

Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez

Resumo

A experiência das mulheres é fundamental para transformar os cuidados pré-natais e para criar famílias e comunidades prósperas



Em 2016, no início da era dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), a morbidade e mortalidade evitáveis relacionadas com a gravidez continuam excessivamente elevadas. Apesar dos substanciais progressos alcançados, os países precisam de consolidar e aumentar os seus avanços e de alargar as suas agendas para além da sobrevivência, com vista a maximizar a saúde e o potencial das suas populações.

Introdução

A OMS idealiza um mundo em que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante toda a gravidez, parto e período pós-natal. Dentro do ciclo dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais (CPN) constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças. Está comprovado que, com a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, os CPN podem salvar vidas. Em última análise, os CPN constituem ainda uma oportunidade para comunicar e apoiar as mulheres, as famílias e as comunidades, em fases críticas da vida das mulheres. O processo de elaboração destas recomendações sobre os CPN tem sublinhado a importância de estabelecer uma comunicação efetiva com as mulheres grávidas acerca de questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais e socioculturais, e de um apoio respeitoso e efetivo, incluindo seus aspectos sociais, culturais, emocionais e psicológicos. Estas funções de comunicação e apoio aos CPN são essenciais, não só para salvar vidas, mas também para melhorar a vida, a utilização dos cuidados de saúde e a sua qualidade. As experiências positivas das mulheres durante os CPN e o parto podem constituir a base de uma maternidade saudável.

Este é um guia abrangente da OMS sobre os CPN de rotina para mulheres e adolescentes grávidas. A finalidade destas recomendações é complementar as orientações da OMS já existentes acerca da gestão de complicações especificamente relacionadas com a gravidez. Estas orientações destinam-se a reflectir e dar resposta à natureza complexa dos problemas decorrentes da prática e prestação de CPN, e a priorizar a saúde e o bem-estar centrados nas pessoas – não apenas a prevenção da morte e a morbidade – de acordo com uma abordagem baseada nos direitos humanos.

O escopo deste guia teve como base uma revisão sistemática das perspectivas das mulheres que demonstra que estas esperam que os CPN lhes proporcionem uma experiência positiva durante a gravidez. Uma experiência positiva durante a gravidez significa uma normalidade física e sociocultural, uma gravidez saudável para a mãe e o bebé (incluindo a prevenção ou o tratamento dos riscos, doenças e morte), uma transição eficaz para o trabalho de parto e o parto e uma maternidade positiva (incluindo a autoestima materna, a competência e a autonomia).

Reconhecendo que a experiência das mulheres é fundamental para transformar os CPN e para criar famílias e comunidades prósperas, o presente guia contempla as seguintes questões:

- **Quais** são as práticas baseadas em evidências durante os CPN que melhoram os resultados e conduzem a uma experiência positiva durante a gravidez?
- **Como** deverão estas práticas ser aplicadas?

Métodos de elaboração do guia

Estas recomendações de CPN destinam-se a servir de base à formulação de políticas de cuidados de saúde e de protocolos clínicos relevantes. Este guia foi elaborado com base em procedimentos operacionais padrão, de acordo com o processo descrito no “Manual da OMS para a elaboração de recomendações” (do original em inglês, “WHO handbook for guideline development”). Em resumo, estes procedimentos incluem: (i) identificação de questões e resultados prioritários; (ii) recolha e síntese de evidências; (iii) avaliação das evidências; (iv) formulação das recomendações; e (v) planeamento para implementação, divulgação, avaliação do impacto e actualização do guia. A qualidade das evidências científicas que sustentam as recomendações foi escalonada através da Classificação da Apreciação, Elaboração e Avaliação das Recomendações (GRADE) e Confiança nas Evidências de Análises de Investigação Qualitativa (GRADE CERQual), respectivamente, para evidências quantitativas e qualitativas. Foram usadas análises sistemáticas actualizadas para preparar perfis factuais para as questões prioritárias. O quadro DECIDE (Desenvolver e Avaliar Estratégias de Comunicação para apoiar Decisões e Práticas Informadas baseadas em Evidências), um instrumento de “evidências para decisões” que inclui efeitos das intervenções, valores, recursos, equidade, critérios de aceitabilidade e viabilidade, foi usado para orientar a formulação e a aprovação das recomendações por um Grupo de Elaboração de Orientações (GDG) – um grupo internacional de peritos constituído com a finalidade de elaborar este guia – em três Consultas Técnicas, entre Outubro de 2015 e Março de 2016.

