

GUIA PRÁTICO DO

PRÉ-NATAL

DE RISCO HABITUAL





**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

GUIA PRÁTICO DO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

**Cleber Queiroz Leite
Ladislau Ribeiro do Nascimento**

**PALMAS-TO
2025**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Leite, Cleber Queiroz

Guia prático do pré-natal de risco habitual /
Cleber Queiroz Leite, Ladislau Ribeiro do Nascimento.
-- Palmas, TO : Universidade Federal do Tocantins -
Sistema de Bibliotecas, 2025.

ISBN 978-65-87246-70-3

1. Cuidados pré-natais - Guias 2. Gestantes -
Cuidado e tratamento 3. Gravidez - Cuidados
I. Nascimento, Ladislau Ribeiro do. II. Título.

CDD-618.24

NLM-WQ-175

25-259470

Índices para catálogo sistemático:

1. Pré-natal : Cuidados : Obstetrícia 618.24

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

APRESENTAÇÃO

Este guia prático é o produto final da dissertação de mestrado do acadêmico Cleber Queiroz Leite, sob a orientação do Prof. Dr. Ladislau Ribeiro do Nascimento, ambos integrantes do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins. O guia foi desenvolvido com o objetivo de contribuir para a resolução dos casos clínicos de forma longitudinal, elaborado pelos autores, além de fornecer orientações sobre o seguimento do pré-natal de risco habitual. Assim, este material reforça a importância de uma assistência ao pré-natal realizada de forma holística.

A temática central deste guia aborda recomendações para a assistência ao pré-natal de risco habitual, bem como as principais intercorrências que podem ocorrer durante esse período. Entre elas, destacam-se: vulvovaginites e cervicites, infecção urinária, TORCHSZ (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, sífilis e zika vírus), covid-19, dengue, chikungunya, HIV, hepatites virais, tabagismo, consumo de álcool durante a gestação, diabetes gestacional e síndromes hipertensivas.

Esperamos que este guia se torne uma ferramenta útil e eficaz no processo de ensino-aprendizagem para todos que buscam compreender e gerir a assistência ao pré-natal de risco habitual.

AUTORES

Cleber Queiroz Leite

Médico, Biomédico e Farmacêutico. Professor no Curso de Medicina em uma instituição privada e Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins.

Ladislau Ribeiro do Nascimento

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Professor do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins.

SUMÁRIO

Apresentação	04
Autores	05
Capítulo 1 Pré-natal de risco habitual	08
Capítulo 2 Infecção do trato urinário na gestação ..	74
Capítulo 3 Sífilis na gestação	77
Capítulo 4 Vulvovaginite e cervicites na gestação ..	82
Capítulo 5 Toxoplasmose na gestação	84
Capítulo 6 Rubéola na gestação	88
Capítulo 7 Citomegalovírus na gestação	91
Capítulo 8 Zika vírus na gestação	93



SUMÁRIO

Capítulo 9 Dengue na gestação	95
Capítulo 10 Chikungunya na gestação	96
Capítulo 11 Covid-19 na gestação	97
Capítulo 12 Parvovírus B19 na gestação	99
Capítulo 13 Herpes simples na gestação	101
Capítulo 14 HIV na gestação	103
Capítulo 15 Hepatites virais na gestação	105
Capítulo 16 Diabetes Mellitus na gestação	107
Capítulo 17 Síndromes hipertensivas na gestação ...	112



Pré-natal

de risco habitual



Definição

Pré-natal, em sua essência, é o seguimento da gestante, desde o diagnóstico da gravidez até o parto. Objetiva evitar impactos na saúde do binômio materno-fetal e garantir que o recém-nascido e a mãe estejam saudáveis ao final do período gravídico, oferecendo cuidados clínicos, mas também psicossociais, preventivos e educacionais.



Rotina de atenção ao pré-natal

A atenção pré-natal deve ser iniciada, preferencialmente, no momento da descoberta da gestação. No primeiro atendimento, o médico e enfermeiro, devem acolher, verificar a aceitação da gestação e esclarecer as queixas, dúvidas e ansiedades das gestantes, buscando construir vínculo.

Calendário de consultas



Mínimo de 6 consultas – segundo o ministério da saúde. Divididas assim:

1º trimestre: até 13 semanas → 1ª consulta.

2º trimestre: 14 a 27 semanas → necessárias 2 consultas.

3º trimestre: após 28 semanas → necessárias 3 consultas.

Frequência das consultas (recomendadas):

Até 28ª semana – mensalmente.

Da 28ª até 36ª semana – quinzenalmente.

Da 36ª até 41ª semana – semanalmente.



cap 1: pré-natal de risco habitual



Excetuando-se o primeiro retorno, que deve ocorrer em até 15 dias para avaliação dos exames da rotina de pré-natal solicitados na primeira consulta. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

Acolhimento

A atenção ao pré-natal por todo o território nacional é norteadas pelas diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), ajustado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Este programa tem como finalidade a humanização da assistência, vista como uma circunstância essencial para o seguimento adequado da gestação, parto e puerpério. Procura-se possibilitar uma assistência íntegra, de qualidade, qualificada e humanizada, sendo essencial para a saúde tanto da mãe quanto para a saúde do recém-nascido. Dessa forma, o objetivo principal é prevenir a ocorrência de complicações indesejáveis (Batista *et al.*, 2021).

No dia a dia, o acolhimento se manifesta através de atitudes humanizadas, tais como: apresentar-se ao paciente, chamar a mesma pelo seu nome, tirar as dúvidas trazidas, escutar e valorizar o que é dito, bem como garantir a confidencialidade e privacidade das informações e incentivar a presença do (a) acompanhante durante as consultas entre outras iniciativas (Brasil, 2013).



Determinação do Risco Gestacional

Em todas as consultas deverão ser observados os fatores que podem significar riscos para o desenvolvimento da gestação e para a saúde da gestante e do RN. Os fatores de risco são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais associados ao aumento da probabilidade de adoecimento e mortalidade materna, fetal ou neonatal. Sua identificação permite que sejam tomadas as medidas adequadas em tempo oportuno.

A identificação de um único critério é suficiente para definir o estrato de risco da gestante. A presença de algumas dessas condições e agravos indica que a gestante deve ser acompanhada por um serviço de atenção especializada para gestação de alto risco (GAR). Os fatores de risco habitual ou intermediário devem ser acompanhados pelos serviços de atenção primária, cuja identificação serve como orientador dos cuidados ofertados nesse serviço. O quadro a seguir apresenta as condições e agravos que devem ser observados durante o pré-natal.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Risco Habitual: Gestantes que **NÃO** apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior e de doença ou agravo.

Risco Intermediário: Gestantes que apresentam alguns fatores de risco (características individuais – raça, etnia e idade; sociodemográficas – escolaridade e de história reprodutiva anterior) **que implicam em maior vigilância e cuidado com a gestação, mas o fluxo para o pré-natal e o parto serão o mesmo do risco habitual.** Considerando a amplitude dos fatores determinantes da saúde da gestante e puérpera, quanto maior o número de critérios combinados (vários fatores de risco intermediários combinados ou um fator de alto risco combinado com fatores de risco intermediário) maior a complexidade da situação, implicando em maior vigilância e cuidado e se necessário, de acordo com a avaliação clínica na APS, a gestante deverá ser encaminhada ao Ambulatório de Atenção Especializada – AAE para um cuidado compartilhado.

Alto Risco: Gestantes com fatores clínicos relevantes (**RISCO REAL**) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções de maior nível de complexidade.

Fonte: Adaptado Ministério da Saúde, 2013.

Critérios para classificar a gestante como risco habitual (Baixo risco)

Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis:

- Idade entre 16 e 34 anos
- Aceitação da gestação

História reprodutiva anterior:

- Intervalo interpartal maior que 2 anos Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.

Realizar pré-natal na
Atenção Primária.

Critérios para classificar a gestante como risco intermediário

Condição sociodemográfica adversa:

- Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos.
- Condições de trabalho desfavoráveis Indícios ou ocorrência de violência doméstica ou de gênero.
- Situação conjugal insegura.
- Insuficiência de apoio familiar.
- Capacidade de autocuidado insuficiente.
- Não aceitação da gestação. Baixa escolaridade (<5 anos de estudo).
- Uso de medicamentos teratogênicos.
- Altura menor que 1,45 m. IMC <18,5 ou 30 kg/m² a 39 kg/m².
- Transtorno depressivo ou de ansiedade leve.
- Uso ocasional de drogas e ilícitas.
- Etilismo sem indicativo de dependência*.
- Tabagismo com baixo grau de dependência*.
- Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes. Gestante negra (cor de pele preta ou parda).

História reprodutiva anterior:

- Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos).

Realizar pré-natal na
Atenção Primária.

cap 1: pré-natal de risco habitual

- Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior.
- Insuficiência istmo-cervical.
- Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrosomia).
- Malformação fetal.
- Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos).
- Diabetes gestacional.
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade.
- Infertilidade.
- Cesáreas prévias (2 ou mais).
- Intervalo interpartal <2 anos.

Condições clínicas prévias à gestação:

- Depressão e ansiedade leves sem necessidade de tratamento medicamentoso.
- Asma controlada sem uso de medicamento contínuo.
- Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação.

Intercorrências clínicas/ obstétricas na gestação atual:

- Gestação resultante de estupro.
- Gestação gemelar dicoriônicadiamniótica.
- Diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal.
- Hipertensão gestacional ou pré- eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal.
- Infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite.
- Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo).
- Doenças infecciosas: sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita);
- toxoplasmose aguda sem repercussão fetal;
- herpes simples.

- Suspeita ou confirmação de dengue, vírus zica ou chikungunya (quadro febril exantemático).
- Restrição de crescimento fetal suspeita. Feto acima do percentil 90%.
- Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 9 g/dl e 11 g/ dl).

Realizar pré-natal na
Atenção Primária.

Critérios para classificar a gestante como alto risco

Condição sociodemográfica adversa:

- Etilismo com indicativo de dependência*.
- Tabagismo com indicativo de dependência elevada*.
- Dependência e/ou uso abusivo de drogas.
- Agravos alimentares ou nutricionais: IMC ≥ 40 kg/m², desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros).

História reprodutiva anterior:

Encaminhar para referência
de pré-natal de **Alto Risco**

cap 1: pré-natal de risco habitual

- Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos).
- Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada.
- Isoimunização Rh em gestação anterior.
- Acretismo placentário.
- Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP.
- Prematuridade anterior. Isoimunização Rh em gestação anterior.
- Cesariana prévia com incisão clássica/corporal.

Condições clínicas prévias à gestação:

- Doença psiquiátrica grave. Hipertensão arterial crônica.
- Diabetes mellitus 1 e 2.
- Doenças genéticas maternas.
- Antecedente de tromboembolismo Cardiopatias ou infarto agudo do miocárdio.
- Pneumopatias graves Nefropatias graves hipotireoidismo clínico em uso de medicamentos e hipertireoidismo doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.
- Doenças neurológicas Doenças autoimunes malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, ou cirurgia uterina prévia fora da gestação.
- Neoplasias (qualquer)
- Transplantes. Cirurgia bariátrica.
- Doenças infecciosas: tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (no canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/ numerosas localizadas em região genital ou perianal).
- Diagnóstico de HIV.

Intercorrências clínicas/ obstétricas na gestação atual:

- Infecção urinária de repetição:
- Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal; rubéola na gestação; citomegalovírus na gestação; diagnóstico de HIV/aids na gestação.
- Restrição de crescimento fetal confirmada.
- Desvios da quantidade de líquido amniótico.
- Isoimunização Rh.
- Insuficiência istmocervical diagnosticada na gestação atual.
- Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual.
- Anemia grave (hemoglobina <9 g/dL) ou anemia refratária a tratamento.
- Hemorragias na gestação atual. Placenta prévia. Acretismo placentário.
- Colestase gestacional Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal.
- Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado.



Encaminhar para referência de pré-natal de **Alto Risco**

Fonte: Manual de Alto Risco do Ministério da Saúde, 2022.

*De acordo com escores de dependência.

cap 1: pré-natal de risco habitual



As gestantes que na avaliação possuem algum dos critérios de alto risco devem ser encaminhadas para acompanhamento na unidade de referência de pré-natal de alto risco. Após avaliação no nível secundário ou terciário, a gestante deve ser contra referenciada para a unidade de atenção primária de referência. Nesse caso, esse serviço deverá conduzir o pré-natal com base nas informações especializadas descritas. Em alguns casos, a gestante continuará seus cuidados de pré-natal no serviço de maior complexidade. Para que esse procedimento seja efetivo é necessário reavaliar os riscos potenciais e já estabelecidos a cada consulta, valorizando o caráter dinâmico do ciclo gravídico-puerperal.

