando comparadas às brancas (MARTINS, 2006; RIQUINHO, 2006; MONTEIRO, 2007).

Ampla revisão de estudos, publicada pelo Ministério da Saúde em 2009, “20 anos de pesquisas sobre o aborto no Brasil”, revela que abortam com misoprostol, predominantemente, mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos (BRASIL, 2009).

O aborto ocorre espontaneamente em 15 a 20% das gestações conhecidas, sendo 80% desses nas primeiras 12 semanas. A maioria dos abortos espontâneos ocorre devido a anomalias estruturais ou cromossômicas do embrião. É a principal complicação do início da gestação. A ocorrência diminui com o aumento da idade gestacional (STOVAL, 2005). O risco de aborto depois de 15 semanas é cerca de 0,6%, variando de acordo com idade e etnia.

Dada a magnitude do problema, o SSC, em seu Relatório Anual sobre indicadores de saúde, apresenta a relação entre hospitalizações por aborto e parto no GHC. No ano de 2009 foi de 2/10, com variação de 1 a 4, entre as unidades de saúde. A hospitalização por abortamento foi a principal causa de internações em gestantes, representando 50% (99 casos) dentre todas internações por motivos diferentes de parto (BRASIL, 2009).

A estimativa do número de abortos inseguros entre as mulheres nos territórios do SSC é cerca de 420 casos/ano⁵.

O capítulo propõe-se a discutir aspectos a fim de auxiliar a prática clínica em relação ao aborto na Atenção Primária a Saúde.

20.1 Definição e classificação de aborto

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500g.

Os abortamentos podem ser classificados em (BRASIL, 2005):

- ameaça de abortamento;
- abortamento completo;
- abortamento inevitável/incompleto;
- abortamento retido;
- abortamento infectado;
- abortamento habitual;
- abortamento eletivo previsto em lei.

20.1.1 Ameaça de abortamento

Ocorre em cerca de 30 a 40% das gestações, em sua maioria entre a oitava e décima semana. 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. O exame de ultrassom mostra-se normal, podendo encontrar pequena área de descolamento ovular.

A probabilidade da ameaça para o abortamento espontâneo é de aproximadamente 11%, sendo que duplica caso o sangramento seja intenso. Não existe indicação de internação hospitalar. A conduta é expectante mesmo que haja presença de hematoma retroplacentário ou sangramento importante, sem comprometimento hemodinâmico. Não há outra conduta, além do suporte emocional, a ser tomada para impedir esse processo. Embora não haja tratamento efetivo para a ameaça de abortamento, a mulher pode ser orientada a ficar em repouso, utilizar analgésico (o uso de anti-inflamatórios não esteróides está contraindicado) se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a perda sangüínea, e retornar ao atendimento de pré-natal. As pacientes devem ser aconselhadas e tranquilizadas a fim de compreender a situação. O mais importante é assegurar conforto para a gestante e seu acompanhamento em caso de necessidade (SAVARIS, 2011; STOVAL, 2005).

Nos casos em que não ocorre regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido, deve a mulher retornar ao serviço de saúde para nova avaliação.

⁵ Para este cálculo, utilizamos a metodologia do Instituto Allan Guttmacher: número de internações por abortamento 99 x 5 x 1,125 x 0,75 (ponto médio das estimativas do número de abortos inseguros). Utiliza-se como fator de correção um sub-registro de 12,5% (abortamentos realizados fora das Us) e descontada uma proporção de 25% de abortos espontâneos (ALLAN GUTTMACHER, 1994).

20.1.2 Abortamento completo

Geralmente, ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sangüínea 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 do que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultrassom, 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. O acompanhamento clínico é suficiente para os casos em que o sangramento é pequeno, o colo já está fechado e o útero está involuído. Quando persiste o sangramento, ou a mulher deseja interromper a perda sangüínea, deve ser encaminhada para a realização de aspiração manual intra-uterina (AMIU) e, na falta dessa, a curetagem uterina.

20.1.3 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 ultrassom confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível.

A paciente deve ser encaminhada para esvaziamento uterino o mais rapidamente possível, sendo que o método empregado dependerá da idade gestacional e da condição do colo uterino.

20.1.4 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 sangüínea. O exame ecográfico 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. A mulher deve ser encaminhada ao Centro Obstétrico (CO) do HNSC. Pode ser tratado utilizando-se o misoprostol ou, quando o tamanho uterino corresponder à gestação com menos de 12 semanas, pode-se empregar a técnica de AMIU.

20.1.5 Abortamento infectado

Com muita freqüência, está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. Estas infecções são polimicrobianas e provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal. São casos graves, podendo ter como desfecho a morte, e, devem ser tratados, independentemente da vitalidade do feto. As manifestações clínicas mais freqüentes 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. Também podem estar presentes, em caso de infecção, taquicardia (>110btm), cianose/palidez, taquipnéia (> 30rpm), hipotensão, oligúria e/ou náuseas e vômitos (SAVARIS, 2011).

Esses casos são graves e necessitam de tratamento imediato. A gestante deve ser encaminhada diretamente ao Centro Obstétrico (CO) do HNSC.

20.1.6 Abortamento habitual

Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e secundário

quando houve uma gravidez a termo. Estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado, em que seja possível identificar as causas e realizar tratamentos específicos. No HNSC, o Ambulatório de Medicina Fetal é o serviço de referência (ver capítulo 15).

20.1.7 Abortamento eletivo previsto em lei

Nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida a legislação vigente, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida à mulher a opção de escolha da técnica a ser empregada: abortamento farmacológico, procedimentos aspirativos (AMIU ou elétrica) ou dilatação e curetagem. Tal escolha deverá ocorrer depois de adequados esclarecimentos das vantagens e desvantagens de cada método, suas taxas de complicações e efeitos adversos. Para mais informações sobre abortamento eletivo nos casos de violência sexual, consultar a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2005).

Na situação de abortamento eletivo previsto em lei, a gestante deve ser encaminhada ao CO do HNSC.

20.2 História clínica

Os primeiros passos ao prover atendimento para o abortamento são estabelecer que a mulher está realmente grávida e, em caso positivo, estimar o tempo de gestação e confirmar que a gravidez é intra-uterina. Os riscos associados com abortamento induzido, embora pequenos quando este é adequadamente realizado, aumentam com a duração da gravidez. Portanto, a determinação da idade gestacional é um fator crítico para selecionar o método mais apropriado (OMS, 2004).

Como no Brasil o relato de manobras abortivas implica questões éticas, legais, morais, religiosas e culturais conflituosas é comum que as pacientes tentem esconder o fato. Assim é importante que a paciente sinta-se acolhida e segura pela equipe de saúde, privilegiando a privacidade e o estabelecimento de confiança, fundamentais para um manejo adequado da situação.

20.2.1 Sinais e sintomas associados a abortamento

- atraso menstrual;
- dor tipo cólica no hipogástrio;
- sangramento uterino;
- fragmentos placentários no canal cervical/vaginal;
- batimentos cardíofetais presentes ou não a partir da 13ª semana.

20.2.2 Aspectos a serem abordados na história

Segundo Savaris (2011), os aspectos a serem abordados na história são:

- confirmação de gestação intra-uterina (afastar menstruação normal e gravidez ectópica);
- presença de febre (processos infecciosos);
- presença de leucorréia (infecção pélvica);
- uso de medicamentos (diarréia ou febre pode ser efeito colateral do uso do misoprostol);
- história de manobras abortivas;
- eliminação de material amorfo pela vagina (pode orientar diagnóstico de aborto incompleto ou completo);

- sintomas urinários (afastar infecção, litíase como causa do sangramento e da dor).