Recomendações

As consultas técnicas sobre o guia da OMS levaram à elaboração de 39 recomendações relacionadas com cinco tipos de intervenções: A. Intervenções nutricionais, B. Avaliação da mãe e do feto, C. Medidas preventivas, D. Intervenções para sintomas fisiológicos comuns e E. Intervenções para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais. As intervenções foram classificadas como recomendadas, não recomendadas,

ou recomendadas mediante certas condições, com base nos pareceres do GDG, de acordo com os critérios DECIDE, que determinaram tanto a orientação como o contexto, se for caso disso, da recomendação. Para garantir que cada uma das recomendações seja correctamente compreendida e aplicada na prática, o contexto de todas as recomendações específicas está claramente definido em cada recomendação, e os peritos consultados forneceram observações adicionais, sempre que necessário. Os utilizadores do guia deverão consultar essas observações, que são apresentadas juntamente com os resumos das evidências, na versão integral deste guia. Por outro lado, as recomendações relevantes do presente guia sobre os CPN, produzidas por outros departamentos da OMS, foram sistematicamente identificadas e 10 dessas recomendações foram integradas no guia, para que fosse apresentado um documento completo aos utilizadores finais. As 49 recomendações sobre CPN para uma experiência positiva na gravidez, são resumidas na Tabela 1.

De acordo com as normas de elaboração das orientações da OMS, estas recomendações serão revistas e actualizadas sempre que forem identificadas novas evidências, sendo submetidas a uma grande revisão e actualização, pelo menos, de cinco em cinco anos. A OMS agradece sugestões relativas a outras questões a incluir em futuras actualizações deste guia.

Durante as consultas técnicas foram debatidas considerações sobre a implementação de cada uma das recomendações e do guia como um todo. O GDG, sublinhando as evidências que indicam o aumento das mortes fetais e a menor satisfação das mulheres com o modelo das quatro visitas (também conhecido como CPN focados ou básicos), decidiu aumentar o número recomendado de contactos entre a mãe e os profissionais de saúde, em momentos que possam facilitar a avaliação do bem-estar e a prestação de intervenções para melhoria dos resultados, se forem identificados problemas (ver Recomendação E.7, na Tabela 1). As recomendações deste guia deverão ser implementadas simultaneamente com outras atividades de melhoria da qualidade. Os produtos deste guia incluirão um manual prático de implementação para cuidadores de saúde que integra recomendações para os CPN e as boas práticas clínicas estabelecidas. A Tabela 1 apresenta a lista de todas as intervenções avaliadas pelos grupos de trabalho do guia e inclui, portanto, as intervenções que são recomendadas, as intervenções recomendadas apenas em determinadas circunstâncias (incluindo a investigação) e as intervenções que não são recomendadas.

Tabela 1: Lista resumida das recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais (CPN) para uma experiência positiva na gravidez

Estas recomendações aplicam-se a mulheres e a adolescentes grávidas no contexto dos CPN de rotina