As gestantes acompanhadas no **Alto Risco** devem continuar sendo acompanhadas conjuntamente pela **APS**.

Em todas as consultas os profissionais devem realizar estratificação de risco avaliar a presença de sinais de alerta. Estes estão diretamente relacionados à boa anamnese e ao bom exame físico. Não se pode descartar ou negligenciar nenhum item que deve ser avaliado na consulta de pré-natal.



Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/ emergência obstétrica

- Síndromes hemorrágicas.
- Crise hipertensiva (PA \geq 160/110) - iniciar tratamento com anti-hipertensivo na unidade de saúde.
- Suspeita de pré-eclâmpsia.
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.
- Eclampsia.
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ ou varicosidade aparente).
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- Perda de líquido amniótico, confirmada por exame especular ou por diagnóstico por USG de oligodramnia moderada ou severa, independente da coloração visualizada; Índice de Líquido Amniótico (ILA) $<$ 5 cm ou medida de maior bolsão de líquido amniótico $<$ 2 cm.
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas).
- Suspeita ou confirmação de incompetência Istmo Cervical (história de partos prematuros), entre 12ª e 16ª semana de gestação, para avaliação quanto à realização de cerclagem.
- Febre, sem conhecimento da causa.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas.

cap 1: pré-natal de risco habitual

- Suspeita ou confirmação de óbito fetal.
- Queixa de ausência de movimentos fetais por mais de 12h, em gestação com mais de 26 semanas;
- Contrações regulares.
- Idade gestacional ≥ 41 semanas.
- Suspeita de Doença Inflamatória Pélvica.
- Suspeita ou confirmação ultrassonográfica de gestação ectópica.
- Intoxicação exógena (overdose de drogas ilícitas, coma alcoólico, envenenamento ou superdosagem de medicação).
- Trauma abdominal.
- Prolapso de cordão.
- Agudização de doença falciforme.
- Sinais ligados à ferida operatória ou sutura perineal com abscesso ou febre ou sinais de infecção grave.
- Sangramento vaginal puerperal (lóquios) aumentado, associado a odor fétido, febre ou dor pélvica.
- Sinais de mastite grave ou abscesso mamário, febre ou necrose.

Na **primeira consulta pré-natal**, devem ser realizados anamnese e exame físico completos, atentando-se para aspectos epidemiológicos e antecedentes familiares e pessoais, com atenção especial para antecedentes ginecológicos e obstétricos. É muito importante também realizar, na primeira consulta pré-natal, uma avaliação dos aspectos socioculturais, incluindo rastreamento para uso de drogas, risco de violência doméstica, nível de segurança no local de moradia, pobreza extrema, fome e aceitação da gestação.



Nas **consultas subsequentes**, a avaliação de-ve ser mais dirigida aos aspectos específicos da gestação, sendo necessário questionar sempre sobre movimentação fetal, contrações uterinas e perdas vaginais.

Deve-se sempre estar atento aos aspectos emocionais associados à gravidez, pois esse é um momento importante para o casal e sua família. Além disso, é necessário estar atento em todas as consultas para responder as dúvidas e ansiedades da mulher e de seu parceiro e orientá-los a respeito de sinais e sintomas normais em cada período da gestação.

cap 1: pré-natal de risco habitual



Um tema importante que deve ser discutido no período pré-natal com a gestante e, se for o caso, com o casal são as suas expectativas e preferências em relação ao tipo e modo de parto. É interessante que seja construído um Plano de Parto que contemple os desejos da gestante, em consonância com as normas de segurança para ela e seu bebê, assim como as intervenções médicas que poderão ser necessárias no período intraparto. Discutir, por exemplo, a necessidade, os benefícios e os riscos de procedimentos como uso de ocitocina, episiotomia ou cesariana e parto instrumentado, ainda durante o pré-natal, é a chave para diminuir o risco de conflitos e de reversão de expectativas durante o parto.

No fim da gestação, deve-se explicar à paciente os sinais previstos de início do trabalho de parto (ritmo, frequência e intensidade das contrações) e ressaltar a possibilidade de ruptura da bolsa de líquido amniótico, os sinais de alerta para indicar uma consulta em emergência obstétrica e os procedimentos que poderão ser realizados durante a sua internação.



O pré-natal é uma ótima oportunidade para estimular hábitos saudáveis, como alimentação adequada, exercícios – sobretudo aqueles envolvendo as musculaturas abdominal, pélvica e lombossacral – e dar orientações sobre amamentação. Um estudo realizado com pacientes atendidas na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) evidenciou que apenas 34,9% das puérperas avaliadas haviam recebido orientação sobre aleitamento durante a gestação. As orientações devem incluir conteúdos sobre a fisiologia da lactação, a técnica correta da amamentação e, principalmente, a importância da amamentação para a saúde da criança. Com isso, a mulher fica mais preparada para prevenir e superar eventuais obstáculos à amamentação.



A assistência pré-natal é muito bem estruturada, alicerçada em três grandes pilares:

- Anamnese obstétrica
- Exame físico
- Exames complementares

cap 1: pré-natal de risco habitual

Anamnese obstétrica



Como toda a anamnese, deve ser iniciada com a identificação e posteriormente a queixa principal, seguida da história da doença atual (HDA), interrogatório sintomatológico dos diversos aparelhos (ISDA), antecedentes familiares e pessoais. Depois de obter essas informações, deve-se focar na anamnese ginecológica propriamente dita, interrogando sobre antecedentes menstruais, sexuais, métodos de anticoncepção, exames ginecológicos realizados previamente, antecedentes ginecológicos e obstétricos (Porto, 2014).

Tópicos



1

Identificação: Questionar nome, idade, estado conjugal, cor, religião, escolaridade, profissão, endereço, cidade, estado, procedência (lugar de origem) e telefone.

2

Queixa principal: o motivo da consulta (perguntando: “o que lhe trouxe aqui?”) acrescentar o tempo da queixa.

3

História da Doença Atual: Serão investigados de maneira precisa, procurando saber início dos sintomas, características do sintoma (duração, localização, intensidade, frequência e etc.), fatores de melhora e piora, relação com outras queixas, evolução, além do uso de medicamentos e como está no momento da consulta.

4

ISDA: Interrogar os diversos aparelhos, cardiovascular, respiratório, musculoesqueléticos, endócrino / metabólico (Diabetes? Hipertensão?), urológicos e gastrointestinais.

5

Antecedentes familiares: Questionar sobre doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, câncer (principalmente de útero, ovário e mama), malformação congênita, gemelaridade na família e doenças infectocontagiosas.

6

Antecedentes pessoais: Questionar se a paciente faz uso de cigarro (tabaco) e/ou álcool (se sim, quantas vezes ao dia e há quanto tempo), se pratica atividade física (se sim, qual tipo), apresenta alergia a algum tipo de medicamento e se já realizou alguma cirurgia (**Quando? Quantas? Quais e as indicações?**).

cap 1: pré-natal de risco habitual



7

Antecedentes menstruais: Questionar a menarca, intervalo do ciclo menstrual, duração da menstruação, regularidade (mensal), intensidade do fluxo (normal para paciente) e cor do sangue.

Perguntar sobre a data da última menstruação (**DUM**) – lembrando que a DUM é o primeiro dia da última menstruação.

8

Antecedentes ginecológicos: biópsia (vagina, colo ou vulva), cauterização, CAF (cirurgia de alta frequência), se apresenta ou apresentou algum tipo de DST e qual, se foi confirmada por exames e se realizou o tratamento, questionar sobre colpocitologia oncótica, mamografia seus resultados e a data do último exame. Se apresenta algum corrimento ou irritação vaginal caracterizando o tempo de duração, a quantidade, coloração, odor e se realizou tratamento.

Questionar sobre alterações vulvares como: prurido, tumor etc. Verificar se apresenta alguma queixa mamária.

9

Antecedentes obstétricos: questionar sobre G (gestação), PN (parto natural), PC (parto cesárea), A (abortamento).

- Exemplo: G6, PN3, PC3, A0. 6 gestações, 3 de parto natural 3 de cesárea e nenhum abortamento.
- Qual intervalo de tempo e qual idade no primeiro parto e último parto?
- Questionar peso do RN (recém-nascido) que nasceu com o maior peso, se teve o puerpério normal ou patológico, se amamentou e por quanto tempo.

Exame Físico

O exame físico deve ser completo e incluir o ginecológico. As pacientes devem ser examinadas em busca de alterações no estado geral, no peso, na pressão arterial, no volume da glândula tireoide, na ausculta cardíaca e pulmonar, na palpação do abdome e no aparelho musculoesquelético. O exame pélvico deve incluir a coleta do exame colpocitológico e, quando indicada, a pesquisa de gonorreia e clamídia por sua associação com abortamento e prematuridade (Zugaib, 2023).

cap 1: pré-natal de risco habitual

Exame Físico



O exame físico realizado durante a primeira consulta de pré-natal deve ser completo, isto é, a avaliação de todos os aparelhos deve ser realizada, e não apenas os aspectos obstétricos.

O exame obstétrico inclui medida da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais com o **sonar Doppler**, que passa a ser possível entre **9 e 12 semanas de gestação**. A ausculta com o **estetoscópio de Pinard** é possível a partir de **16 semanas gestacionais**.

A avaliação do crescimento fetal é feita pela medida da altura uterina. A paciente deve estar em decúbito dorsal, com os membros em extensão e a bexiga vazia. A medida é realizada com fita métrica entre a **símfise púbica** e o **fundo uterino**.



Ilustração da medida da altura uterina da símfise púbica (esquerda) ao fundo uterino (direita).



Considerando-se o exame físico geral da gestante, três parâmetros devem sempre ser investigados em todas as consultas:

- Pressão arterial
- Peso
- Membros inferiores

Pressão arterial



O exame físico realizado durante a primeira consulta de pré-natal deve ser completo, isto é, a avaliação de todos os aparelhos deve ser realizada, e não apenas os aspectos obstétricos.

O exame obstétrico inclui medida da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais com o **sonar Doppler**, que passa a ser possível entre **9 e 12 semanas de gestação**. A ausculta com o **estetoscópio de Pinard** é possível a partir de **16 semanas gestacionais**.

A medida da Pressão Arterial (PA) deve ser realizada a cada consulta de pré-natal, a fim de permitir o diagnóstico precoce de HAS e outros distúrbios hipertensivos na gestação, como pré-eclâmpsia.

cap 1: pré-natal de risco habitual

A medida da PA sempre deverá ser realizada com a paciente sentada, em repouso e sem blusa apertada. Em caso de pacientes obesas, deve-se utilizar esfigmomanômetro adequado ou realizar o cálculo de ajuste de acordo com o perímetro braquial. Considera-se hipertensão arterial quando os níveis de pressão sistólica forem > 140 mmHg ou os níveis de pressão diastólica forem > 90 mmHg, medidos no mínimo duas vezes com intervalo de pelo menos 6 horas.

Medidas de pressão arterial sistólica maiores ou iguais a 140 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg devem sempre chamar a atenção do examinador para a possibilidade de pré-eclâmpsia, especialmente se associadas à ganho ponderal e/ou edema



Fonte: Ramos *et al.*, 2023.

Membros inferiores



A compressão dos vasos em razão do aumento do volume uterino no decorrer da gestação, normalmente, acarreta **edema em membros inferiores**, especialmente no final da gestação. Apesar disso, é muito importante que a possibilidade de edema patológico seja sempre cogitada ao se avaliar a gestante, especialmente quando o edema de membros inferiores está associado ao **edema de mãos e face**, sendo a hipótese diagnóstica de pré-eclâmpsia um importante diagnóstico diferencial a ser feito nesses casos.