20.2.3 Aspectos a serem investigados no exame clínico

- estado geral da mulher (confusão mental, sepse);
- sinais vitais (para identificar choque);
- presença de dor lombar (cálculo renal e infecção urinária);
- exame abdominal em busca do tamanho uterino, massas tumorais, irritação abdominal, defesa abdominal;
- exame especular para identificar o grau, o local do sangramento e a condição do colo uterino, se há lesão vegetante, se há eliminação de restos ovulares, corpo estranho, presença de odor fétido, secreção purulenta;
- exame de toque: identificar se o colo uterino (orifício cervical interno) está aberto ou não, o tamanho do útero, dolorimento a mobilização e a condição dos anexos. Os sinais de gravidez, detectáveis durante o exame pélvico bi-manual entre a sexta e oitava semana de gravidez, incluem a maciez do istmo cervical e a maciez e aumento de tamanho do útero.

20.2.4 Diagnóstico diferencial do aborto espontâneo

O sinal principal de aborto espontâneo é o sangramento vaginal. As hemorragias da primeira metade da gestação que seguem em frequência ao aborto são:

- gestação ectópica,
- mola hidatiforme,
- ginecopatias coexistentes (pólipos, lesões cervicais malignas ou pré malignas),
- transtornos da coagulação.

O quadro 1 apresenta os achados clínicos e ecográficos dos principais diagnósticos diferenciais em situação de abortamento.

Quadro 1. Achados clínicos e ecográficos dos principais diagnósticos diferenciais do aborto.

	Clínica	Ecografia
Aborto	Dor. Sangramento inicialmente escasso e escuro, posteriormente abundante e vermelho vivo. Sem tumorações anexiais.	Útero ocupado por saco gestacional ou restos ovulares e/ou coágulos. No abortamento completo pode estar vazio ou com coágulos.
Gestação ectópica	Dor. Sangramento escuro e escasso. Tamanho do útero menor que o esperado para o tempo de amenorréia. Tumoração parauterina.	Tumoração parauterina inespecífica. Ausência de saco gestacional. Pseudosaco gestacional.
Mola hidatiforme	Sangramento vermelho às vezes com vesículas. Tamanho do útero maior que o esperado para o tempo de amenorréia. Cistos ovarianos.	Útero: imagem típica com vesículas. Ovários: cistos luteínicos uni ou bilaterais.

Se o útero de uma mulher grávida é menor do que o esperado, pode ser que a gravidez é menos avançada do que estimado pela data da última menstruação, que a gravidez seja ectópica, ou que seja um abortamento retido. Se o útero é maior do que o esperado, pode indicar uma gravidez mais avançada do que calculado pela data da última menstruação, pode ser gravidez múltipla, pode haver a presença de fibroma uterino, ou tratar-se de uma gravidez molar.

Na prática a presença de colo aberto, no exame físico, identifica abortamento incompleto ou inevitável sendo desnecessária solicitação de ultrassom. O colo fechado pode ser qualquer outro tipo de abortamento, logo deve-se solicitar ultrassom para avaliação.

Após considerar diagnóstico diferencial, a partir da história e exame físico podemos formular hipótese sobre os tipos de aborto, possíveis complicações concomitantes e encaminhar a conduta.

20.3 Fatores de risco associados a aborto espontâneo

- Idade: idade materna avançada é o mais importante fator de risco em se tratando de mulheres saudáveis. Uma revisão de um milhão de gestações com desfechos conhecidos apresentou um percentual de 9 a 17% de aborto entre 20 e 30 anos, 20% na idade de 35, 40% na idade de 40 anos e 80% com 45 anos.
- História de aborto espontâneo prévio: um importante preditor dos desfechos das gestações é a história obstétrica passada. Estudo inglês realizado com 630 mulheres para investigar a incidência de aborto espontâneo ou nascimento em mulheres com ou sem história prévia de aborto espontâneo encontrou como resultados: risco de aborto espontâneo em uma gestação futura de 20% com história de um aborto, 28% depois de dois abortos e 43% após três ou mais abortos. Em comparação ocorreu com 5 % das mulheres na primeira gestação ou aquelas com história de gravidez anterior levada a termo. Esse estudo enfatiza a importância do conhecimento da história reprodutiva da paciente para a avaliação clínica de seu risco de aborto espontâneo.
- Fumo: fumo pesado (mais de dez cigarros ao dia) é associado com aumento do risco de interrupção da gestação (risco relativo de 1,2 a 3,4). O mecanismo não é conhecido, mas pode estar relacionado a vasoconstrição e efeitos antimetabólicos. Pai fumante também pode aumentar esse risco.
- Álcool: estudos observacionais têm reportado que moderado e alto consumo de álcool aumenta o risco de aborto, mas não de forma consistente, devido ao inadequado ajuste para confundidores. Mulheres que planejam uma gestação devem evitar o consumo de álcool devido ao seu conhecido potencial teratogênico e por não estar estabelecido em nenhuma fase da gestação um nível seguro de ingestão.
- Cocaína: uso de cocaína é associado com risco de parto prematuro e fator de risco para aborto espontâneo. Um estudo caso-controle mostrou associação independente do uso de cocaína e aborto espontâneo, após ajuste para as variáveis demográficas e uso de drogas.
- Antiinflamatórios não esteróides (AINES): o uso de AINES pode estar associado ao aumento de risco de aborto com o uso no período da concepção, devido a um potencial de interferência na implantação do embrião. É aconselhável orientar que seja evitado o uso de AINES para mulheres que estão tentando engravidar, especialmente quando drogas alternativas estão disponíveis (por exemplo, como analgésico pode ser utilizado acetaminofen).
- Alterações anatômicas uterinas: malformações, miomas, incompetência istmocervical, insuficiência luteínica.

- Peso materno - índice de massa corporal menor que 18,5 ou acima de 25 kg/m² tem sido associado com um risco aumentado de infertilidade e aborto.
- Traumatismos (TULANDI; AL-FOZAN, 2010)

20.4 Condutas frente às situações de abortamento

20.4.1 Serviços de referência

No Hospital Nossa Senhora da Conceição o atendimento é realizado na emergência quando não há certeza que se trata de uma gestação. Caso gestação esteja confirmada o encaminhamento é para o Centro Obstétrico (ver capítulo 15).

20.4.2 Exames complementares

Independente do tipo de aborto deve-se oferecer a todas mulheres exames para classificação sangüínea (quando identificar Rh negativo e não sensibilizada, administrar imunoglobulina anti-D), hemograma, teste sorológico para sífilis, pesquisa do HIV e quando houver material uterino, o exame anatomopatológico.

Não há necessidade de solicitar ultrassonografia na presença de colo uterino aberto.

20.4.3 Procedimentos utilizados para esvaziamento uterino

Durante o primeiro trimestre da gravidez, consideram-se métodos aceitáveis a aspiração intra-uterina (manual ou elétrica), o abortamento farmacológico e a curetagem uterina. A ordem de escolha para os diferentes métodos depende das condições de cada serviço e da preferência da mulher, além da necessária avaliação do risco/benefício de cada procedimento.

No segundo trimestre, o abortamento farmacológico constitui método de eleição, como método único, podendo ser complementado, após a expulsão fetal, com curetagem ou aspiração uterina, segundo as condições clínicas da mulher. A interrupção da gravidez por meio de microcirurgia ou microcesariana deve ser reservada para condições excepcionais (BRASIL, 2005).

Abortamento farmacológico

É a utilização de fármacos para indução do abortamento ou abreviação do abortamento em curso. Pode ser utilizada ocitocina ou misoprostol (FLAGSO, 2005; BRASIL, 2005).

A potência do efeito do misoprostol varia com a idade gestacional, bem como com a via de administração, dose, intervalo entre doses, e a dose cumulativa. Protocolos clínicos variam de acordo com a idade gestacional (para consulta de protocolos ver: "Misoprostol as a single agent for medical termination of pregnancy" (CLARK, SHANNON, WINIKOFF, 2010) e "Uso do misoprostol em ginecologia e obstetrícia" (FAÚNDES et al, 2007).