A. Intervenções nutricionais	Recomendação	Tipo de recomendação
Intervenções dietéticas	A.1.1: Recomenda-se às mulheres grávidas uma alimentação saudável e atividade física durante a gravidez, para que se mantenham saudáveis e evitem o ganho de peso excessivo ¹ .	Recomendada
	A.1.2: Em populações subnutridas, recomenda-se educação para a nutrição, aumentando a ingestão diária de energia e proteínas nas mulheres grávidas para reduzir o risco de recém-nascidos com baixo peso à nascença.	Recomendação para contextos específicos
	A.1.3: Em populações subnutridas, recomenda-se um suplemento diário equilibrado de energia e proteínas para as mulheres grávidas, a fim de reduzir o risco de morte fetal e de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional.	Recomendação para contextos específicos
	A.1.4: Em populações subnutridas, não são recomendados suplementos com alto teor de proteínas às mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais.	Não recomendada
Suplementos de ferro e ácido fólico	A.2.1: É recomendado um suplemento oral diário de ferro e ácido fólico, com 30 mg a 60 mg de ferro elementar ² e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico ³ para as mulheres grávidas, a fim de evitar anemia das mães, infecção puerperal, baixo peso à nascença e parto prematuro ⁴ .	Recomendada
	A.2.2: É recomendado um suplemento intermitente oral de ferro e ácido fólico, com 120 mg de ferro elementar ⁵ e 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico uma vez por semana, para melhorar os resultados maternos e neonatais, caso o ferro diário não seja aceitável devido a efeitos colaterais, e em populações com prevalência de anemia inferior a 20% nas mulheres grávidas ⁶ .	Recomendação para contextos específicos
Suplementos de cálcio	A.3: Em populações com baixa ingestão diária de cálcio, são recomendados suplementos diários de cálcio (1,5–2,0 g de cálcio elementar oral) para reduzir o risco de pré-eclâmpsia ⁷ .	Recomendação para contextos específicos

- 1 Uma dieta saudável durante a gravidez contém energia, proteínas, vitaminas e sais minerais adequados, obtidos através do consumo de alimentos variados, incluindo vegetais verdes e laranja, carne, peixe, feijão, frutos secos, laticínios pasteurizados e fruta.
- 2 O equivalente a 60 mg de ferro elementar é 300 mg de hepaidrato de sulfato ferroso, 180 mg de fumarato ferroso ou 500 mg de gluconato ferroso.
- 3 O ácido fólico deverá ser iniciado o mais cedo possível (em termos ideais antes da concepção) para evitar malformações do tubo neural.
- 4 Esta recomendação anula a anterior recomendação da OMS (1).
- 5 O equivalente a 120 mg de ferro elementar equivale a 600 mg de hepaidrato de sulfato ferroso, 360 mg de fumarato ferroso ou 1000 mg de gluconato ferroso.
- 6 Esta recomendação anula a anterior recomendação da OMS (2).
- 7 Esta recomendação é consistente com a recomendação de 2011 da OMS sobre a pré-eclâmpsia e eclâmpsia (3) e anula a recomendação de 2013 da OMS sobre suplementos de cálcio (4).

Suplementos de vitamina A	A.4: O suplemento de vitamina A só é recomendado a mulheres grávidas em zonas em que a deficiência de vitamina A é um grave problema de saúde pública ⁸ , para evitar a cegueira noturna ⁹ .	Recomendação para contextos específicos
Suplementos de zinco	A.5: O suplemento de zinco às mulheres grávidas só é recomendado no contexto de uma rigorosa investigação.	Recomendação para contextos específicos (investigação)
Suplementos de múltiplos micronutrientes	A.6: O suplemento de múltiplos micronutrientes às mulheres grávidas não é recomendado para melhorar os resultados maternos e perinatais.	Não recomendada
Suplementos de vitamina B6 (piridoxina)	A.7: O suplemento de vitamina B6 (piridoxina) não é recomendado às mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais.	Não recomendada
Suplementos de vitamina E e C	A.8: Vitamin E and C supplementation is not recommended for pregnant women to improve maternal and perinatal outcomes.	Não recomendada
Suplementos de vitamina D	A.9: O suplemento de vitamina D não é recomendado às mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais ¹⁰ .	Não recomendada
Restrição da ingestão de cafeína	A.10: Para as mulheres grávidas com alta ingestão diária de cafeína (mais de 300 mg por dia) ¹¹ , recomenda-se a redução da ingestão diária de cafeína durante a gravidez para evitar o risco de aborto espontâneo e recém-nascidos com baixo peso à nascença.	Recomendação para contextos específicos