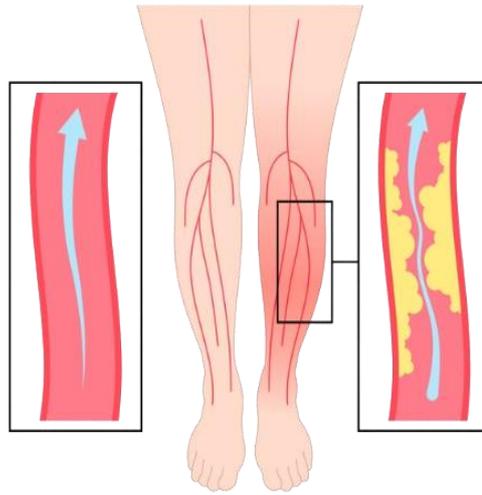
Outro diagnóstico diferencial a ser pensado é o de **trombose**, relacionado a edemas assimétricos e presença de sinais flogísticos. Lembre-se de que a gestação se caracteriza por ser um estado **prótrombótico** que aumenta as chances desses eventos ocorrerem, especialmente se houver presença de **varizes** associadas.

cap 1: pré-natal de risco habitual

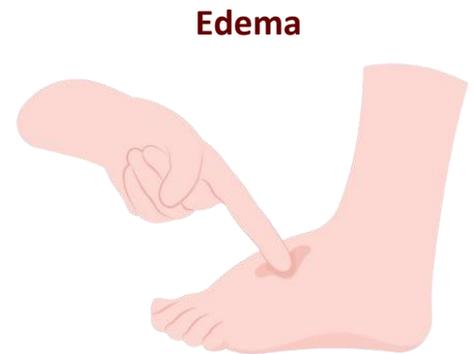
Alterações em membros inferiores que devem ser avaliadas durante o exame físico da gestante



Varizes



Trombose



Edema

Peso



Um dos componentes essenciais para a integralidade da atenção ao pré-natal é a atenção nutricional. Desvios no estado nutricional antes da gestação e no ganho ponderal durante a gestação associam-se ao aumento de risco para o desenvolvimento de síndrome hipertensiva gestacional, diabetes gestacional, baixo peso ao nascer e prematuridade. Essas condições, em casos extremos, podem contribuir para desfechos como morte infantil ou materna.

A medida padronizada para avaliação ponderal da gestante é a do índice de massa corpórea (IMC) segundo a curva de Atalah, assumida pelo Ministério da Saúde.

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

Procedimentos para o diagnóstico nutricional

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

1. Calcule a idade gestacional em semanas.

cap 1: pré-natal de risco habitual

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

Exemplos: Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas;
Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas.

2. Localize, na primeira coluna da tabela 1, a seguir, a semana gestacional calculada e identifique, nas colunas seguintes, em que faixa está situado o IMC da gestante.
3. Classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo o IMC, por semana gestacional, da seguinte forma:

- **Baixo peso:** quando o valor do IMC for igual ou menor do que os valores apresentados na coluna correspondente a baixo peso;
- **Adequado:** quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a adequado;
- **Sobrepeso:** quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a sobrepeso;
- **Obesidade:** quando o valor do IMC for igual ou maior do que os valores apresentados na coluna correspondente a obesidade.

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

Semana gestacional	Baixo peso: IMC menor do que	Adequado: IMC entre	Sobrepeso: IMC entre	Obesidade: IMC maior do que
6	19,9	20,0 - 24,9	25,0 - 30,0	30,1
7	20,0	20,1 - 25,0	25,1 - 30,1	30,2
8	20,1	20,2 - 25,0	25,1 - 30,1	30,2
9	20,2	20,3 - 25,2	25,3 - 30,2	30,3
10	20,2	20,3 - 25,2	25,3 - 30,2	30,3
11	20,3	20,4 - 25,3	25,4 - 30,3	30,4
12	20,4	20,5 - 25,4	25,5 - 30,3	30,4
13	20,6	20,7 - 25,6	25,7 - 30,4	30,5
14	20,7	20,8 - 25,7	25,8 - 30,5	30,6
15	20,8	20,9 - 25,8	25,9 - 30,6	30,7
16	21,0	21,1 - 25,9	26,0 - 30,7	30,8
17	21,1	21,2 - 26,0	26,1 - 30,8	30,9
18	21,2	21,3 - 26,1	26,2 - 30,9	31,0
19	21,4	21,5 - 26,2	26,3 - 30,9	31,0
20	21,5	21,6 - 26,3	26,4 - 31,0	31,1
21	21,7	21,8 - 26,4	26,5 - 31,1	31,2
22	21,8	21,9 - 26,6	26,7 - 31,2	31,3
23	22,0	22,1 - 26,8	26,9 - 31,3	31,4



cap 1: pré-natal de risco habitual

24	22,2	22,3 – 26,9	27,0 – 31,5	31,6
25	22,4	22,5 – 27,0	27,1 – 31,6	31,7
26	22,6	22,7 – 27,2	27,3 – 31,7	31,8
27	22,7	22,8 – 27,3	27,4 – 31,8	31,9
28	22,9	23,0 – 27,2	27,6 – 31,9	32,0
29	23,1	23,2 – 27,6	27,7 – 32,0	32,1
30	23,3	23,4 – 27,8	27,9 – 32,1	32,2
31	23,4	23,5 – 27,9	28,0 – 32,2	32,3
32	23,6	23,7 – 28,0	28,1 – 32,3	32,4
33	23,8	23,9 – 28,1	28,2 – 32,4	32,5
34	23,9	24,0 – 28,3	28,4 – 32,5	32,6
35	24,1	24,2 – 28,4	28,5 – 32,6	32,7
36	24,2	24,3 – 28,5	28,6 – 32,7	32,8
37	24,4	24,5 – 28,7	28,8 – 32,8	32,9
38	24,5	24,6 – 28,8	28,8 – 32,9	33,0
39	24,7	24,8 – 28,9	29,0 – 33,0	33,1
40	24,9	25,0 – 29,1	29,3 – 33,1	33,2
41	25,0	21,5 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3
42	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3



Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

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

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

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

Fonte: Institute of Medicine, 1990 e WHO, 1995 apud Brasil, 2013.

É importante que, nas consultas subsequentes, o ganho de peso seja acompanhado e registrado no Cartão da Gestante. Observe que cada gestante deverá ter um ganho ponderal distintos, de acordo com seu IMC inicial. Para a previsão do ganho, faz-se necessário calcular quanto a gestante já ganhou de peso e quanto ainda deve ganhar até o fim da gestação em função da avaliação clínica.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Exame obstétrico abdominal



A **inspeção abdominal** de uma gestante pode apresentar diferentes aspectos, dependendo do trimestre em que ela se encontra. As principais alterações observadas serão quanto ao **formato** e **tamanho** do abdômen, além de **alterações cutâneas**, como da coloração ou aparecimento de estrias.

É comum ocorrer hiperpigmentação por estímulo dos melanócitos em decorrência do aumento dos níveis hormonais na gestação e de que a alteração da coloração de regiões da face, mamas, axilas, região genital e linha alba tende a aparecer precocemente durante a gestação.

A hiperpigmentação da linha alba recebe o nome de **linha nigra**, durante a gestação e é observada com frequência na prática clínica durante a avaliação física da gestante. Outra alteração comum de ser observada no abdômen gravídico é o surgimento de **estrias**, especialmente no final da gestação, associadas à distensão cutânea e ao hipercortisolismo.



Linha Nigra



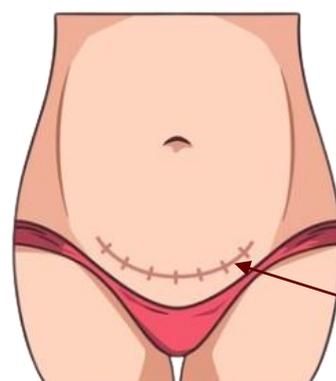
Estrias



A avaliação da presença de cicatrizes prévias é um importante passo durante a inspeção abdominal da gestante. É o momento oportuno para descobrir procedimentos cirúrgicos que a gestante possa ter eventualmente esquecido de mencionar durante a anamnese, assim como avaliar a cicatriz de partos cesáreos prévios.

Lembre-se de que a técnica mais utilizada para a realização da cesariana é a de **Pfannenstiel** e de que cicatrizes longitudinais no abdômen referentes a partos cesáreos, em geral, relacionam-se a urgências obstétricas.

Algumas gestantes podem também apresentar **diástase dos músculos retos abdominais**, que se torna mais pronunciada à medida que o útero aumenta de volume.



Pfannenstiel

cap 1: pré-natal de risco habitual

Manobra de Leopold-Zweifel



As manobras de Leopold-Zweifel consistem em uma das partes mais importantes do exame físico na obstetrícia. Elas foram desenvolvidas em 1884 por Christian Gerhard Leopold, conhecidas apenas por manobras de Leopold.

Essas manobras de palpação abdominal são divididas em quatro tempos e que têm o intuito de definir parâmetros da **estática fetal**.

Situação



1º tempo

Primeira Manobra (Determinação do fundo uterino)

- Avalia a situação do feto (longitudinal, transversa ou oblíqua) e identifica qual polo fetal ocupa o fundo uterino (cabeça ou nádegas).
- O examinador palpa o fundo do útero com ambas as mãos.

SITUAÇÃO



LONGITUDINAL



TRANSVERSAL
OU CÓRMICA



OBLÍQUO



2º tempo

Posição

Segunda Manobra (Identificação da posição fetal)

- Determina a posição do feto (**direita ou esquerda**) em relação ao útero.
- As mãos do examinador deslizam pelos lados do abdômen para identificar qual lado está o **dorso** do feto.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Apresentação

3º tempo



Terceira Manobra (Identificação da apresentação fetal)

- Identifica qual parte do feto está **apresentando-se para o canal de parto** (cabeça ou nádegas).
- O examinador palpa acima da sínfise púbica para tentar deslocar a parte apresentante.

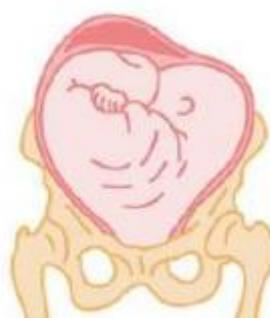
APRESENTAÇÃO



CEFÁLICA



PÉLVICA



CÓRMICA



4º tempo

Altura

Quarta Manobra (Confirmação da apresentação fetal)

- Verifica o **grau de descida** da parte apresentante e a variedade de apresentação.
- O examinador coloca as mãos nos lados inferiores do abdômen, próximo à pelve materna, para sentir a parte apresentante e determinar se está fletida ou defletida.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Altura Uterina



A **altura uterina** é determinada posicionando-se o zero da fita métrica na borda superior da sínfise púbica e estendendo-a medialmente, passando pela cicatriz umbilical, utilizando-se a borda cubital da mão, até o fundo uterino.

A altura uterina, também chamada de **altura de fundo** em algumas localidades do Brasil, é um importante parâmetro do exame físico obstétrico por se relacionar com a idade gestacional e, dessa forma, permitir que o crescimento fetal seja avaliado de forma indireta no decorrer do pré-natal, além de ser uma opção para a estimativa da idade gestacional quando outros métodos não estão disponíveis.



Ilustração da medida da altura uterina da sínfise púbica (esquerda) ao fundo uterino (direita).

Batimentos Cardiofetais



Os batimentos cardíacos fetais (BCF) são considerados normais no intervalo de variação entre 110 e 160 bpm.

Observa-se a frequência dos batimentos durante 1 minuto, que deve se situar entre 110 e 160 batimentos por minuto (bpm). Variações para menos ou para mais correspondem, respectivamente, à bradicardia e à taquicardia fetal e representam motivos para avaliação mais detalhada de bem-estar fetal. A existência de acelerações transitórias (elevações da frequência de pelo menos 15 batimentos por, no mínimo, 15 segundos) é sinal de boa vitalidade e está frequentemente associada às movimentações fetais, aos estímulos mecânicos sobre o útero ou à contração uterina.

A ausculta dos batimentos cardíacos fetais com o **sonar Doppler**, que passa a ser possível entre **9 e 12 semanas de gestação**. A ausculta com o **estetoscópio de Pinard** é possível a partir de **16 semanas gestacionais**.

cap 1: pré-natal de risco habitual



Exames Complementares

Essa avaliação facilitará a interpretação dos exames durante o pré-natal e permitirá que a mulher receba as condutas necessárias durante todo o percurso da gestação.



Ao atender uma grávida, é importante ter **quatro perguntas sempre em mente**. Caso elas não sejam respondidas pelas queixas ativas da gestante, deverão ser abordadas durante a anamnese. Isso porque essas quatro respostas ajudarão você a não deixar passar informações que a gestante pode não ter valorizado inicialmente, mas que podem estar associadas a intercorrências obstétricas.



Sangramento?

Investigar causas dos sangramentos da primeira ou da segunda metade da gestação.

Perda de líquido?

Investigar rotura prematura de membranas ou presença de vulvovaginites.

Dor? Contrações?

Investigar presença de dinâmica uterina, alteração do tônus uterino, infecções, como as urinárias, entre outras afecções que podem culminar em dor durante a gestação.

Movimentação fetal?

Avaliar vitalidade fetal diante do relato de redução da movimentação fetal.