Aspiração manual intrauterina (AMIU)

É indicada para todas as formas de abortamento até 12 semanas de gestação. Não necessita uso de bloco cirúrgico e anestesia geral, pode ser realizada em ambulatório. A AMIU é menos traumática do que a curetagem uterina tradicional, pois utiliza cureta plástica, com menor índice de perfuração uterina (SAVARIS, 2011). A aspiração manual intrauterina (AMIU) é o procedimento de escolha para tratamento do abortamento, sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde/OMS e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia/FIGO (BRASIL, 2005).

No HNSC, o procedimento AMIU é utilizado para o esvaziamento uterino na maior parte dos abortos de primeiro trimestre

Curetagem uterina com cureta metálica

Trata-se de procedimento antigo muito difundido no Brasil. Nos casos do colo uterino estar fechado ou pouco dilatado, pode-se promover sua abertura por meio da dilatação cervical, embora esse procedimento não esteja isento de riscos. Nas gestações superiores a 12 semanas, deve-se promover a indução farmacológica com misoprostol. Então, após a expulsão fetal, faz-se curetagem uterina (BRASIL, 2005).

20.4.4 Orientações clínicas após procedimento de esvaziamento uterino

- conversar sobre reinício da atividade sexual, volta da menstruação e planejamento reprodutivo. O retorno da atividade sexual pós-abortamento não complicado pode ocorrer tão logo a mulher o deseje;
- informar que a fertilidade retornará logo após o procedimento, sendo fundamental conversar sobre planejamento reprodutivo e o acesso a métodos contraceptivos;
- retornar a emergência ginecológica se ocorrer dor intensa, febre, sangramento abundante;
- orientar sobre complicações (descritas a seguir);
- agendar retorno no máximo em 15 dias para revisão pós-abortamento, quando serão vistos os resultados do anatomopatológico, VDRL e anti-HIV.

Quanto aos sinais de recuperação normal:

- um pouco de cólica uterina durante os próximos dois dias, que pode ser aliviada com analgésicos leves, e um pouco de sangramento, que não deve exceder o da menstruação normal;
- uma nova menstruação pode ocorrer dentro das próximas 4-8 semanas (BRASIL, 2005).

Sinais e sintomas que requerem atendimento de emergência com retorno ao serviço:

- cólicas por tempo prolongado;
- sangramento prolongado (mais de duas semanas);
- sangramento mais abundante do que uma menstruação normal;
- dor intensa ou prolongada;
- febre, calafrios ou mal-estar geral;
- desmaios.

Os achados mais comuns são dor, sangramento e febrícula (tríade pós-aborto), normalmente causada por retenção dos produtos da concepção.

Não afastar gravidez ectópica só por que a paciente foi submetida à curetagem uterina.

O aborto realizado em condições de risco freqüentemente é acompanhado de complicações severas. As complicações imediatas mais freqüentes são a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção (BRASIL, 2004).

20.4.5 Complicações tardias

A grande maioria das mulheres que tem um abortamento induzido adequadamente não sofrerá nenhum efeito de longo prazo em sua saúde geral e reprodutiva.

Pesquisas mostram que não há associação entre indução de abortamento seguro de primeiro trimestre e reações adversas nas gravidezes subseqüentes. Dados epidemiológicos mostram que não há aumento do risco de câncer de mama em mulheres que fizeram abortamento no primeiro trimestre. De acordo com uma extensa revisão da literatura, observam-se seqüelas psicológicas apenas em um pequeno número de mulheres, e nesses casos tais seqüelas parecem ser a continuação de condições que existiam antes do abortamento (OMS, 2004).

20.4.6 Seguimento

A visita de seguimento é uma oportunidade para falar com as mulheres sobre as suas experiências, se necessário. Por exemplo, mulheres que fizeram o abortamento por razões de saúde ou após estupro podem precisar falar sobre seus sentimentos de perda, bem como desejar orientação e apoio adicional.

É importante que o profissional da Atenção Primária conheça as orientações clínicas após realização do procedimento para esvaziamento uterino. A mulher pode ter necessidade de conversar sobre essas questões quando retornar para revisão. Além disso, o planejamento reprodutivo e o acesso a métodos contraceptivos se dão preferencialmente no âmbito dos serviços de APS.

Estudo de coorte histórica foi realizado com 865 mulheres que se submeteram a aborto cirúrgico no primeiro trimestre. Os objetivos eram estimar a proporção de mulheres que retornavam para o acompanhamento após o aborto eletivo e identificar fatores associados com nova gravidez. Observou-se que 21,4% ficaram grávidas outra vez nos 12 meses após o aborto e metade destas mulheres tiveram um aborto de repetição. A análise multivariada demonstrou que o acompanhamento foi associado com uma redução na gravidez e abortos de repetição. E que mulheres que receberam acetato de medroxiprogesterona injetável tiveram uma redução nas taxas de gravidez e aborto de repetição (MADDEN, 2009).

20.5 Planejamento familiar pós-abortamento

Deve-se informar à mulher que sua fecundidade poderá retornar antes do aparecimento de nova menstruação, podendo estar apta a engravidar em torno de 15 dias após o abortamento. Recomenda-se a abstinência sexual enquanto existir sangramento.

Nas situações em que a contracepção se aplica, a mulher deve receber informação correta para que possa escolher o método mais apropriado, de acordo com sua necessidade.

Se a mulher ficou grávida como resultado do que ela considera falha contraceptiva, deve-se conversar sobre a forma que usava o método, como seria o uso correto e outras opções, pois pode ser apropriado que ela mude para um outro método, caso considere adequado. É fundamental conversar sobre a anticoncepção de emergência (ver documento do Ministério da Saúde de 2005, Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde).

Prestar especial atenção aos casos em que a mulher solicita ligadura tubária, para assegurar-se de que sua decisão não esteja influenciada pelo momento crítico que está passando, de modo a evitar arrependimento posterior.

No aconselhamento, a dupla proteção deve ser tratada com especial atenção, tendo em vista o crescimento das DST- AIDS entre mulheres. Tratar dos benefícios do uso do preservativo.

Conforme diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as recomendações quanto ao planejamento familiar de acordo com situações específicas são:

20.5.1 Nova gestação

Quando a mulher, após atendimento ao abortamento, deseja engravidar imediatamente, é imprescindível tentar esclarecer as causas do abortamento, antes de tentar uma nova gestação. Nesses casos avaliar presença de fatores de risco para abortamento espontâneo.

O manual de planejamento familiar da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicado em 2007, preconiza que a mulher aguarde ao menos 6 meses, o que pode reduzir as chances do bebê nascer abaixo do peso, de um parto prematuro e de anemia materna.

20.5.2 Abortamento sem nenhuma complicação

Se a mulher não quiser engravidar, pode optar por esterilização, injetáveis, implantes, DIU (podendo este ser inserido logo após o esvaziamento uterino, atentar para maiores taxas de expulsão nessa situação), contraceptivos orais (iniciado dentro da 1ª semana após o esvaziamento uterino), preservativos e diafragmas. Não se recomendam os métodos naturais antes de restabelecidos os ciclos menstruais.

20.5.3 Abortamento complicado por infecção

Quando o abortamento foi infectado ou há dúvidas sobre esta situação, ou ainda se foi praticado em condições inseguras, devem-se oferecer os implantes, injetáveis, contraceptivos orais e preservativos. O DIU não deve ser inserido.

Se a opção da mulher for pela esterilização, esta deve ser postergada para um momento posterior, quando o quadro infeccioso tenha sido completamente controlado.