B. Avaliação materna e fetal¹²	Recomendação	Tipo de recomendação
B.1: Avaliação materna		
Anemia	B.1.1: O método recomendado para diagnosticar a anemia na gravidez é o hemograma. Em contextos em que não haja disponibilidade de efectuar um hemograma, recomenda-se um teste local à hemoglobina com um medidor de hemoglobina, em vez de usar uma escala de cor, como melhor método para diagnosticar a anemia na gravidez	Recomendação para contextos específicos
Bacteriúria assintomática (ASB)	B.1.2: A cultura da urina pela técnica do jacto médio é o método recomendado para diagnosticar a bacteriúria assintomática (ASB) na gravidez. Em contextos que não dispõem de cultura da urina, é recomendado o teste à urina de jacto médio por coloração de Gram, em vez do teste de tiras, como método para diagnosticar a ASB na gravidez.	Recomendação para contextos específicos

8 A deficiência em vitamina A é um grave problema de saúde pública se $\geq 5\%$ de mulheres numa população tiver um historial de cegueira noturna na sua gravidez mais recente, no período de 3–5 anos que terminou com um nado-vivo, ou se $\geq 20\%$ das mulheres grávidas tiverem um nível de retinol sérico $< 0,70 \mu\text{mol/L}$. A determinação de deficiência em vitamina A como grave problema de saúde pública envolve a estimativa da prevalência da deficiência numa população, usando indicadores específicos bioquímicos e clínicos da situação da vitamina A.

9 Esta recomendação anula a anterior recomendação da OMS (5).

10 Esta recomendação anula a anterior recomendação da OMS (6).

11 Inclui qualquer produto, bebidas ou alimentos que contenham cafeína (i.e. café fresco, chá, refrigerantes a base de cola, bebidas energéticas com cafeína, chocolate, barras de cafeína).

12 Evidências acerca de atividades essenciais de CPN, como medir a tensão arterial e o peso e auscultar o coração do feto, não foram avaliadas pelo GDG, uma vez que estas atividades são consideradas parte de uma boa prática clínica.

Violência doméstica (IPV)	B.1.3: Nas consultas de cuidados pré-natais, deverá considerar-se vivamente uma sondagem clínica sobre a eventualidade de violência doméstica (IPV) por parte do parceiro sexual, ao avaliar as condições que podem ser provocadas ou complicadas pela IPV, de forma a melhorar o diagnóstico clínico e os cuidados subsequentes, quando existe a capacidade de dar uma resposta de apoio (incluindo transferência, se necessário) e em que são contemplados os requisitos mínimos da OMS ^{13 14} .	Recomendação para contextos específicos
Recomendações integradas de outras orientações da OMS que são relevantes para a avaliação dos CPN maternos		
Diabetes mellitus gestacional (DMG)	B.1.4: A hiperglicemia detectada, pela primeira vez, em qualquer momento durante a gravidez deve ser classificada como diabetes mellitus gestacional (DMG) ou diabetes mellitus na gravidez, de acordo com os critérios da OMS ¹⁵ .	Recomendada
Uso de tabaco	B.1.5: Os prestadores de cuidados devem perguntar a todas as mulheres grávidas se usam ou usaram tabaco e se estão expostas ao fumo passivo tão cedo quanto possível na gravidez e em cada consulta pré-natal ¹⁶ .	Recomendada
Uso de substâncias	B.1.6: Os prestadores de cuidados devem perguntar a todas as mulheres grávidas se usam ou usaram álcool e outras substâncias tão cedo quanto possível na gravidez e em cada consulta pré-natal ¹⁷ .	Recomendada
Vírus da imunodeficiência humana (VIH) e sífilis	B.1.7: Em contextos de elevada prevalência ¹⁸ , a realização de testes e de aconselhamento por iniciativa do prestador de cuidados (PITC) do VIH deve ser considerada uma componente de rotina do pacote de cuidados para as mulheres grávidas em todas as unidades de cuidados pré-natais. Em contextos de baixa prevalência, o PITC para todas as mulheres grávidas pode ser considerado, nas unidades de cuidados pré-natais, como uma componente-chave do esforço para eliminar a transmissão vertical do VIH e para integrar na sífilis os testes de VIH, virais ou outros, como relevantes para a unidade, e para reforçar os respectivos sistemas de saúde materna e infantil ¹⁹ .	Recomendada