Essas perguntas ajudarão você a realizar uma adequada anamnese obstétrica em qualquer cenário que envolva o atendimento de uma gestante, seja no pré-natal, foco de nosso estudo nesse momento, seja no atendimento de emergência, centro obstétrico ou enfermaria obstétrica.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Diagnóstico de Gravidez



O diagnóstico precoce da gestação é fundamental para uma assistência pré-natal de qualidade, pois possibilita o início também precoce do acompanhamento pré-natal e dos cuidados de saúde. Além disso, facilita a identificação correta da idade gestacional (IG), o que é decisivo para o acompanhamento correto da gestação (Ramos *et al.*, 2023).

O diagnóstico de gestação é **feito com base em dados clínicos (história e exame físico) e testes subsidiários**. Apesar de ser menos sensível e específica do que os testes laboratoriais, a avaliação clínica de sinais e sintomas fornece dados iniciais a respeito do grau de probabilidade de tratar-se realmente de gestação ou sobre a necessidade de buscar diagnósticos alternativos.



Os sinais e sintomas de gestação podem ser classificados como sintomas e **sinais de presunção**, **sinais de probabilidade** e **sinais de certeza de gestação**.

Sintomas de presunção:

- Náuseas e vômitos no primeiro trimestre.
- Aumento do volume e da sensibilidade nas mamas.
- Polaciúria e nictúria.
- Percepção de movimentos fetais pela paci-ente.
- Mudanças no apetite (desejos alimentares).
- Fadiga, tontura, sialorreia, distensão abdominal e constipação, dispneia, congestão nasal, câibras e lombalgia.

Sinais de presunção:

- Atraso menstrual de 10 a 14 dias ou amenorreia secundária.
- Congestão mamária e mastalgia, sinal de Hunter “pigmentação das aréolas” e surgimento dos tubérculos de Montgomery “grandes glândulas sebáceas presentes na aréola ao redor do mamilo”, aparecimento de colostro e rede venosa visível.
- Alterações na vulva e na vagina (coloração violácea vaginal, cervical e vulvar).
- Alterações no muco cervical (maior quantidade de muco e ausência de cristalização com padrão arboriforme).
- Alterações cutâneas (estrias, hiperpigmentação da face – cloasma e linha nigra).

cap 1: pré-natal de risco habitual

Sinais e Sintomas de Presunção



MELASMAS



ESTRIAS



SINAL DE HUNTER

Tubérculos de Montgomery

TUBÉRCULOS DE MONTGOMERY



ATRASSO MENSTRUAL



LINHA NIGRANS



Rede venosa de Haller

REDE VENOSA DE HALLER

Sinais de probabilidade:

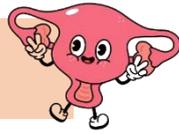
- Alterações em formato e consistência do útero (flexão do corpo sobre o colo uterino no toque bimanual – sinal de Hegar) e sinal de Nobile-Budin (preenchimento do fundo de saco vaginal pelo útero percebido ao toque vaginal).
- Consistência cervical amolecida.
- Aumento do volume abdominal.

Sinais de certeza:

- Ausculta de batimentos cardíofetais (BCFs) (pela ultrassonografia [US] transvaginal a partir da 6a semana; pelo sonar Doppler a partir da 10a semana de gestação; e pelo estetoscópio de Pinard a partir da 18a à 20a semana).
- Sinal de Puzos (rechaço fetal intrauterino ao toque).
- Percepção de movimentos e partes fetais pelo examinador (a partir de 18-20 semanas).

cap 1: pré-natal de risco habitual

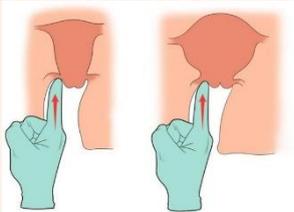
Sinais de Probabilidade



Sinal de Hegar: amolecimento da região ístmica uterina perceptível pelo toque bimanual (entre o corpo e o colo).



Sinal de Piskacek: assimetria uterina gerada pelo crescimento maior no lado da nidação (só no início da gestação).



Sinal de Nobile-Budin: preenchimento do fundo de saco vaginal pela globosidade uterina, quando antes não havia esse preenchimento (útero não gravídico).

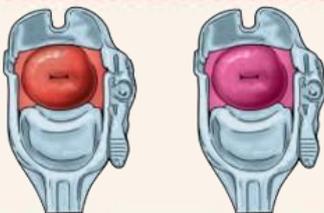


Sinal de Nobile-Budin e Osiander

Sinal de Osiander: pulsação das artérias vaginais no fórnice lateral.



Sinal de Jacquemier: meato e vulva arroxeados.



Sinal de Kluge: vagina arroxeadada.

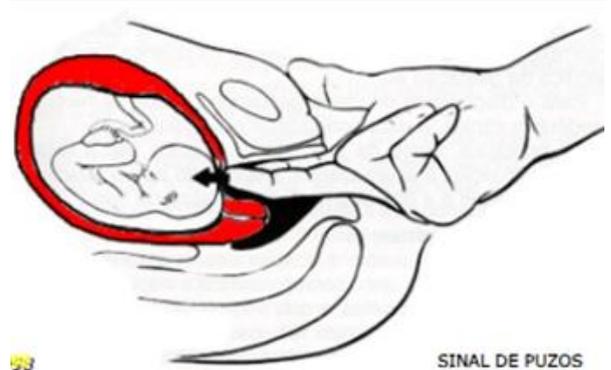
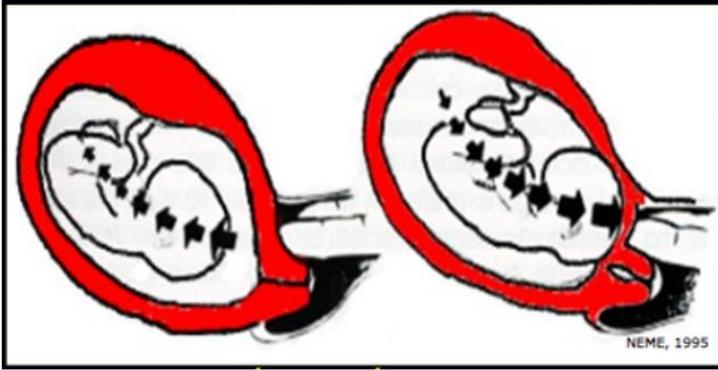
Sinal de Goodell: Amolecimento do colo uterino, que deixa de ser fibroelástico e passa a ter consistência de um lábio.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Sinais de Certeza



Sinal de Puzos: também chamado de rechaço uterino. Durante o exame bimanual faz-se um empurrão no fundo de saco vaginal posterior, o útero desloca-se superiormente e depois empurra o dedo vaginal novamente.



SINAL DE PUZOS

Diagnóstico Laboratorial



O diagnóstico laboratorial de gestação é feito com base na detecção da fração β da gonadotrofina coriônica humana (β -hCG, human chorionic gonadotropin) urinária ou sérica. Ambas têm alta sensibilidade, porém os testes urinários são menos sensíveis do que os séricos. Os níveis de β -hCG crescem exponencialmente nas primeiras semanas, atingindo um pico de até 150.000 mUI/mL em torno de 8 a 10 semanas. Entre a 10ª e a 20ª semana, os níveis tendem a cair e mantêm-se estáveis a partir da 20ª semana.

Diagnóstico por imagem



O diagnóstico de uma gestação intrauterina pela ultrassonografia obstétrica inicial pode ser realizado a partir de 4,5 a 5 semanas por meio da visualização do saco gestacional. Já o embrião pode ser visualizado a partir de 6 semanas, e os batimentos cardíacos fetais devem estar presentes quando o embrião apresenta o comprimento cabeça-nádega (CCN) maior ou igual a 7 mm. Os benefícios do diagnóstico pela US vão além da confirmação da gestação, pois o exame permite identificar sua localização (uterina, tubária, etc.), o número de embriões e, no caso de gemelaridade, a zigosidade.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Diagnóstico por imagem



O exame ultrassonográfico oferece à gestante a oportunidade de confirmação da idade gestacional, de detecção precoce de gestações múltiplas ou de malformações fetais. Porém, os benefícios da ultrassonografia ainda são incertos, já que sua omissão não diminui a qualidade do pré-natal (Ministério da saúde, 2012).

A datação da gestação em idade gestacional < do que 15 semanas **é realizada por meio do comprimento cabeça-nádega (CCN)**. A medida do comprimento cabeça-nádega é o método mais preciso para avaliar a idade gestacional com um erro de 5 dias quando medido antes de 9 semanas e de 7 dias entre 9 e 14 semanas. Após 15 semanas, a datação é calculada pela medida do **diâmetro biparietal, do fêmur e da circunferência abdominal**.



(Ramos *et al.*, 2023)

Valores do Comprimento Cabeça-Nádegas estão resumidos abaixo, conforme cada idade gestacional:

- 5 semanas: CCN < 4 mm
- 6 semanas: CCN entre 4 e 10 mm
- 7 semanas: CCN entre 10 e 15 mm
- 8 semanas: CCN entre 15 e 22 mm
- 9 semanas: CCN entre 23 e 30 mm
- 10 semanas: CCN entre 30 e 40 mm
- 11 semanas: CCN entre 40 e 52 mm
- 12 semanas: CCN entre 53 e 66 mm



cap 1: pré-natal de risco habitual

Cálculo da Idade Gestacional



Analisaremos as três principais maneiras de determinar a idade gestacional:

- Pela data da última menstruação (DUM).
- Pela ultrassonografia (USG).
- Pela altura uterina (AU).

Pela Data da Última Menstruação (DUM)



A idade gestacional (IG) é o tempo de gestação contado a partir do primeiro dia da última menstruação (DUM) até o momento atual. A idade gestacional é medida em semanas e dias.

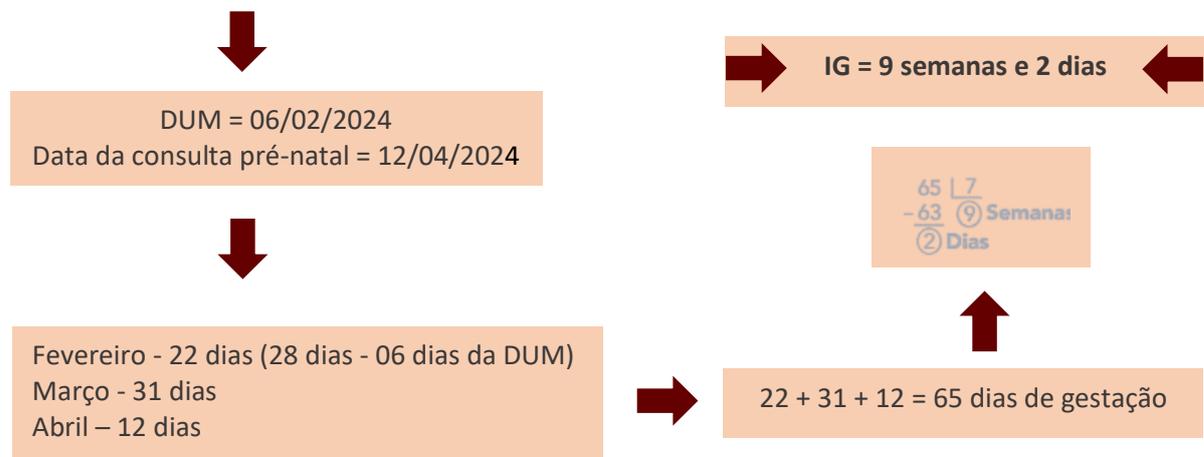
DUM + Data da Consulta

7

- Contam-se quantos dias se passaram entre esse intervalo;
- O total de dias será dividido por 7 (dias da semana);
- O resultado da divisão será a quantidade de semanas, e o resto da conta o número de dias;

Exemplo:

Cálculo da Idade Gestacional pela DUM



Caso fique em dúvida sobre quantos dias tem cada mês, feche suas mãos e observe as saliências ósseas de cada dedo. Cada uma das saliências representa um mês de 31 dias, enquanto os espaços entre elas representam os meses de 30 dias, ou de 28/29 dias quando se referir a fevereiro. Comece a contar os meses a partir da primeira saliência óssea que representa janeiro, e, ao chegar à última, será julho. Comece de trás para a frente, contando agosto na mesma saliência óssea de julho (ou seja, julho e agosto têm 31 dias!)