20.5.4 Abortamento que transcorreu com sangramento abundante

Nos casos em que ocorreu abundante sangramento genital que levou a quadro de anemia na mulher, devem-se considerar as orientações dadas no caso do abortamento infectado. Quando se dispõe do DIU com progesterona, este pode ser empregado, pois ocorrerá uma redução do fluxo menstrual, ajudando na recuperação hematológica.

20.5.5 Aborto induzido

Provavelmente a mulher não deseja outra gravidez no momento. Isto pode ser confirmado no atendimento, afastando-se a possibilidade de ela ter sido forçada a abortar, seja pela família, namorado, ou mesmo para manter-se no emprego. Nesses casos, profissionais do serviço social e da psicologia devem avaliar a situação em conjunto, oferecendo ajuda no âmbito da saúde e informando as possibilidades no campo do direito e do sistema judiciário.

Se, de fato, a mulher não deseja outra gravidez, todos os esforços da equipe de saúde devem então ser dirigidos para assegurar uma decisão consciente e tornar disponíveis todos os métodos contraceptivos. Quando as mulheres se encontram ansiosas ou não se sentem seguras em sua opção, deve-se apoiar a utilização de métodos provisórios e oferecer garantia de atendimento para o planejamento familiar. Nos casos em que a mulher utilizava um método contraceptivo e este falhou, discutir as causas do insucesso e apoiá-la em sua decisão, procurando garantir o suprimento do método escolhido.

20.5.6 Parceiro sexual que não aceita utilização de método de planejamento familiar

Quando o parceiro não aceita a utilização do preservativo e se opõe à utilização de qualquer método pela mulher, deve-se incluir este parceiro no aconselhamento. Quando não for possível, é importante explicar à mulher os métodos contraceptivos que a impedem de contrair uma DST. Nestes casos, procura-se respeitar a privacidade da mulher e sua decisão.

Para maiores informações sobre planejamento familiar consultar "Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde", publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com a Universidade Johns Hopkins, disponível em www.fphandbook.org (OMS, 2007).

20.6 Aspectos legais sobre aborto no Brasil

O aborto requer, por sua complexidade, um enfoque compreensivo dos serviços e profissionais de saúde. Suas múltiplas dimensões envolvem uma série de aspectos, que incluem, os especificamente clínicos, as características pessoais, psicológicas e o entorno sócio-econômico, legal e ético (FESCINA et al, 2007).

O diagnóstico nacional, realizado pelo Comitê Latinoamericano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher - CLADEM, publicou uma listagem com a atuação dos principais atores implicados na implementação de ações de saúde e direitos reprodutivos no Brasil, no período de 1995 a 2000. As intervenções destas entidades representam princípios divergentes e contraditórios, essas correlações de forças operam simultaneamente na formulação e implementação de políticas para saúde sexual e reprodutiva. No contexto atual, mesmo sendo um Estado laico o aborto é considerado crime no Brasil.

O Código Penal Brasileiro determina que o aborto pode ser realizado por médico, legalmente, em apenas duas circunstâncias: se for a única forma de salvar a vida da mulher grávida ou se a gravidez foi resultado de um estupro. Em ambos, o aborto é precedido de consentimento da gestante, ou, quando incapaz, de seu representante legal, previstos no art. 128 do Código Penal Brasileiro.

Em 1998, o Ministério da Saúde expediu Norma Técnica dispoendo sobre "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes", que reforçou o respaldo legal aos hospitais públicos para que pudessem oferecer os serviços de aborto permitido. Em 2005 a norma foi reeditada, e trouxe como principal novidade a não-exigência da apresentação do boletim de ocorrência (BO) pelas vítimas de violência sexual para a realização do aborto legal e o acompanhamento social, psicológico e médico necessários. Assim, hoje em dia, já são vários os serviços de referência em quase todos os estados, dando atendimento oficial nos casos de aborto legal. O serviço de referência para esses casos no HNSC é o Centro Obstétrico (CO).

Abortamento Pós Estupro

Equipe treinada em tratamento desta condição.

Termo de consentimento e orientação multidisciplinar.

Abortamento Terapêutico ou Interrupção Médica da Gravidez (IMG)

O abortamento terapêutico ou a interrupção médica da gravidez ocorre em duas situações distintas:

A. Situação de risco à vida materna – Rotina realizada no HNSC (comunicação verbal com Dr. Espinosa)

A gestante é avaliada por dois médicos (ou três) indicando os motivos da interrupção, sendo que um deles deve ser especialista na patologia em questão. O registro da justificativa deve ser feito no prontário médico da paciente, explicando de forma clara essa conduta. Deve-se obter o consentimento por escrito da paciente (ou responsável legal). A equipe multiprofissional tem o compromisso de acompanhar essa gestante, posto que na interrupção da gravidez motivada pelo agravamento do seu estado de saúde, o apoio psicológico é fundamental. Não é necessária autorização judicial.

B. Situação de anomalia fetal incompatível com a vida – Rotina realizada no HNSC (comunicação verbal com Dr. Sérgio Espinosa):

A gestante precisa manifestar livremente a sua vontade de interromper a gestação. Serão realizados, no mínimo, dois exames de ultrassonografia morfológica, assinados por dois médicos, comprovando os achados referentes à anomalia fetal. Uma avaliação psicológica da gestante é realizada. É necessário também a realização, pelo médico especialista, de um laudo esclarecendo que o feto não terá sobrevivência ao nascer. A gestante (ou o casal) deve requerer por escrito à autoridade judicial, a interrupção da gestação com base nos laudos médicos. A interrupção será realizada mediante autorização judicial.

Há um decreto-lei federal que dispõe sobre o direito à licença de duas semanas que deve ser concedida à mulher trabalhadora em caso de aborto.

Sobre o sigilo profissional, frente a abortamento espontâneo ou provocado, qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento.

O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e éticoprofissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher.

É crime: “revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (Código Penal, art. 154).

Constituição Federal: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação” (art. 5º, X).

Abordamos alguns aspectos legais e éticos sobre o aborto, para maiores informações consultar: O drama do aborto no Brasil (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004), Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005; IPAS BRASIL, 2010), As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública (SANDI, 2010).

Referências

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Clandestine abortion**: a Latin American reality. New York: AGI, 1994

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **Indicadores de saúde**: relatório anual 2009. Porto Alegre, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CLARK, W.; SHANNON, C.; WINIKOFF, B. **Misoprostol as a single agent for medical termination of pregnancy**, may 2010. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>>. Acesso em: 19 out. 2010.

COMITÉ LATINO-AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER (CLADEM); REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS (REDESAUDE). **Direitos sexuais e direitos reprodutivos no Brasil e na América Latina: campanha por uma convenção interamericana de direitos sexuais e direitos reprodutivos.** São Paulo: CLADEM, REDE SAÚDE, 2002.

FAÚNDES, A et al. **Uso do misoprostol em ginecologia e obstetrícia.** FLASOG, 2007.

FAÚNDES, A; BARZELATTO, J. **O drama do aborto no Brasil.** Campinas: Komedi, 2004.

FESCINA, R. et al. **Saude sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS.** Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

IPAS BRASIL. **Protegendo a saúde das mulheres. Promovendo os direitos reprodutivos das mulheres.** Disponível em: <<http://www.ipas.org.br>>. Acesso em: 28 set. 2010.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, p. 449-60, 2004.

MADDEN, T; WESTHOFF, C. Rates of follow-up and repeat pregnancy in the 12 months after first-trimester induced abortion. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 113, n. 3, p. 663-8, mar. 2009.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2473-9, 2006.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. **Magnitude do aborto no Brasil**: uma análise dos resultados de pesquisa. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/downloads/ipas_ims_seminario_aborto.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa; UNIVERSIDADE JOHNS HOPKINS. Escola Bloomberg de Saúde Pública. Centro de Programas de Comunicação. **Planejamento familiar**: um manual global para prestadores e serviços de saúde. Baltimore: CPC; Genebra: OMS, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Abortamento seguro**: orientação técnica e política para os sistemas da saúde. Campinas, SP: Cemicamp, 2004.