13 Os requisitos mínimos são: um protocolo/procedimento operacional padrão; formação sobre o modo de perguntar sobre IPV, e sobre o modo de dar a resposta mínima ou mais; ambiente privado; garantia de confidencialidade; sistema de transferência instalado; e tempo para permitir a revelação apropriada.

14 Esta recomendação é consistente com as orientações clínicas e políticas da OMS de 2013 (7).

15 Esta não é uma recomendação para triagem de rotina de hiperglicemia na gestação. Esta recomendação foi adaptada e integrada da publicação da OMS de 2013 (8), que determina que a DMG deve ser diagnosticada em qualquer altura durante a gravidez, se forem cumpridos um ou mais dos seguintes critérios:

- glicose plasmática em jejum 5,1–6,9 mmol/L (92–125 mg/dL)
- glicose plasmática de 1 hora \geq 10,0 mmol/L (180 mg/dL) após carga oral de glicose de 75 g
- glicose plasmática de 2 horas 8,5–11,0 mmol/L (153–199 mg/dL) após carga oral de glicose de 75 g

Deverá ser diagnosticada diabetes mellitus na gravidez, se forem cumpridos um ou mais dos seguintes critérios:

- glicose plasmática em jejum \geq 7,0 mmol/L (126 mg/dL)
- glicose plasmática de 2 horas \geq 11,1 mmol/L (200 mg/dL) após carga oral de glicose de 75 g
- glicose plasmática aleatória \geq 11,1 mmol/L (200 mg/dL) na presença de sintomas de diabetes.

16 Integrada das recomendações de 2013 da OMS (9).

17 Integrada das orientações de 2014 da OMS (10).

18 Contextos de elevada prevalência são definidos como contextos com uma prevalência de VIH superior a 5% na população testada. Contextos de baixa prevalência são os que apresentam uma prevalência de VIH inferior a 5% na população testada (11). Nos contextos com uma epidemia de VIH generalizada ou concentrada, devem fazer-se novos testes às mulheres seronegativas no terceiro trimestre devido ao elevado risco de contraírem a infeção pelo VIH durante a gravidez.