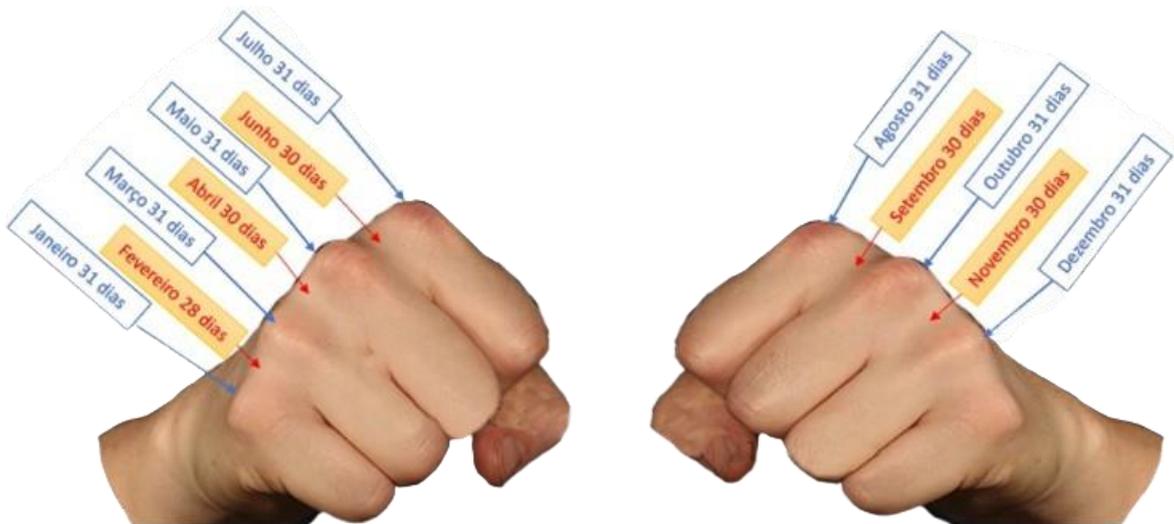
cap 1: pré-natal de risco habitual

Os meses do Ano / Ano Bissexto

Com os dois punhos fechados, cada nó e cada buraco representa um mês!
Junte as mãos e inicie a contagem a partir de um dos nós da extremidade de uma das mãos.

O nó sempre representa meses de 31 dias.

Anos bissextos - Fevereiro 29 dias como ...2008, 2012, 2016,2020,2024...



Pela Ultrassonografia



O raciocínio do cálculo é bastante semelhante ao usado para o cálculo a partir da DUM. O que muda é que você deverá considerar a data de realização da ultrassonografia como se fosse a DUM e, ao final do cálculo, adicionar, à idade gestacional encontrada, a idade gestacional que constava na ultrassonografia.

Quando a DUM não é confiável ou não está disponível, a ultrassonografia, especialmente realizada no primeiro trimestre, pode ser utilizada para estimar a idade gestacional com base no tamanho do feto (como o comprimento cabeça-nádega - CCN).

A ultrassonografia do primeiro trimestre é considerada a mais precisa para datar a gestação.

A datação da gestação realizada no primeiro trimestre não se altera. Lembre-se de que, durante o terceiro trimestre, tamanhos fetais incompatíveis com a IG devem levar à investigação de causas para um crescimento fetal acelerado ou retardado.

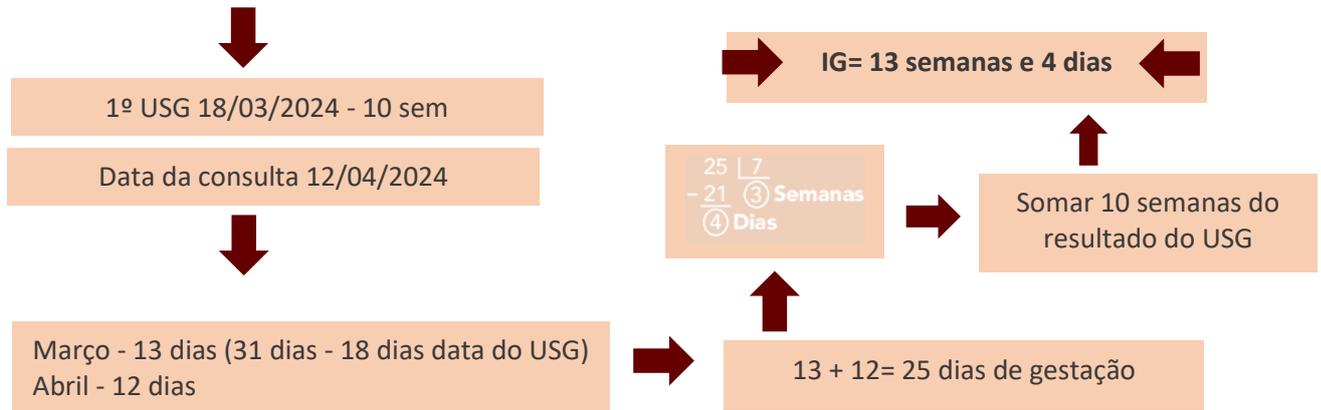


$$\left(\frac{\text{SOMA DOS DIAS ENTRE A DATA DO USG E A DATA EM QUE SE DESEJA SABER A IG}}{7} \right) + \text{IG (USG)} = \text{IG (EM SEMANAS)}$$

cap 1: pré-natal de risco habitual

Exemplo:

Cálculo da Idade Gestacional pelo USG



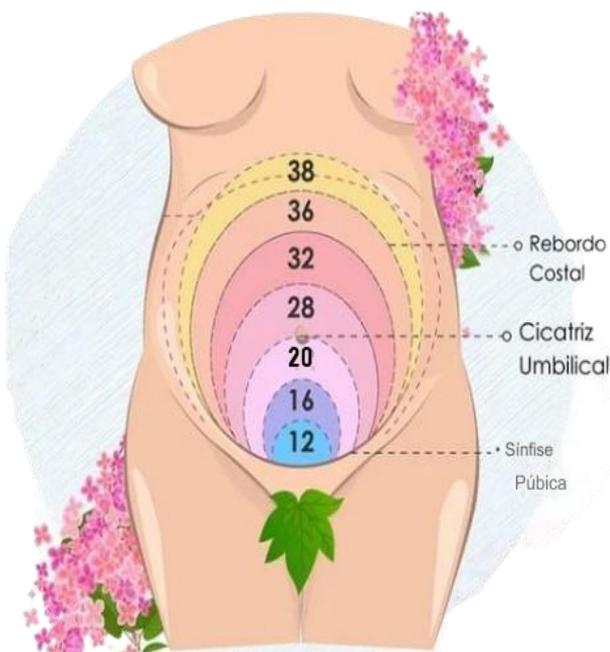
Pela Altura Uterina



Há correlação entre a altura uterina e a idade gestacional, embora a altura uterina possa ser influenciada por fatores como presença de miomas, número de fetos, tamanho fetal, biótipo materno, quantidade de líquido amniótico, entre outros fatores que fazem com que a estimativa da idade gestacional não seja tão fidedigna a partir da altura uterina quando comparada à realizada a partir da DUM ou do USG.

No entanto, esse pode ser um parâmetro importante em situações em que a datação da gestação é importante e em que não se têm outros meios, como, por exemplo, em um atendimento de urgência de uma gestante sem cartão de pré-natal ou quando não se sabe o quanto é possível confiar na DUM, entre diversas outras situações que podem se apresentar.

Alguns marcos da avaliação da altura uterina são importantes de serem conhecidos



Até a 6ª semana

Não ocorre alteração do tamanho uterino.

8ª semana

O útero corresponde ao dobro do tamanho normal.

10ª semana

O útero corresponde ao triplo do tamanho habitual.

12ª semana

O útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica.

cap 1: pré-natal de risco habitual

16ª semana

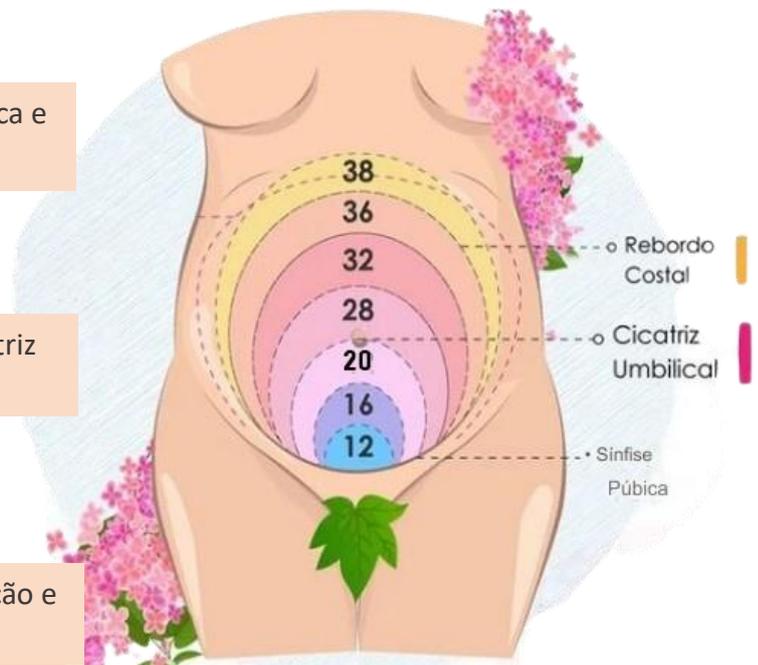
O fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.

20ª semana

O fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical.

Após a 20ª semana

Existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura.



Data Provável do Parto



A data provável do parto (DPP) refere-se a quando se completam 40 semanas de gestação segundo a DUM e não necessariamente à data em que de fato ocorrerá o parto.

A DPP é calculada, segundo a **regra de Naegle**, somando-se **07 ao número de dias da DUM** e **subtraindo-se 03 dos meses da DUM**. Esteja sempre atento para realizar os ajustes necessários para ser uma data fidedigna quanto a dias, mês e ano.

DUM: Data da última Menstruação

Para DUM em janeiro, fevereiro ou março:

Somar +7 ao dia
Somar +9 ao mês
Manter o ano



27/02/2019
+07/+9
34/11/2019
04/12/2019

DUM: Data da última Menstruação

Para DUM de abril a dezembro:

Somar +7 ao dia
Somar -3 ao mês
Somar +1 ao ano



01/12/2019
+07/-03/+01
08/09/2020

cap 1: pré-natal de risco habitual

Exemplo:

DUM de 27 de agosto de 2023

DUM = 27/08/2023. 27(dia) + 7 = 34; 08 (mês) -3 = 05, portanto, **DPP = 34/05/2023**



DPP = 03/06/2024



Mês de maio tem 31 dias.
Ajustar o ano para o seguinte

Exemplo:

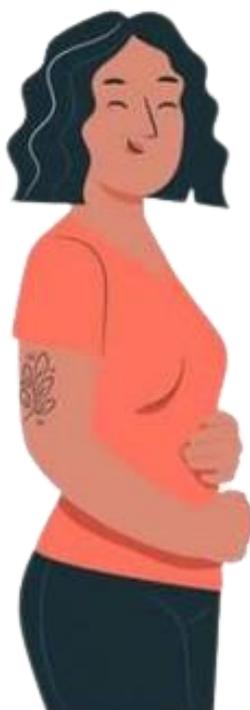
DUM de 27 de janeiro de 2023

DUM = 27/01/2023. 27(dia) + 7 = 34; 01 (mês) +9 = 10, portanto, **DPP = 34/10/2023**



Mês de janeiro tem 31 dias.
Ajustar os dias que sobrou para o mês seguinte. **DPP = 03/11/2023**

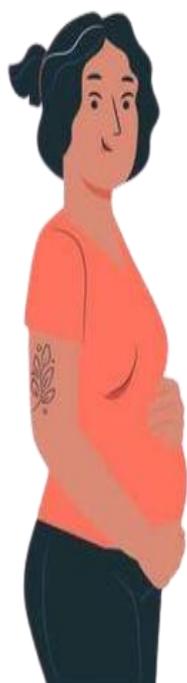
Roteiro para solicitação de exames laboratoriais no pré-natal de risco habitual (Baixo risco)



1ª consulta ou 1º trimestre

- Hemograma
- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Coombs indireto (se for Rh negativo)
- Glicemia em jejum
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV
- Anti-HIV
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Sorologia para hepatite B (HbsAg)
- Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU)
- Ultrassonografia obstétrica
- Citopatológico de colo de útero (se for necessário)
- Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica)
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)

cap 1: pré-natal de risco habitual



2º trimestre

- Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana)
- Coombs indireto (se for Rh negativo)



3º trimestre

- Hemograma
- Glicemia em jejum
- Coombs indireto (se for Rh negativo)
- VDRL
- Anti-HIV
- Sorologia para hepatite B (HbsAg)
- Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente
- Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU)
- Pesquisa para *Streptococcus* do grupo B (realize este exame entre 36ª e a 37ª semana).