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, p. 303-7, 2006.

SANDI, S.; BRAZ, M. **As mulheres brasileiras e o aborto**: uma abordagem bioética na saúde pública. Bioética, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 131-53, 2010.

SAVARIS, R. F. Abortamento In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

STOVAL, T. Abortamento precoce e gravidez ectópica. In: BEREK, J. S. **Novak tratado de ginecologia**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.

TULANDI, T.; AL-FOZAN, H. M. **Spontaneous abortion**: risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation, may 2010. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>>. Acesso em: 18 out. 2010.

21. Sistema de informação e indicadores de avaliação da saúde da gestante no SSC

Maria Lucia Medeiros Lenz

Rui Flores

Avaliamos ações de saúde e resultados com o objetivo de monitorar o progresso junto às metas, motivar todos os envolvidos no processo (população e profissionais), descobrir oportunidades para melhorar continuamente a qualidade da atenção e otimizar recursos (UNITED STATES, 2005). Para que seja possível avaliar estas ações, um sistema de informação se faz necessário. Através dele podemos identificar, por exemplo, se as gestantes do nosso território fazem pré-natal, se iniciam precocemente esse acompanhamento e se as recomendações mínimas preconizadas estão sendo seguidas.

Neste capítulo descreveremos os indicadores de processo e resultado utilizados para avaliar a atenção pré-natal no Serviço de Saúde Comunitária (21.1) e o sistema de informação específico da atenção à saúde da gestante no SSC (21.2), que permite um monitoramento, ou seja, analisar continuamente os indicadores obtidos (BRASIL, 2009), e uma avaliação, que consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997 apud BRASIL, 2009).

Lembramos que existem dois tipos de informação: as que são registradas no prontuário, em formulário específico de pré-natal (anexo 2) e no cartão da gestante, que irão auxiliar o profissional que realiza o pré-natal na continuidade do acompanhamento e, as que são registradas no boletim de atendimento, permitindo uma melhor vigilância à saúde das gestantes no que diz respeito à cobertura e qualidade do pré-natal oferecido.

Os resultados são sistematicamente divulgados às equipes e coordenação do SSC através de um relatório mensal, que consiste numa versão mais simplificada e contém apenas os principais indicadores e, um relatório anual, que contempla todos os resultados encontrados e de diferentes fontes, quer sejam do SSC, GHC ou provenientes da Secretaria Municipal de Saúde. Através do Boletim Informativo do SSC (BIS), cuja periodicidade é mensal, também divulgamos resultados e boas ações em busca de melhores condições de saúde da população.

21.1 Indicadores de avaliação da atenção pré-natal no SSC

21.1.1 Indicadores de processo⁶:

- Educação permanente dos profissionais (mínimo de uma atualização/ano em pré-natal).
- Distribuição de rotina de pré-natal atualizada aos profissionais do SSC (atualização e distribuição da rotina a cada 2 anos).
- cobertura de pré-natal (meta de 95% das gestantes do território).

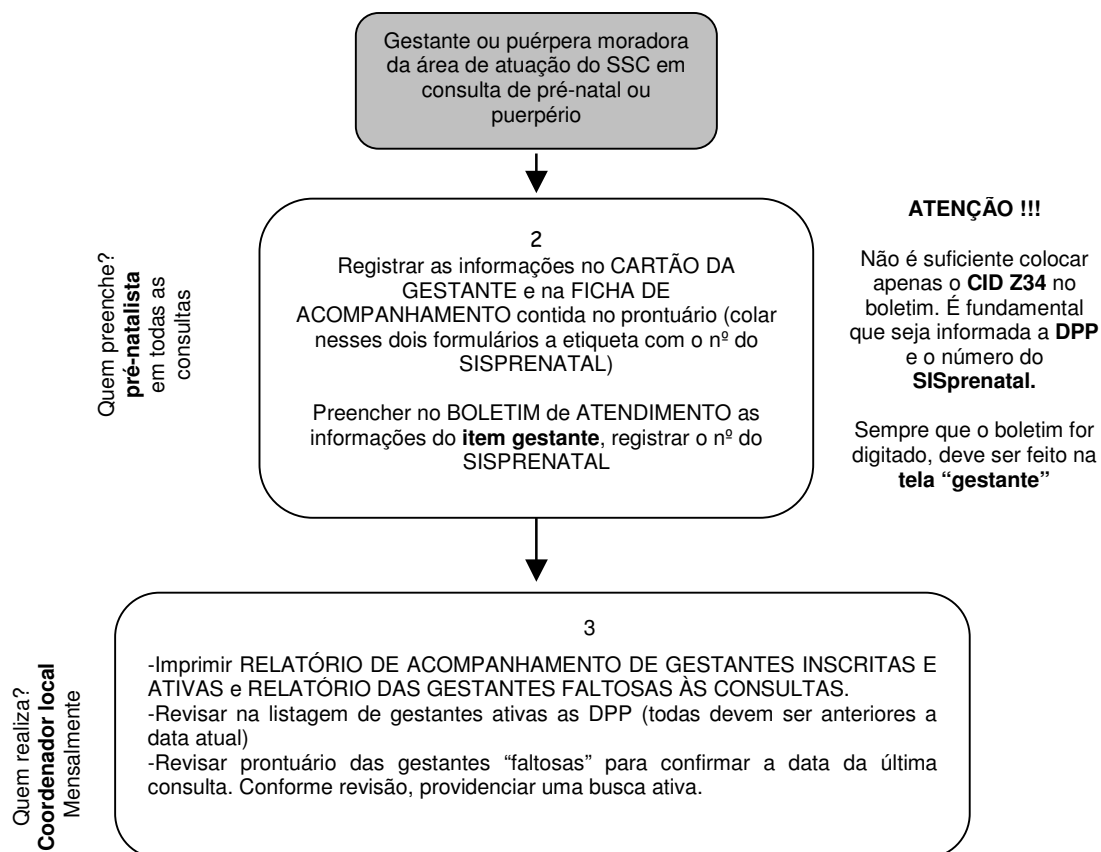
⁶ As metas ou situações consideradas ideais foram apontadas a partir de resultados esperados pela literatura e/ou comparando resultados encontrados local e nacionalmente.

- Índice de Kessner modificado (TAKEDA, 1993) adequado (meta de 85% de pré-natal adequado).

21.1.2 Indicadores de resultado e impacto:

- Coeficiente de incidência de sífilis congênita a cada 1.000 nascidos vivos (meta de no máximo 1:1000 nascidos vivos).
- Proporção de RN vivos de baixo peso em relação ao total de RN vivos (admite-se um percentual de 10%)
- Proporção de RN vivos prematuros em relação ao total de RN vivos. (admite-se um percentual de 10%)
- CMI (inferior a 10)

21.2 Fluxograma do sistema de informação para adequado acompanhamento da saúde da gestante no SSC



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na atenção básica à saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase**: monitoramento e avaliação: manual de capacitação em monitoramento e avaliação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.


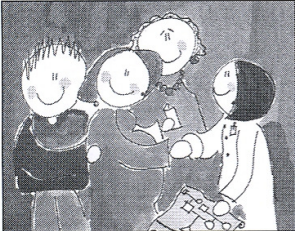
UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. **Introduction to program evaluation for public health programs**: a self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2005

TAKEDA, S. M. P. **Avaliação da Unidade de Atenção Primária**: modificação dos indicadores de saúde e qualificação da atenção. 1993. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1993.