19 Adaptada e integrada das Orientações consolidadas da OMS sobre os serviços de testes ao VIH (11).

Tuberculose (TB)	B.1.8: Nos contextos em que a prevalência da tuberculose (TB) na população em geral for de 100/100 000 habitante ou superior, deve considerar-se o rastreio sistemático da TB ativa nas mulheres grávidas, como parte dos cuidados pré-natais ²⁰ .	Recomendação para contextos específicos
B.2: Avaliação do feto		
Contagem diária dos movimentos fetais	B.2.1: A contagem diária dos movimentos do feto, tais como os gráficos de “contagem até 10”, apenas é recomendada no contexto de uma investigação rigorosa.	Recomendação para contextos específicos (investigação)
Medição da sínfise-altura uterina (SFH)	B.2.2: Para melhorar os resultados perinatais, não se recomenda a substituição da palpação abdominal pela medição da sínfise-altura uterina (SFH) para a avaliação do crescimento do feto. Não se recomenda alterar aquilo que é normalmente praticado (palpação abdominal ou medição SFH) num determinado contexto.	Recomendação para contextos específicos
Cardiotocografia pré-natal	B.2.3: A cardiotocografia pré-natal ²¹ de rotina não é recomendada nas mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais.	Não recomendada
Ecografia	B.2.4: Recomenda-se uma ecografia antes das 24 semanas de gestação (ecografia precoce) nas mulheres grávidas, para estimar a idade gestacional, melhorar a detecção de anomalias fetais e gravidezes múltiplas, reduzir a indução do trabalho de parto para gestações pós-termo e melhorar a experiência da mulher na gravidez.	Recomendada
Ecografia Doppler dos vasos sanguíneos do feto	B.2.5: O exame ecográfico Doppler de rotina não é recomendado nas mulheres grávidas, para melhorar os resultados maternos e perinatais ²² .	Não recomendada
C. Medidas preventivas	Recomendação	Tipos de recomendações
Antibióticos para bacteriúria assintomática (ASB)	C.1: Recomenda-se um regime de antibiótico de sete dias para todas as mulheres grávidas com bacteriúria assintomática (ASB), para evitar a bacteriúria persistente, parto prematuro e insuficiência ponderal à nascença.	Recomendada
Profilaxia com antibiótico para evitar infecções recorrentes do trato urinário	C.2: A profilaxia com antibiótico apenas é recomendada para evitar infecções recorrentes do trato urinário nas mulheres grávidas, no contexto de uma investigação rigorosa.	Recomendação para contextos específicos (investigação)
Administração pré-natal de imunoglobina anti-D	C.3: A profilaxia pré-natal com imunoglobina anti-D em mulheres grávidas de Rh negativo não sensibilizadas às 28 e 34 semanas de gestação, para evitar a aloimunização RhD apenas é recomendada no contexto de uma investigação rigorosa.	Recomendação para contextos específicos (investigação)

20 Adaptada e integrada das recomendações de 2013 da OMS (12).

21 A cardiotocografia é um registo contínuo dos batimentos cardíacos do feto e das contrações uterinas obtido através de um transdutor ecográfico colocado no abdómen da mãe.

22 A tecnologia de ecografia Doppler avalia as formas de onda da artéria umbilical (e outras artérias do feto), para verificar o bem-estar do feto no terceiro trimestre da gravidez.

Tratamento antelmíntico preventivo	C.4: Nas zonas endémicas ²³ , o tratamento antelmíntico preventivo é recomendado para as mulheres grávidas após o primeiro trimestre, como parte dos programas de redução das infeções causadas por vermes ²⁴ .	Recomendação para contextos específicos
Vacinação com toxóide tetânico	C.5: A vacinação com toxóide tetânico é recomendada a todas as mulheres grávidas, dependendo de anterior exposição à vacinação contra o tétano, para evitar a mortalidade neonatal por tétano ²⁵ .	Recomendada
Recomendações integradas de outras orientações da OMS que são relevantes para os CPN		
Prevenção do paludismo: tratamento preventivo intermitente na gravidez (TPIg)	C.6: Nas zonas de África com paludismo endémico, o tratamento preventivo intermitente com sulfadoxina-pirimetamina (TPIg-SP) é recomendado para todas as mulheres grávidas. O tratamento deve começar no segundo trimestre e as doses devem ser administradas com, pelo menos, um mês de intervalo, com o objectivo de garantir a administração de, pelo menos, três doses ²⁶ .	Recomendação para contextos específicos
Profilaxia pré-exposição (PrEP) para a prevenção do VIH	C.7: A profilaxia oral pré-exposição (PrEP) contendo tenofovir disoproxil fumarato (TDF) deve ser administrada como uma opção de prevenção adicional para as mulheres grávidas em risco considerável de infeção pelo VIH como parte de abordagens de prevenção combinada ²⁷ .	Recomendação para contextos específicos
D. Intervenções para sintomas fisiológicos comuns	Recomendação	Tipo de recomendação
Náuseas e vómitos	D.1: Gengibre, camomila, vitamina B6 e/ou acupuntura são recomendados para aliviar as náuseas no início da gravidez, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada
Azia	D.2: Recomenda-se aconselhamento sobre dieta e estilo de vida para evitar e aliviar a azia na gravidez. Podem ser oferecidos preparados antiácidos às mulheres com sintomas incómodos que não possam ser aliviados pela mudança de estilo de vida.	Recomendada
Cãibras nas pernas	D.3: Pode usar-se magnésio, cálcio ou opções de tratamento não farmacológico para alívio das cãibras nas pernas na gravidez, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada
Dores lombares e pélvicas	D.4: Recomenda-se exercício regular durante toda a gravidez, para evitar as dores lombares e pélvicas. Existem várias opções de tratamento que podem ser usadas, como a fisioterapia, cintas de suporte e acupuntura, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada

23 Zonas com prevalência da infeção por helmintas transmitidos pelo solo superior a 20%.

24 Consistente com a orientação de 2016 da OMS (13).

25 Esta recomendação é consistente com as orientações de 2006 da OMS (14). O regime de dose depende da anterior exposição à vacina contra o tétano.

26 Integrada nas orientações de 2015 da OMS, que também referem: "A OMS recomenda que, em zonas com transmissão moderada a elevada de paludismo em África, o TPIg-SP seja administrado a todas as mulheres grávidas em cada consulta pré-natal programada, começando tão cedo quanto possível no segundo trimestre, desde que as doses de SP sejam administradas, pelo menos, com 1 mês de intervalo. A OMS recomenda um pacote de intervenções para evitar o paludismo durante a gravidez, o qual inclui a promoção e o uso de mosquiteiros tratados com insecticida, assim como TPIg-SP" (15). Para ter a certeza de que as mulheres grávidas em zonas endémicas iniciam o TPIg-SP tão cedo quanto possível no segundo trimestre, os decisores políticos deverão assegurar o contacto dos sistemas de saúde com as mulheres às 13 semanas de gestação.

27 Integrada nas orientações de 2015 da OMS (16). Risco considerável de infeção pelo VIH é definido como uma incidência de infeção pelo VIH, na ausência de PrEP, que seja suficientemente elevada (incidência > 3%) para tornar a oferta de PrEP potencialmente económica (ou custo-eficaz). Oferecer PrEP às pessoas em risco considerável de infeção pelo VIH maximiza os benefícios relativos aos riscos e custos.

Obstipação	D.5: A sêmola de trigo ou outras podem ser usadas para aliviar a obstipação durante a gravidez, se não houver resposta à modificação da dieta, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada
Veias varicosas e edema	D.6: Opções não farmacêuticas, como meias de descanso, elevação das pernas e imersão em água podem ser usadas para o tratamento das veias varicosas e edemas na gravidez, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada
E: Intervenções no sistema de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais	Recomendação	Tipo de recomendação
Caderno de anotações da mulher	E.1: É recomendado que todas as mulheres grávidas tenha um caderno de anotações próprio durante a gravidez para melhorar a continuidade, qualidade dos cuidados e a sua experiência na gravidez.	Recomendada
Continuidade dos cuidados prestados por parteiras	E.2: Os modelos de continuidade dos cuidados prestados por parteiras, em que uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas ajuda uma mulher durante o período pré-natal, intraparto e pós-natal são recomendados para as mulheres grávidas em contextos de programas de obstetrícia que funcionem devidamente.	Recomendação para contextos específicos
Cuidados pré-natais de grupo	E.3: Os cuidados pré-natais de grupo prestados por profissionais de saúde habilitados podem ser oferecidos como uma alternativa aos cuidados pré-natais individuais prestados às mulheres grávidas, no contexto de uma investigação rigorosa, conforme as preferências das mulheres e desde que estejam disponíveis infraestruturas e recursos para a prestação de cuidados pré-natais de grupo.	Recomendação para contextos específicos (investigação)
Intervenções com base nas comunidades para melhorar a comunicação e o apoio	E.4.1: A implementação de mobilização comunitária através de ciclos de aprendizagem monitorizada e de acção (PLA) com grupos de mulheres é recomendada para melhorar a saúde materna e neonatal, particularmente em ambientes rurais com mau acesso a serviços de saúde ²⁸ . Os grupos de mulheres participativas constituem uma oportunidade para as mulheres discutirem as suas necessidades durante a gravidez, incluindo os obstáculos no acesso aos cuidados, e para reforçar o apoio às mulheres grávidas.	Recomendação para contextos específicos
	E.4.2: São recomendados pacotes de intervenções que incluam a mobilização das famílias e das comunidades e as consultas pré-natais domiciliárias, para melhorar a utilização dos cuidados pré-natais e os resultados da saúde perinatal, particularmente em ambientes rurais com mau acesso a serviços de saúde.	Recomendação para contextos específicos