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

- **Vaginose bacteriana assintomática:** não deve ser oferecido, pois as evidências sugerem que a identificação e o tratamento dessa condição não diminuem o risco de parto prematuro e outros problemas reprodutivos.
- **Chlamydia trachomatis assintomática:** não deve ser realizado, porque não há evidência suficiente da sua efetividade e do custo/efetividade.
- **Citomegalovírus:** a evidência disponível não embasa o rastreamento de rotina. Durante a rotina pré-natal, apesar de não ser adotada como rotina pelo Ministério da Saúde, alguns serviços têm proposto a realização da sorologia para citomegalovírus antes de 14 semanas para as gestantes com IgG não reagente ou desconhecido. Obviamente, a realização desse exame no início da assistência pré-natal tem seu papel destacado diante de suspeita clínica por esse agente.
- **Rubéola:** deve ser oferecido para identificar mulheres em risco de contrair infecção e possibilitar vacinação no período pós-natal, protegendo gestações futuras.
- **Zika:** Sociedades médicas não recomendam o rastreamento indiscriminado das gestantes assintomáticas porque os testes para zika são pouco específicos e podem gerar reação cruzada com outros vírus da mesma família.
- **Rubéola:** deve ser oferecido para identificar mulheres em risco de contrair infecção e possibilitar vacinação no período pós-natal, protegendo gestações futuras.

cap 1: pré-natal de risco habitual



- **Herpes simplex:** O exame para o vírus herpes simplex (HSV) nem sempre é rotineiramente incluído nos protocolos de rastreio do pré-natal por várias razões. Entre eles estão que esses exames são solicitados quando há suspeita de contaminação.

Exame de ultrassonografia



Atualmente, não existe consenso na literatura sobre os benefícios da realização de ultrassonografia como exame de rotina em mulheres com gestações de risco habitual. No entanto, **a portaria do Ministério da saúde que instituiu a Rede Cegonha (BRASIL, 2011) preconiza que todas as gestantes realizem, ao menos, 1 ultrassonografia obstétrica.** Dessa forma, os profissionais da Atenção Básica devem avaliar, conjuntamente com a gestante, o momento mais apropriado de realizar o exame, considerando os recursos disponíveis em cada município.

A **Organização Mundial da Saúde (OMS)** orienta a realização de uma ultrassonografia obstétrica antes de 24 semanas para estimar a idade gestacional, identificar anomalias fetais e gestações múltiplas, reduzir a indução do parto em gestações pós-termo e melhorar a experiência gestacional da mulher.

Sendo assim, cada país e instituição tem seu protocolo próprio de solicitação de ultrassonografia na gestação, que depende da disponibilidade do exame e do tipo de população atendida.

Abaixo as possíveis indicações para a realização de exame ultrassonográfico em cada período da gestação:

→ ULTRASSONOGRÁFIAS DO PRIMEIRO TRIMESTRE

O **ultrassom obstétrico** inicial geralmente é feito por via vaginal entre 4,5 e 11 semanas e é o principal exame para confirmar e datar a gestação. Além disso, a ultrassonografia obstétrica inicial também é capaz de identificar a corionicidade a partir de 6 semanas e a amniocidade a partir de 8 semanas de gestação. É possível realizar a ultrassonografia obstétrica inicial por via abdominal a partir de 6 semanas, a depender do biótipo materno, mas a acurácia desse exame por via abdominal é inferior à via vaginal.

A **ultrassonografia morfológica** do primeiro trimestre pode ser realizada tanto por via vaginal, como por via abdominal entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias. Esse exame é utilizado principalmente para avaliar a morfologia inicial do feto e estimar o risco de aneuploidias, mas também serve para datar a gestação e identificar corionicidade/amniocidade. As principais indicações para a realização da ultrassonografia do primeiro trimestre estão listadas na tabela a seguir:

cap 1: pré-natal de risco habitual

INDICAÇÕES PARA ULTRASSONOGRAFIA DO PRIMEIRO TRIMESTRE

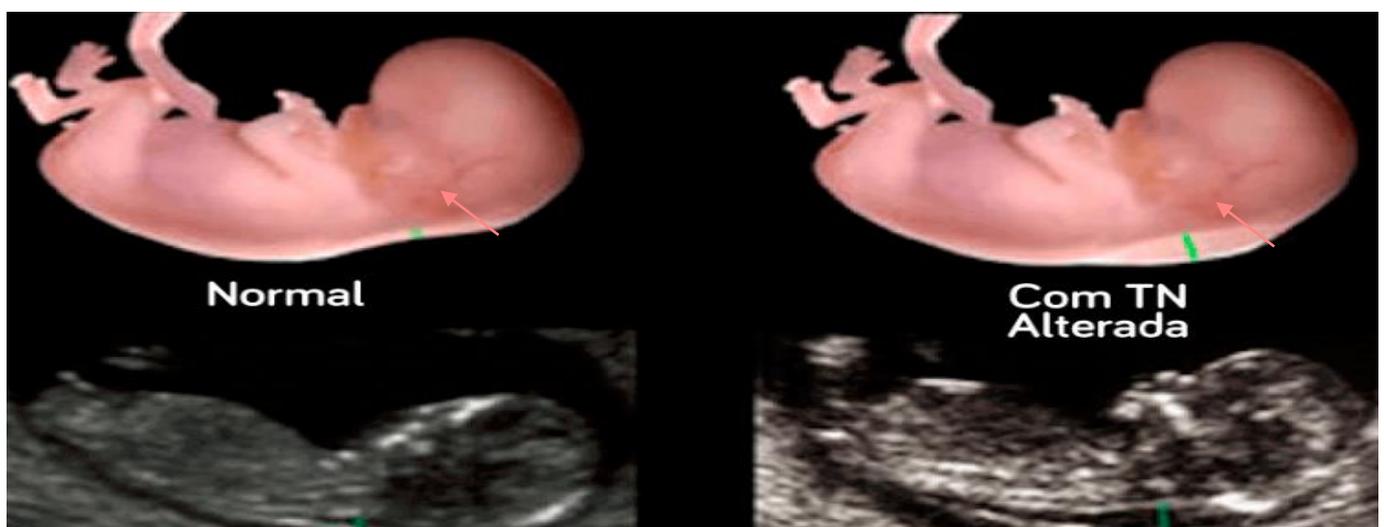
Confirmar a presença de gestação intrauterina e afastar gestação ectópica
Avaliar sangramento vaginal
Avaliar dor pélvica
Estimar a idade gestacional
Confirmar atividade cardíaca fetal
Diagnosticar e avaliar gestações múltiplas
Rastreamento fetal de aneuploidias
Avaliar anomalias fetais detectadas no primeiro trimestre
Rastreamento de pré-eclâmpsia.
Avaliar alterações anexiais e uterinas maternas
Avaliar suspeita de doença trofoblástica gestacional



O exame permite avaliar o bebê de maneira total, podendo identificar o sexo e possíveis malformações que possam estar presentes.

No procedimento também é feita a medida da **Translucência Nucal (TN)**, que é a medida da “nuca” do feto. A TN é a imagem ultrassonográfica do acúmulo de líquido que se forma na região da nuca fetal durante o primeiro trimestre da gestação. Em virtude de estudos iniciais, surgiu um conceito hoje abandonado de que a TN estaria aumentada, caso a espessura fosse maior ou igual a 2,5 mm.

A TN aumentada está associada a trissomia do cromossomo 21, síndrome de Turner, a outras anomalias cromossômicas, cardiopatia congênita, malformações estruturais, infecções congênicas e também a síndromes genéticas. Quanto maior a medida da TN, maior o risco de anomalias cromossômicas. Com essa análise, o profissional consegue identificar casos suspeitos de Síndrome de Down, além de verificar a frequência cardíaca fetal, dopplervelocimetria de ducto venoso, avaliação do fluxo da valva tricúspide e a **presença de osso nasal (abaixo da linha da pele do nariz)** por meio de um corte sagital. A não identificação pode estar associada a doenças cromossômicas.



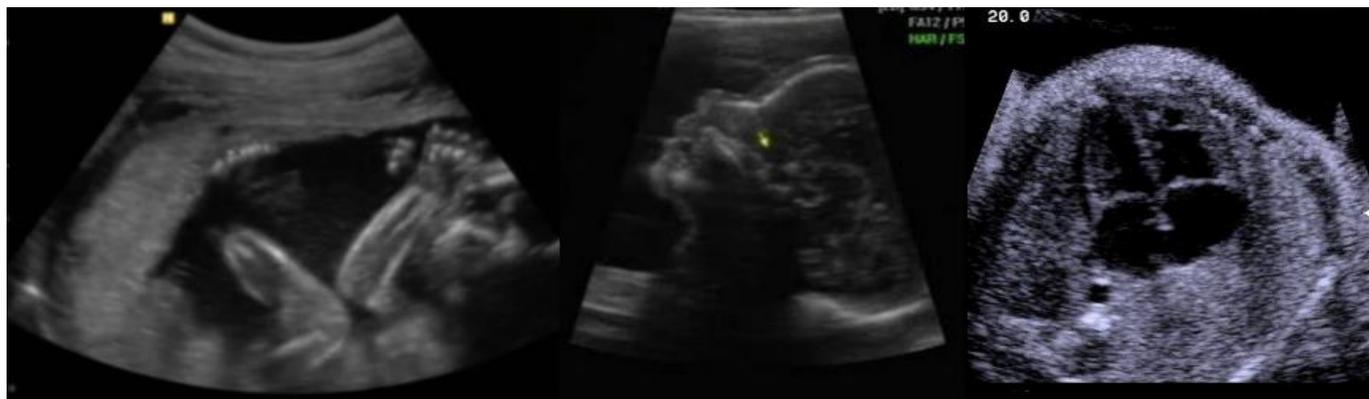
Fonte: Hcimagem, 2016.

cap 1: pré-natal de risco habitual

→ ULTRASSOM MORFOLÓGICO NO SEGUNDO TRIMESTRE

Realizado entre a **20 e 24 semanas de gestação**.

Durante esse período, o **ultrassom morfológico** possibilita analisar a morfologia fetal (detalhes do corpo), visualizando-se detalhadamente o Sistema Nervoso Central, extremidades esqueléticas, face, coração, rins e outros órgãos internos do feto. Também é possível avaliar a placenta, líquido amniótico e “medir as partes do bebe” (biometria).



Fonte: Ferlin, 2009.

→ ULTRASSOM MORFOLÓGICO NO TERCEIRO TRIMESTRE

Realizado entre a **34ª e 36ª semana de gestação**.

Além de reavaliar o desenvolvimento do bebê, também verifica se a quantidade de líquido amniótico e a maturidade da placenta estão compatíveis com o tempo de gestação. Ambos, quando alterados, podem interferir na saúde do bebê e adiantar o parto.



Recomendações da coleta do exame citopatológico do colo do útero na gestante

- O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que tem ou já tiveram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais.
- Se a mulher estiver com o rastreio atualizado, não é necessário colher novo exame somente por estar grávida.
- A coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada.
- O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré- -natal.
- Sugere-se evitar coleta endocervical apenas em mulheres com sangramento e/ou com ameaça de parto prematuro.