22. Anexos

Anexo 1. Guia “resumo” da rotina de atenção à saúde da gestante em APS

A Rotina de Pré-Natal deve ser lida na sua íntegra visando uma atenção qualificada.

<p>Consulta pré-concepcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificar patologias, uso de medicamentos, tabagismo, uso de bebida alcoólica, drogas, exposição a substâncias teratogênicas no ambiente de trabalho exame físico geral (IMC, TA, Tireóide) e ginecológico completo exames complementares (hemograma, glicemia de jejum, EQU, sorologia para rubéola, toxoplasmose, hepatite B, VDRL e anti-HIV). Para o parceiro: sugerir anti-HIV e VDRL orientar vacinação, se necessária (Rubéola, Hepatite B) prescrever ácido fólico observar e orientar situações especiais: hipertensa, diabética, uso de medicações regulares, anti-HIV reagente (mulher ou parceiro).
<p>Nas consultas de pré-natal:</p> <ul style="list-style-type: none"> diagnosticar gestação identificar expectativas em relação a gestação estimular a participação do pai realizar anamnese e exame físico (incluindo avaliação estado nutricional) solicitar e/ou avaliar exames complementares prescrever ácido fólico e ferro e orientar vacinação diagnosticar e tratar precocemente intercorrências identificar situações de risco e avaliar necessidade de referenciar identificar hábito de tabagismo, estimular e acompanhar a interrupção registrar informações no prontuário e carteirinha da gestante; verificar acompanhamento com a equipe de saúde bucal e nutricionista (nas equipes com nutricionistas) <div data-bbox="1066 564 1337 779" style="text-align: right;">  <p>CID: Z34</p> </div>	
<p>Consulta / período gestacional</p>	<p>Lembretes importantes</p>
<p>Primeira consulta e/ou < 20 semanas</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar sobre a importância do pré-natal, a realização dos exames, hábitos (fumo, álcool e outras drogas), estimar ganho de peso, amamentação, possíveis intercorrências, verificar situação vacinal e aprazar vacinas (se necessárias). Solicitar ecografia obstétrica (entre 12-20 sem) solicitar exames complementares (conforme critérios descritos no capítulo 8) <ol style="list-style-type: none"> hematócrito e hemoglobina tipagem sanguínea e fator Rh VDRL anti-HIV (sempre com aconselhamento) glicemia de jejum IgG e IgM para toxoplasmose e Rubéola EQU e urocultura HbsAg Eletroforese de hemoglobina CP se último há > de 1 ano ou conforme rotina SSC <p>Sugestão de exames para o parceiro:</p> <ol style="list-style-type: none"> VDRL Anti-HIV HbsAg Tipagem sanguínea (se gestante Rh -)
<p>Segunda consulta e/ou entre 20-26 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Orientar sobre o resultado de cada exame complementar, informar os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, observar início da movimentação fetal. Reforçar a importância da amamentação. Encaminhar para consulta com o dentista. <ol style="list-style-type: none"> coombs indireto (conforme fator Rh) IgG e IgM para toxoplasmose (se suscetível) TTG 75mg E.Q.U. e urocultura
<p>Terceira consulta e/ou entre 27 e 32 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar a importância da amamentação. Solicitar exames complementares e orientar que, na próxima consulta, fará o rastreamento para GBS e que necessitará levar o material até o HNSC após coleta <ol style="list-style-type: none"> hematócrito e hemoglobina VDRL anti-HIV IgG e IgM para toxoplasmose – se suscetível TTG 75mg E.Q.U. e urocultura
<p>quarta consulta e/ou entre 33 e 37 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Orientar sobre a ocorrência de sangramentos, rompimento da bolsa, movimentação fetal, trabalho de parto, tipo de parto, a chegada do bebê na família, a possibilidade de visitar a maternidade/HNSC <ol style="list-style-type: none"> Rastreamento para GBS (<i>Streptococcus do Grupo B</i>)
<p>quinta consulta e/ou entre 38 e 42 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Orientar para possíveis intercorrências, consultas mais frequentes, cuidados com o RN, amamentação, revisão de puerpério e puericultura <u>na primeira semana após parto</u>. Importância do teste do pezinho precoce. 41 semanas - encaminhar para CO para avaliação de pós-datismo.

Consulta pós abortamento: verificar resultados de exames (tipagem sanguínea, hemograma, VDRL, HIV, anatomopatológico (se material uterino disponível); se Rh negativa, verificar se fez imunoglobulina; revisar vacinas (rubéola, tétano, hepatite B); orientar planejamento reprodutivo; orientar aguardar 6 meses, se deseja nova gestação; se aborto espontâneo, avaliar fatores de risco; orientar sobre sinais de alerta e necessidade de procurar emergência ginecológica (dor intensa, febre, sangramento abundante). Em situação de abortamento habitual (3 ou mais) a mulher deve ser encaminhada ao Ambulatório de Medicina Fetal do HNSC.

Consulta de puerpério (1ª semana pós parto):

- avaliar aspectos de saúde (físicos e psicoemocionais)
- avaliar retorno às condições pré-gravídicas
- apoiar aleitamento materno
- orientar planejamento reprodutivo
- conduzir situações de risco e intercorrências
- avaliar interação da mãe e pai com o recém-nascido
- complementar ou realizar ações não realizadas no pré-natal (exames complementares, vacinas)

OBS: Registrar no Boletim de Atendimento o CID Z39, a data do parto e o tipo de parto.

Tabagismo (ATIVO OU PASSIVO) e suas implicações na saúde da família:

NA SAÚDE DA MULHER : IAM, AVC, trombose venosa profunda, embolia pulmonar; câncer de pulmão; outros tipos de câncer: mama, colo de útero, de boca, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado, vias biliares, rins, bexiga, vulva, leucemia; aumento da infertilidade; menopausa precoce; DPOC; outros problemas: gengivite, doença periodontal, osteoporose, envelhecimento da pele, catarata, etc.

NA MULHER GRÁVIDA aborto espontâneo; gravidez ectópica; hemorragias; placenta prévia; descolamento prematuro da placenta; parto prematuro; diminuição na produção do leite materno.

NO BEBÊ (se a gestante/mãe ou companheiro fumam) natimorto e morte neonatal; prematuridade; bebê com baixo peso; bebê pequeno para a idade gestacional; maior risco de necessitar internação em UTI; síndrome da morte súbita infantil; criança com mais risco de doenças respiratórias na infância: asma, bronquiolite, infecções de ouvido; criança com mais risco para problemas no desenvolvimento e para alterações de comportamento, como o déficit de atenção e hiperatividade; criança com maior risco de leucemia, linfomas e tumores cerebrais.