28 Integrada nas recomendações de 2014 da OMS (17).

Componentes de delegação de tarefas na prestação de cuidados pré-natais ²⁹	E.5.1: Recomenda-se a delegação das tarefas de promoção de comportamentos relacionados com a saúde materna e neonatal ³⁰ num leque alargado de quadros, incluindo agentes de saúde leigos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, parteiras e médicos.	Recomendada
	E.5.2: Recomenda-se a delegação da distribuição dos suplementos alimentares recomendados e do tratamento preventivo intermitente na gravidez (TPIg) para a prevenção do paludismo num leque alargado de quadros, incluindo auxiliares de enfermagem, enfermeiros, parteiras e médicos.	Recomendada
Recrutamento e retenção de pessoal em zonas rurais e remotas ³¹	E.6: Os decisores políticos devem considerar intervenções de apoio educativo, regulador, financeiro, pessoal e profissional para recrutar e reter agentes de saúde qualificados nas zonas rurais e remotas.	Recomendação para contextos específicos
Calendário de contactos para os cuidados pré-natais	E.7: Os modelos de cuidados pré-natais com um mínimo de oito contactos são recomendados, para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com os cuidados.	Recomendada

29 Recomendações adaptadas e integradas da orientação de 2012 da OMS OptimizeMNH (18).

30 Incluindo a promoção do seguinte: comportamentos de busca de cuidados e utilização dos CPN; preparação para o parto e para as complicações; dormir sob a protecção de mosquiteiros tratados com insecticida; cuidados especializados ao parto; acompanhamento no trabalho de parto e no parto; aconselhamento nutricional; suplementos alimentares; outros suplementos e intervenções específicas do contexto; testes de VIH durante a gravidez; amamentação exclusiva; cuidados pós-natais e planeamento familiar; vacinação de acordo com as orientações nacionais.

31 Recomendação adaptada e integrada das recomendações de 2010 da OMS sobre políticas mundiais (19).

Referências

1. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/en/, accessed 28 September 2016).
2. Guideline: Intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75335/1/9789241502016_eng.pdf, accessed 28 September 2016).
3. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf, accessed 29 September 2016).
4. Guideline: calcium supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf, accessed 28 September 2016).
5. Guideline: vitamin A supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44625/1/9789241501781_eng.pdf, accessed 29 September 2016).
6. Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935_eng.pdf, accessed 4 October 2016).
7. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/rhl/guidelines/9789241548595/en/>, accessed 29 September 2016).
8. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHO/NMH/MND/13.2; http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/, accessed 29 September 2016).
9. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en/>, accessed 29 September 2016).
10. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/, accessed 29 September 2016).
11. Consolidated guidelines on HIV testing services 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf, accessed 29 September 2016).
12. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf, accessed 29 September 2016).
13. Guideline: preventative chemotherapy to control soil-transmitted helminths in high-risk groups. Geneva: World Health Organization; 2016 (in press).
14. Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.1. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf, accessed 28 September 2016).
15. Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf, accessed 28 September 2016).
16. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf, accessed 29 September 2016).
17. WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/, accessed 29 September 2016).
18. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, accessed 28 September 2016).
19. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, accessed 28 September 2016).



Organização
Mundial da Saúde



UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

WHO/RHR/16.12 © World Health Organization 2016

All rights reserved. Publications of the World Health Organization are available on the WHO website (www.who.int) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for non-commercial distribution – should be addressed to WHO Press through the WHO website (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

For more information, please contact: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

E-mail: reproductivehealth@who.int

Website: www.who.int/reproductivehealth