Interpretação dos resultados e condutas

EXAME	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
Hemoglobina e hematócrito	Hb \geq 11 g/dL (Sem anemia)	Prescrever e orientar a suplementação de ferro diariamente a partir da confirmação da gravidez até o final da gestação.
	Hb 9- 11 g/dL (Anemia leve à moderada)	Investigar e tratar parasitoses intestinais, se presentes. Realizar tratamento e controle de cura da anemia, de acordo com as diretrizes clínicas.
	Hb < 9 g/dL (Anemia grave)	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
Tipo sanguíneo e fator Rh	Rh negativo	Se pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto
	Rh positivo	Independente do fator Rh do pai, orientar sobre a ausência de riscos para o bebê.
Coombs indireto	Coombs indireto negativo (gestante não sensibilizada)	Repetir mensalmente a partir de 24 semanas de IG. Programar junto à maternidade imunoglobulina anti-D em até 72 horas pós-parto, abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese).

cap 1: pré-natal de risco habitual

	Coombs indireto positivo (gestante sensibilizada)	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
Glicemia de jejum	< 92 mg/dL (Exame normal)	Com diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes. Avaliar e monitorar fatores de risco para diabetes.
	92- 125 mg/dL (Exame alterado)	Se histórico de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diagnóstico de diabetes mellitus gestacional e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
	≥ 126 mg/dL (Exame alterado)	Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação OU Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez. Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco em ambas as situações.
Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g) (entre a 24ª e a 28ª semana)	Gestante com diagnóstico prévio de diabetes mellitus.	Não realizar TOTG. Compartilhar acompanhamento no Pré-natal de alto risco (PNAR).

cap 1: pré-natal de risco habitual

	Jejum <92mg/dL 1 hora <180mg/dL 2 horas <153mg/dL	Se exames anteriores normais: ausência de diabetes E manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes.
	Jejum 92-125mg/dL 1 hora ≥180mg/dL 2 horas ≥153- 199mg/dL	Diabetes mellitus gestacional. Compartilhar o cuidado com o PNAR.
	Jejum ≥126mg/dL 2 horas ≥200mg/dL	Diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez. Compartilhar o cuidado com o PNAR.
Teste rápido para sífilis ou VDRL	Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: (normal)	Veja o Tópico “Sífilis na gestante”.
	Teste rápido reagente ou VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis	
Teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II)	Teste rápido não reagente ou sorologia negativa: (normal)	Teste rápido não reagente: aconselhamento e, se houver suspeita de infecção pelo HIV, recomenda-se repetir o exame em 30 dias. Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, e repetir exame no 3º trimestre.
	Teste rápido reagente e sorologia positiva: (HIV positivo)	Teste rápido reagente: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco e Serviço de Atenção Especializada (SAE).

cap 1: pré-natal de risco habitual

Sorologia hepatite B (HBsAg)	Teste rápido não reagente ou sorologia negativa: (normal)	Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto. Vacinação contra hepatite B.
	Teste rápido reagente ou sorologia positiva	HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO). Se HBeAg e HBsAg positivo: compartilhar o cuidado com o Prénatal de Alto Risco e SAE.
Urocultura	Negativa: <100.000 unidades formadoras de colônia/ml (UFC/ml)	Veja o Tópico “Infecção do trato Urinário”.
	Positiva: >100.000 unidades formadoras de colônia/ml (UFC/ml)	
	Antibiograma: evidência os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento	
Cultura de Estreptococos	Positiva: presença de colonização por estreptococo do grupo B	Informar a gestante sobre o resultado do rastreio para Estreptococos do grupo B (EGB) e indicar resultado em caderneta da gestante. Não tratar durante a gestação, isto é, não usar antibiótico para EGB para a grávida colonizada fora do trabalho de parto. Orientar gestante quanto ao início de antibioticoprofilaxia no diagnóstico do trabalho de parto ou após a ruptura prematura das membranas, na maternidade de referência. Não realizar antibioticoprofilaxia para EGB intraparto.
	Negativa: ausência de colonização por estreptococo do grupo B	

cap 1: pré-natal de risco habitual

Toxoplasmose IgG e IgM 	IgG positivo e IgM negativo (Gestante com imunidade; com doença antiga ou toxoplasmose crônica)	Não há necessidade de novas sorologias.
	IgG negativo e IgM negativo (Gestante suscetível)	Orientar medidas de prevenção primária. Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto.
	IgG positivo e IgM positivo (Infecção aguda ou IgM residual)	Solicitar teste de avidéz de IgG (utilizar a mesma amostra). Se alta avidéz e IG < 16 semanas ► é provável que a doença tenha sido adquirida previamente à gestação ► IgM residual Se baixa avidéz e IG < 16 semanas ► existe a possibilidade de a infecção ter sido na gestação ► iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. Se IG > 16 semanas (independente do teste de avidéz) ► infecção aguda ► iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Urina tipo I	Proteinúria (associada às síndromes hipertensivas da gestação e a doença renal)	<p>“Traços”: repetir o exame em 15 dias; em caso de proteinúria persistente, compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.</p> <p>“Traços” e hipertensão e/ou edema ou “Maciça”: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.</p> <p>Monitorar o nível pressórico.</p>
	Piúria / bacteriúria/ leucocitúria (associada à presença de processo inflamatório em qualquer ponto do trato urinário, mais comumente infecção urinária)	<p>Solicitar urocultura e iniciar tratamento empiricamente.</p> <p>Se urocultura positiva: ajuste do tratamento de acordo com o antibiograma, conclusão do tratamento e controle de cura.</p> <p>Se urocultura negativa: suspender o tratamento, manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes.</p> <p>O terceiro episódio de cistite ou o segundo episódio de pielonefrite indicam o compartilhamento do cuidado com o pré-natal de alto risco.</p>
	Cilindrúria (associada a lesão renal)	Avaliação clínica e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.

cap 1: pré-natal de risco habitual

	Hematúria	<p>Se associada a piúria, considerar hipótese de infecção urinária e seguir conduta específica.</p> <p>Se isolada, avaliar sangramento vaginal e repetir exame em 15 dias, persistência da hematúria na ausência de sangramento vaginal, compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.</p>
--	-----------	--

Fonte: Adaptado de BRASIL (2019, 2022).

Vacinação na gestação



Esquemas e Recomendações		
Vacinas	Histórico Vacinal	Conduta na Gestação
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa- VIP	Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
Dupla adulto (difteria e tétano) - dT	Em gestantes com vacinação incompleta, tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.* Respeitar intervalo mínimo de um mês entre as doses
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.*
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação.* Respeitar intervalo mínimo de 1 mês entre elas.
Influenza (gripe)	Todas as gestantes	Dose única anual.
COVID-19	Todas as gestantes	Conforme protocolo vigente.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Esquemas e Recomendações		
Vacinas	Histórico Vacinal	Conduta na Gestação
Hepatite B	Vacinadas com esquema completo (3 doses).	Não vacinar.
	Vacinadas com esquema incompleto.	Completar o esquema vacinal.
	Não vacinadas e susceptíveis	Três doses, no esquema 0-1-6 meses.

Fonte: Brasil (2024).

* Para as gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, administrar uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível, até 45 dias pós-parto.

Você deve ficar atento sobre o conhecimento das vacinas contra a covid-19 na gravidez. A Febrasgo e o Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomendam que as gestantes e puérperas recebam a **vacina da Pfizer** (mRNA) ou, como alternativa, a de vírus inativado (**Coronavac**) quando a vacina da Pfizer não estiver disponível.

A Febrasgo e o Programa Nacional de Imunizações (PNI) contraindicam as vacinas de vetor viral (**AstraZeneca e Janssen**) para as mulheres nesse período especial.

Embora a vacina tríplice viral contra caxumba, sarampo e rubéola não seja recomendada durante a gestação, por ser produzida a partir de vírus vivos atenuados, ela pode ser realizada durante o puerpério sem interferir na amamentação.

Vacinas contraindicadas na gestação



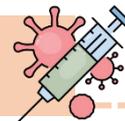
Vacinas contraindicadas na gestação	
Vacinas	Comentários
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Não vacinar na gestação
HPV	Não vacinar na gestação. Se a mulher tiver iniciado esquema antes da gestação, suspendê-lo até puerpério
Varicela (catapora)	Não vacinar na gestação
Dengue	Não vacinar na gestação

Fonte: Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (2024/2025).



cap 1: pré-natal de risco habitual

Vacinas em situações especiais



Vacinas em situações especiais	
Vacinas	Comentários
Febre Amarela	Indicada se a gestante vive em áreas de risco ou vai viajar para áreas endêmicas e não esteja com a vacinação atualizada
Raiva Humana	Vacina de vírus inativado, indicada em gestantes com elevado risco pré-exposição (veterinárias, vacinadores, profissionais de laboratório, laçadores e treinadores de cães)
Meningococo	Pode ser utilizada em situações de bloqueio de surto
Pneumococo	Em gestantes de risco sem vacina prévia: asplênicas, doenças cardíacas, renais, metabólicas, pulmonares e imunossuprimidas
Hepatite A	Indicada se gestante não imunizada for viajar para área endêmica



Suplementação na gestação



Diretrizes da OMS

É recomendado, para todas as gestantes, a suplementação diária do ácido fólico e do ferro para reduzir o risco de baixo peso ao nascimento, de anemia materna e de deficiência de ferro (forte recomendação).

ÁCIDO FÓLICO

É recomendado, para todas as gestantes, a suplementação diária do ácido fólico e do ferro para reduzir o risco de baixo peso ao nascimento, de anemia materna e de deficiência de ferro (forte recomendação). Idealmente, iniciar, o ácido fólico pelo menos 30 dias antes da data que se planeja engravidar até a 12ª semana de gestação.

A deficiência do ácido fólico é frequente, já que ele é facilmente **perdido pelo cozimento** dos alimentos. As maiores **fontes de folato** são: vegetais verdes (espinafre, repolho, brócolis, aspargo), além de nosso prato nacional (arroz, feijão e carnes), laranja e levedo de cerveja.

A suplementação do ácido fólico é a única suplementação realmente necessária, pois reduz o risco de **defeitos de fechamento do tubo neural** (espinha bífida, anencefalia, encefalocele).



cap 1: pré-natal de risco habitual

DOSE RECOMENDADA: Ácido fólico 400 µg por dia ou (0,4mg)/dia.

Exemplo de receita:

Ácido Fólico 400 µg ----- Uso contínuo.

Tomar 1 comprimido, por via oral, 1x ao dia, qualquer horário.

A utilização em doses tradicionais de ácido fólico (0,4 a 0,8 mg ao dia, na pré-concepção) reduziu 44% dos casos de crianças com espectro do autismo. Mas, atenção! Existem pacientes que necessitam de suplementação com doses maiores por serem consideradas de risco para deficiência de ácido fólico.

GRUPOS DE ALTO RISCO: indicar 4 a 5 mg por dia (dose 10 vezes maior!). São gestantes consideradas do grupo de alto risco: lactente anterior com defeito de tubo neural, obesidade, uso de anticonvulsivantes (carbamazepina e ácido valproico), síndromes de má absorção (doença celíaca), diabetes insulino dependente, alcoolismo, cirurgia bariátrica (redução do estômago). Também vários fármacos prejudicam o metabolismo do folato, como 5-fluoruracila, metformina, metotrexato, fenitoína, fenobarbital, sulfassalazina, triantereno e trimetoprima.



SULFATO FERROSO

Existem diferentes recomendações quanto à dose para suplementação diária de ferro durante a gestação.

O mais utilizado é pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, criado por meio da Portaria MS nº 730, de 13 de maio de 2005, que recomenda a **suplementação de 40 mg/dia de ferro elementar (200 mg de sulfato ferroso)** 1 hora antes das refeições. Ela está **indicada diariamente a partir da confirmação da gravidez** até o terceiro mês pós-parto ou abortamento.

DOSE RECOMENDADA: Sulfato ferroso 200mg (40mg/dia de ferro elementar).

Exemplo de receita:

Sulfato ferroso 200mg (FE 40mg) ----- Uso contínuo.

Tomar 1 comprimido, por via oral, 1x ao dia, uma hora antes do almoço.



Em **2013**, a OMS orienta, por meio da diretriz para suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes, de 30 a 60 mg de ferro elementar e 400 µg de ácido fólico diário durante toda a gestação.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Entretanto, pelo “Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO”, o ferro deve ser suplementado na dosagem de **30 mg por dia** nas mulheres não anêmicas. Ela ajuda a diminuir o risco de anemia materna no momento do parto. **Deve-se evitar a suplementação do ferro no período da embriogênese devido ao maior estresse oxidativo trofoblástico** e ao maior risco de diabetes e pré-eclâmpsia. É recomendada a suplementação com **base na ferritina**. Se menor do que 30 mg/mL, iniciar o ferro no primeiro trimestre; se entre 30 e 70 ng/mL, no segundo trimestre; se > 70 ng/mL, não suplementar ferro.

Já pelo “Zugaib Obstetrícia”, 2020, está recomendada a suplementação de ferro da **16ª semana de gestação até 8 semanas após o parto na dose de 60 mg/dia de ferro elementar ou 300 mg de sulfato ferroso** ou ferro quelato glicinato.

As gestantes com **anemia** (no 1º ou no 3º trimestre, com **Hb < 11 g/dL** ou, no segundo trimestre, < 10,5 g/dL ou **ferritina sérica < 30 ng/dL**) devem receber suplementação com **ferro elementar adicional de 30 a 120 mg** por dia até correção da anemia.



Outras vitaminas e minerais

VITAMINA A: evitar a suplementação, já que os alimentos já suprem a necessidade. Se a ingestão for acima de 10.000 UI por dia, há risco de teratogenicidade. A vitamina A auxilia no combate a infecções, diarreia e sarampo e também é importante para o bom funcionamento da visão. A falta de vitamina A pode resultar em cegueira.

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

Portanto, nas regiões citadas, toda puérpera no pós-parto imediato, ainda na maternidade, deve receber uma megadose de 200.000 UI de vitamina A (1 cápsula VO), garantindo-se, assim, reposição dos níveis de retinol da mãe e níveis adequados de vitamina A no leite materno até que o bebê atinja os 6 meses de idade, diminuindo-se o risco de deficiência dessa vitamina entre as crianças amamentadas.



cap 1: pré-natal de risco habitual

VITAMINA B2 (riboflavina): recomenda-se o consumo diário de 1,4 mg. Suas principais fontes são os derivados lácteos, as frutas, os cereais e as carnes.