Serviços de Referência no GHC

Serviço	Localização e ramal (is)	Forma de encaminhamento
Ambulatório de Pré-natal de Alto-risco	Bloco H do HNSC – 1º andar Ramal - 2409	Profissional da US telefona- diretamente para o setor agendando consulta. - Ter em mãos o registro da gestante - no GHC
Unidade de Prevenção de Transmissão Vertical (UPTV)	4º andar do HNSC ramais 2126 e 2119	Gestante e/ou parceiro HIV positivo devem ser orientados a consultar nas terças ou quintas feiras às 12:00 horas – (desnecessário agendamento prévio).
Ambulatório de Medicina Fetal	Bloco H do HNSC – 1º andar Ramal - 2409	Profissional da US telefona diretamente para o setor agendando consulta. Ter em mãos o registro da paciente
Unidade de Patologia Obstétrica	2º andar do HNSC 2º B1 – ramal 2372 Coordenação (Dr. Espinosa) – ramal 2544	A gestante NÃO deve ser encaminhada diretamente do SSC. Primeiramente será avaliada no CO ou provém do Ambulatório de Alto-risco ou de Medicina Fetal .
Visita a maternidade	Bloco H do HNSC – 1º andar Ramal - 2580	Orientar a gestante para telefonar para a Enf. Maria Lourdes e agendar uma visita a maternidade 33572580. Pode levar acompanhante a visita.
Centro Obstétrico (CO)	2º andar do HNSC. Ramais: 2598 (recepção), 2161 (pré-parto), 2076 (sala dos médicos obstetras), 2568 (coordenação da LCMB), 2599 (sala dos médicos da neonatologia) e 2375 (Unidade de Neonatologia)	Encaminhamento direto ao CO

11. EXAMES COMPLEMENTARES						
	1ª CONSULTA E/OU ANTES DE 20 SEMANAS		CONSULTA ENTRE 20 E 26 SEMANAS		CONSULTA ENTRE 27 E 32 SEMANAS	
	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
Hematócrito						
Hemoglobina						
Tipagem Sanguínea/Rh						
VDRL						
Glicemia de Jejum						
TTG 75	+/-		+/-		+/-	
E.Q.U						
Urocultura						
Anti HIV						
Toxoplasmose			+/-		+/-	
Hbs Ag						
Coombs Indireto*	+/-		+/-		+/-	
Cultura de GBS						
Eletroforese de hemoglobina						
Citopatológico de colo uterino	+/-					

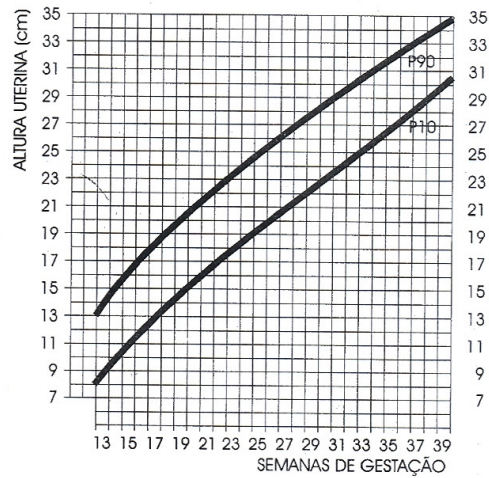
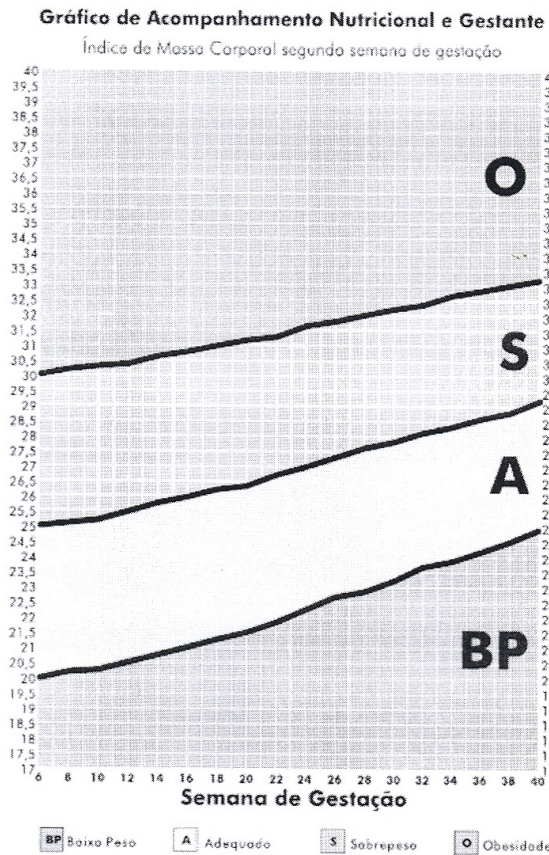
*se negativo, repetir mensalmente a registrar resultados na carteira e no prontuário

Ecografia data	Resultado (dependendo do período, atentar para: IG, localização da placenta, quantidade de LA, medida da TN,, anormalidades fetais, apresentação fetal)	Exames sugeridos ao parceiro	Resultado:
		VDRL Anti-HIV HbsAg Tipagem sanguínea	

12. CURVAS

Gráfico de Acompanhamento Nutricional

Curva de Altura Uterina/Idade Gestacional



	IMC (Kg/m ²)	Ganho de peso semanal médio no 2º e 3º trim.	Ganho de peso mensal médio no 2º e 3º trim.	Ganho de peso total (Kg)
Baixo peso	12 - 18,4	0,5 Kg	2 - 2,4 Kg	12,5 - 18
Adequado	18,5 - 24,9	0,5 Kg	1,6 - 2 Kg	11,5 - 16
Sobrepeso	25 - 29,9	0,3 Kg	0,8 - 1,2 Kg	7 - 11,5
Obesidade	>=30	0,2 Kg	0,8 - 1,2 Kg	5 - 9

Ganho de peso recomendado. Fonte: IOM apud ICS, 2009

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (cm)}^2}$$

Obs: No 1º trimestre o ganho de peso médio de acordo com o imc é de (Kg): baixo peso (2,3), adequado (1,6), sobrepeso (0,9) e obesa (0). MS (2007)

Anexo 3. Técnica adequada para medida da pressão ou tensão arterial

(BRASIL, 2006; FREITAS ET AL, 2011)

- Certificar-se de que o aparelho de pressão (esfigmomanômetro) esteja calibrado;
- Explicar o procedimento à mulher;
- Certificar-se de que a gestante: a) não está com a bexiga cheia; b) não praticou exercícios físicos; c) não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida;
- Com a gestante sentada, após um período de repouso de, no mínimo, cinco minutos, apoiar-lhe o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, desnudando-lhe o braço;
- A pressão arterial também poderá ser medida com a mulher em decúbito lateral esquerdo, no braço direito, mas **NUNCA EM POSIÇÃO SUPINA** (deitada de costas);
- Localizar a artéria braquial por palpação;
- Colocar o manguito (de largura padrão de 12 cm) ao redor do braço da gestante, ajustando-o acima da dobra do cotovelo;
- Palpar a artéria na dobra do cotovelo e sobre ela colocar a campânula do estetoscópio, com leve pressão local. Nunca prendê-la sob o manguito;
- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos;
- Solicitar à mulher que não fale durante o procedimento da medida;
- Inflar o manguito rapidamente, até mais de 30 mm Hg após o desaparecimento do último som;
- Desinflar lentamente o manguito;
- Proceder à leitura:
 - o o ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (máxima);
 - o a pressão diastólica (mínima) será lida no momento em que os ruídos desaparecerem completamente. Nos casos em que o desaparecimento completo dos ruídos não ocorrer, proceder à leitura da pressão diastólica no ponto onde se percebe marcado abafamento.
- Esperar um a dois minutos antes de realizar novas medidas (medir no mesmo braço);
- Anotar o resultado na ficha e no cartão da gestante.

Anexo 4. Prato Saudável

Frutas e Vegetais

Ricos em fibras e vitaminas, o que auxiliam na digestão e prevenção de constipação. Consumir 5 a 6 porções de frutas e vegetais por dia. Atenção! Lavar bem esses alimentos.



Cereais

Pão, massa, arroz, milho, trigo. Fornecem energia. Atenção as quantidades e a qualidade. Evite os que contenham açúcar, prefira sempre os integrais. Consumir diariamente 6 porções



Carnes e Leguminosas

Carne vermelha, frango, peixe, ovo, feijões, ervilha, lentilha.

Consumir 1 porção de carne ou ovo por dia. Escolher carnes magras, remover a pele de aves e cozinhar utilizando pouca gordura. Procurar consumir 2 porções de peixe por semana.

Comer arroz e feijão pelo menos 5 vezes na semana. Os dois juntos formam uma proteína de alto valor.

Alimentos com alto teor de açúcar e gordura

Chocolate, sorvete, doces, salgadinhos, óleos, biscoito recheado, refrigerantes e sucos industrializados. Consumir o mínimo possível destes alimentos.

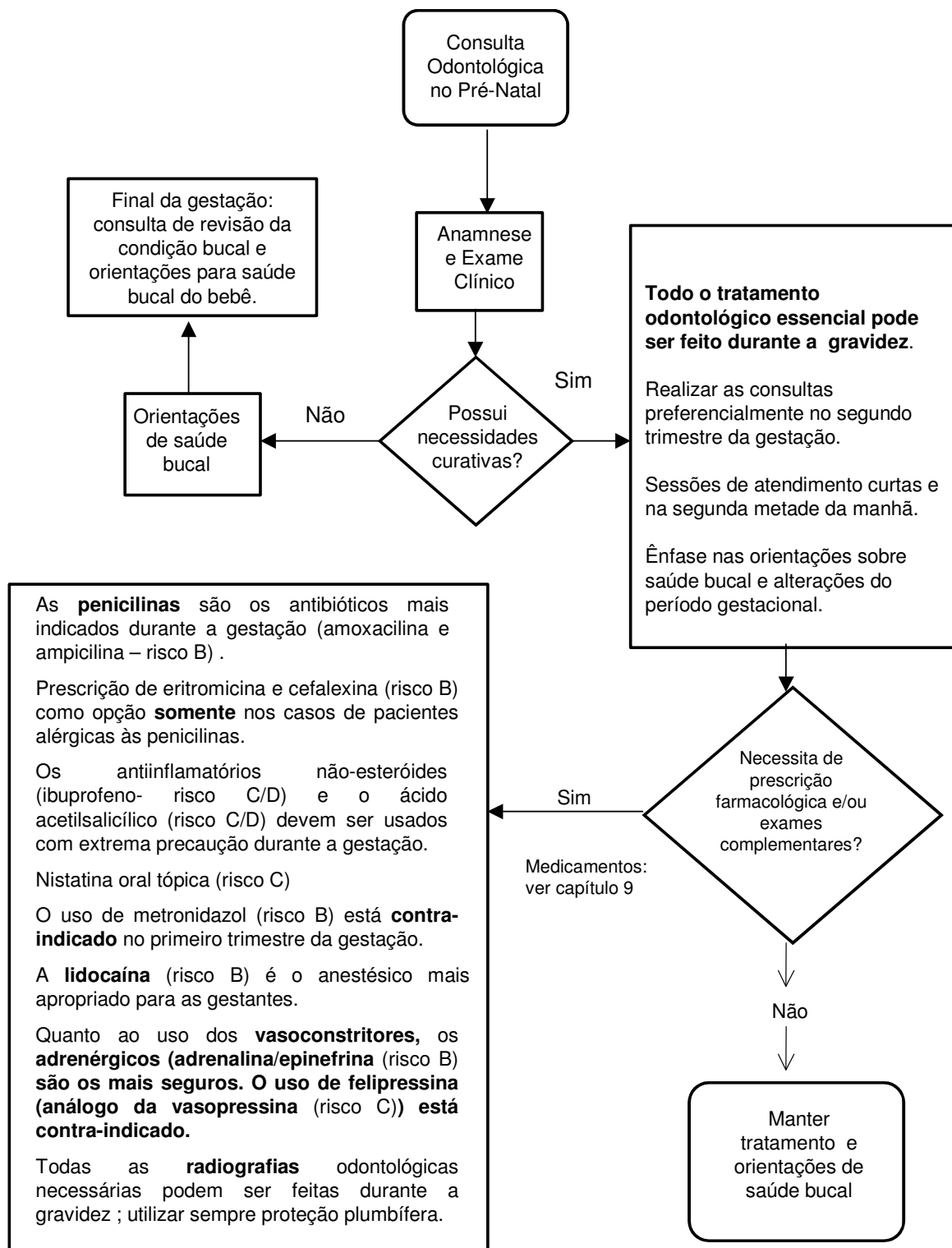
Leite e derivados

Leite, queijo, iogurte. Ricos em cálcio e proteínas.






Consumir 2 a 3 porções por dia. Dar preferência a alimentos com baixo teor de gordura.

Fonte: <http://www.eatwell.gov.uk>

Anexo 5. Algoritmo de orientação: consulta odontológica da gestante



Anexo 6. Orientações para uma higiene bucal adequada

<p>1. Posicione a escova junto aos dentes num ângulo de 45° com a gengiva e realize movimentos horizontais e circulares, dente por dente.</p>	
<p>2. Escove delicadamente as partes internas, externas e de mastigação de cada dente com movimentos curtos de trás para frente.</p>	
<p>3. Não se esqueça de escovar a língua com cuidado para remover bactérias e purificar o hálito</p>	
<p>4. A escova não limpa entre os dentes, por isso o fio dental é tão importante e deve ser usado pelo menos uma vez ao dia. 5. Use aproximadamente 40 cm de fio ou fita dental. Enrole a maior parte no dedo médio de uma das mãos e o restante em volta do dedo médio da outra, deixando um pedaço livre entre os dedos.</p>	
<p>6. Curve o fio, formando um "C" sobre a superfície de cada dente, e deslize-o entre o dente e a gengiva.</p>	
<p>7. Apesar da dificuldade, não descuide dos dentes de trás.</p>	

Anexo 7. Tabagismo ativo e passivo

VOCÊ SABIA QUE:

- O cigarro tem mais de 4.700 substâncias tóxicas, sendo que mais de 50 provocam câncer?
- Fumar cigarros mata mais que a soma das mortes provocadas pelo uso do álcool, HIV, tuberculose, suicídio, homicídio e acidentes de carro?
- Fumar abrevia a vida das pessoas numa média de 15 anos?
- A mulher que fuma e toma anticoncepcional oral (pílula) tem um risco 10 vezes maior de ter infarto, derrame, trombose e embolia pulmonar?
- Fumar faz mal à saúde de quem fuma (tabagismo ativo) e de quem convive com um fumante (tabagismo passivo)?

O QUE O TABAGISMO (ATIVO E PASSIVO) PROVOCA:

NA SAÚDE DA MULHER

- infarto, derrame, trombose, embolia pulmonar;
- câncer de pulmão;
- outros tipos de câncer: mama, colo de útero, de boca, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado, vias biliares, rins, bexiga, vulva, leucemia;
- diminuição da fertilidade;
- menopausa precoce;
- bronquite crônica e enfisema;
- outras problemas: doença de gengiva, osteoporose, envelhecimento da pele, catarata, etc.

NA MULHER GRÁVIDA:

- aborto espontâneo;
- placenta prévia;
- gravidez fora do útero;
- hemorragias (sangramentos);
- descolamento da placenta antes do tempo;
- parto prematuro;
- diminuição na produção do leite materno.

NO BEBÊ DA MULHER QUE FUMA:

- morte do feto e do recém-nascido;
- nascimento de um bebê prematuro;
- maior risco de necessitar internação em UTI;
- bebê com baixo peso;
- bebê pequeno para a idade gestacional;
- bebê com maior risco de ter morte súbita;
- criança com mais risco de doenças respiratórias na infância: asma, bronquiolite, infecções de ouvido;
- criança com mais risco para problemas no desenvolvimento e para alterações de comportamento, como o déficit de atenção e hiperatividade;
- criança com maior risco de leucemia, linfomas e tumores cerebrais na infância.

LEMBRE-SE:

PARAR DE FUMAR É UMA DAS COISAS MAIS IMPORTANTES QUE VOCÊ PODE FAZER PELA SUA VIDA E A DOS SEUS FILHOS. SE VOCÊ FUMA, PROCURE AJUDA!