VITAMINA B3 (niacina): recomendado o consumo diário de 18 mg. É encontrada nas carnes, nos peixes e nos cereais. Sua deficiência leva a lesões de pele e mucosas, o que é denominado pelagra.

VITAMINA B5 (ácido pantotênico): encontrada em carnes, batatas, tomates e ovos. Sua deficiência pode causar dor abdominal, câimbras, vômitos, fadiga e insônia.

VITAMINA B6 (piridoxina): indicada para adolescentes, usuárias de drogas, grávidas com gestação múltipla e ingestão inadequada. Existem trabalhos que indicam seu uso para o manejo da hiperêmese gravídica, mas há poucas evidências de consistência.

VITAMINA B12: deve ser indicada a suplementação em pacientes veganas e com cirurgias bariátricas.

VITAMINA C (ácido ascórbico): as maiores fontes consistem em frutas e verduras. A necessidade na gestação é de 80 a 85 mg/dia, obtidos geralmente pela própria dieta. Logo, não se recomenda a suplementação de vitamina C durante a gestação.

VITAMINA D: produzida na pele por meio dos raios ultravioletas B (UVB) do Sol e pelos alimentos (peixes, fígado, gema de ovo e gordura do leite). Ainda é incerta a definição de suplementação de 1.000 UI por dia de vitamina D como recomendação clínica. É necessária a orientação quanto ao consumo de alimentos que contenham a vitamina D e quanto à exposição solar e, para mulheres vulneráveis, deve-se prescrever 600 UI (15 µg) ou mais de vitamina D por dia. Geralmente, a deficiência ocorre devido ao aumento da demanda com o rápido crescimento na infância e na adolescência, além de na gestação e na lactação. A deficiência de vitamina D pode levar ao risco de desenvolver diabetes gestacional, diabetes do tipo 1, cânceres e doenças cardiovasculares.

VITAMINA E: não houve benefício em sua suplementação para a prevenção de pré-eclâmpsia, óbito fetal ou neonatal, rotura de membranas, restrição de crescimento intrauterino.

VITAMINA K: não houve redução de risco na indicação da ingestão de vitamina K para gestantes com objetivo de diminuir hemorragia periventricular.

CÁLCIO: recomendado na dose de 600 mg/dia se a gestante não consome produtos lácteos. A ingestão de cálcio diária em gestantes, lactentes e em mulheres entre 19 e 50 anos é de 1.000 mg ao dia e em meninas entre 14 e 18 anos de idade, de 1.300 mg.

Obs: a suplementação de cálcio está indicada nas gestantes com fatores de risco para desenvolver a pré-eclâmpsia, desde que apresentem ingestão inadequada de cálcio pela dieta.



cap 1: pré-natal de risco habitual

iodo: pela Associação Americana de Tireoide, está indicada a suplementação de 150 µg por dia de iodo durante a gestação e a lactação. A OMS e a UNICEF aumentaram para a suplementação de **250 µg por dia**, já que é essencial para a produção de hormônios tireoidianos normais e para o desenvolvimento do cérebro e do sistema nervoso central. O déficit de iodo leva a quociente de inteligência rebaixado em níveis leves a moderados.



OMEGA 3: o ácido docosa-hexaenoico (ômega-3-DHA), presente no óleo de peixe e na amamentação materna, é um nutriente essencial para o desenvolvimento do cérebro e do sistema nervoso central de uma criança. Além disso, mulheres que ingerem DHA têm maior probabilidade de evoluir com idade gestacional maior quando comparadas às mulheres que não o ingerem. Mas, sua suplementação não diminuiu a incidência de parto pré-termo nem provocou a melhora do prognóstico neonatal. A ingestão de peixe e frutos do mar está indicada para completar as necessidades de ácidos graxos com ômega 3 (FDA, 2017). **É considerado um nutriente essencial para o desenvolvimento do cérebro e do sistema nervoso central da criança**, favorecendo o desenvolvimento visual e cerebral do feto.



A ingestão **MODERADA de peixe (3 porções ou 340 g por semana) antes de 22 semanas** associou-se ao risco reduzido de parto pré-termo. Em comparação, as mães que não consomem peixes e frutos do mar durante a gestação têm maior risco de déficit do neurodesenvolvimento. São recomendados peixes e frutos do mar com baixo teor de mercúrio: tilápia, salmão, atum, bacalhau, camarão e mexilhões. E evitar comer carne de tubarão, cavala e peixe-espada.

Restrições alimentares

Deve-se evitar ou eliminar alguns alimentos durante a gestação por apresentarem risco de toxicidade. São eles: café, alguns peixes (tubarão, peixe-espada e cavala), carnes cruas, produtos não pasteurizados, frutas e verduras não lavados.

Vitamina A



É importante para:

- Manutenção da placenta, prevenção de aborto espontâneo e parto prematuro, crescimento do feto e desenvolvimento da visão.

O que comer para não faltar:

- Fígado, cenoura, manga e batata doce.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Vitamina C



É importante para:

- Prevenção de infecções, melhor absorção do ferro, manutenção da placenta e prevenção de parto prematuro.

O que comer para não faltar:

- Mamão e goiaba, frutas cítricas como acerola e laranja.

Ácido Fólico



É importante para:

- Crescimento do feto e peso adequado ao nascer, prevenção de aborto espontâneo e parto prematuro, prevenção de anemia e hemorragia, prevenção de má-formação do tubo neural e redução do risco de pressão alta.

O que comer para não faltar:

- Feijões, fígado, beterraba e espinafre.

Ferro



É importante para:

- Prevenção de anemia, prevenção de parto prematuro e manutenção da placenta.

O que comer para não faltar:

- Carnes (boi, frango, porco), ovo, fígado, feijões e vegetais verdes escuros (couve, espinafre, brócolis e rúcula).

Cálcio



É importante para:

- Formação dos ossos e dentes do bebê, prevenção da osteoporose materna, redução do risco de pressão alta e prevenção de câimbras.

O que comer para não faltar:

- Leite, queijos, iogurte natural e gergelim.



Orientação alimentar para a gestante

O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez. A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos das gestantes e de nutrientes para o crescimento fetal. Assim, a nutrição é de fundamental importância para o prognóstico da gestação.

cap 1: pré-natal de risco habitual

10 Passos para uma Alimentação Saudável para Gestantes



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



Faça as refeições em horários semelhantes e, sempre que possível acompanhada de familiares e amigos. Evite “beliscar” nos intervalos, coma devagar e com atenção, desfrutando o que você está comendo.



Alimentos mais naturais de origem vegetal devem ser a maior parte da sua alimentação. Feijões, cereais, legumes, verduras, frutas, castanhas, leites, carnes e ovos tornam a refeição balanceada e saborosa. Prefira os cereais integrais.



Ao consumir carnes, retire a pele e a gordura aparente. Evite o consumo excessivo de carnes vermelhas, alternando, sempre que possível, com pescados, aves, ovos e feijões.



Utilize óleos, gorduras e açúcares em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos. Evite frituras e adicionar açúcar a bebidas. Retire o sal da mesa. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.



Alimento industrializados (processados), como vegetais enlatados ou em conservas (milho, ervilhas, palmitos) e peixes enlatados (atum e sardinha), extrato de tomate, frutas em calda ou cristalizadas, queijos e pães feitos com farinha e fermento devem ser consumidos com moderação.



Coma todos os dias legumes, verduras e frutas da época ricos em várias vitaminas, minerais e fibras, possuem quantidade pequena de calorias, contribuindo para a prevenção da obesidade e doenças crônicas.



Evite refrigerantes e sucos artificiais, macarrão instantâneo, embutidos (presunto, mortadela, salsicha, calabresa, linguiça, hambúrguer, nuggets), salgadinho de pacote, bebida láctea, chocolates, doces, biscoitos recheados e outras guloseimas em seu dia a dia.



Para evitar a anemia (falta de ferro no sangue), consuma diariamente alimentos ricos em ferro, como carnes, miúdos, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto com esses alimentos fontes de vitamina C, como acerola, goiaba, laranja, caju, limão e outras.



Todos esses cuidados ajudarão você a manter a saúde e o ganho de peso dentro dos limites saudáveis. Pratique alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.



cap 1: pré-natal de risco habitual

Sugestão de esquema alimentar diário durante a gestação



Café da manhã e 2 ou 3 lanches nos intervalos

Leite + pão ou torrada ou aveia ou bolo caseiro simples

OU



Suco natural+ pão ou torrada com manteiga ou com queijo

OU



Fruta + aveia ou bolo caseiro simples ou castanhas/amendoim sem casca

OU



Leite batido com frutas

OU



Iogurte natural + cereais (aveia ou granola) ou castanhas/amendoim sem casca



Refeições básicas (almoço e jantar) 2 vezes ao dia

Arroz + feijão + carne (vermelha ou branca) + verduras e legumes

OU



Macarrão + carne (vermelha ou branca) + verduras e legumes

OU



Ovo/omelete + arroz + feijão + verduras e legumes

OU



Batata + carne (vermelha ou branca) + verduras e legumes

OU



Milho/polenta + carne (vermelha ou branca) + verduras e legumes



Carnes brancas: peixe ou frango / Carnes vermelhas: boi, porco, miúdos e vísceras

Fonte: Piracicaba, 2023.

PORÇÕES DE ALIMENTOS EM MEDIDAS CASEIRAS

Cada um dos grupos de alimentos trabalhados no “Os 10 passos para uma alimentação saudável das gestantes” têm um determinado número de porções a serem consumidas por dia. As tabelas a seguir apresentam, para cada grupo, o valor calórico médio de uma porção, exemplos de alimentos e o tamanho de cada porção em medidas caseiras. Lembre-se: a quantidade pode variar de acordo com a necessidade de cada gestante!

Arroz, Pães, Massas, Batata e Mandioca – Consuma seis porções ao dia (uma porção = 150 kcal).

Alimentos	1 porção equivale a:
arroz branco cozido	4 colheres de sopa
batata cozida	1 e meia unidade
biscoito tipo “cream cracker”	5 unidades
bolo de milho	1 fatia
cereal matinal	1 xícara de chá
farinha de mandioca	2 colheres de sopa
macarrão cozido	3 e meia colheres de sopa
milho verde em espiga	1 espiga grande
pão de forma tradicional	2 fatias
pão francês	1 unidade
purê de batata	3 colheres de sopa

Verduras e Legumes - Consuma três porções ao dia (uma porção = 15 kcal).

Alimentos	1 porção equivale a:
abóbora cozida	1 e meia colher de sopa
alface	15 folhas
beterraba crua ralada	2 colheres de sopa
brócolis cozido	4 e meia colheres de sopa
cenoura crua (picada)	1 colher de servir
pepino picado	4 colheres de sopa
repolho branco cru (picado)	6 colheres de sopa
rúcula	15 folhas
tomate comum	4 fatias

cap 1: pré-natal de risco habitual

Frutas - consuma três porções ao dia (uma porção = 70 kcal).

Alimentos	1 porção equivale a:
abacaxi	1 fatia
ameixa-preta seca	3 unidades
banana-prata	1 unidade
caqui	1 unidade
goiaba	1/2 unidade
laranja-pêra	1 unidade
maçã	1 unidade
mamão-papaia	meia unidade
melancia	2 fatias
salada de frutas (banana, maçã, laranja, mamão)	meia xícara de chá
suco de laranja (puro)	meia copo requeijão

Carnes, Peixes e Ovos - Consuma uma porção ao dia (uma porção = 190 kcal).

Alimentos	1 porção equivale a:
bife grelhado	1 unidade
carne assada	1 fatia pequena
filé de frango grelhado	1 unidade
omelete simples	1 unidade
peixe espada cozido	1 porção

Óleos e Gorduras - Consuma uma porção ao dia (uma porção = 73 kcal).

Alimentos	1 porção equivale a:
azeite de oliva	1 colher de sopa
manteiga	meia colher de sopa
margarina vegetal	meia colher de sopa
óleo vegetal	1 colher de sopa

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

Feijões - consuma uma porção ao dia (uma porção = 55 kcal).

Alimentos	1 porção equivale a:
ervilha seca cozida	2 e meia colheres de sopa
feijão cozido (50% de caldo)	1 concha
lentilha cozida	2 colheres de sopa
soja cozida	1 colher de servir

Açúcares e Doces - Consuma no máximo uma porção ao dia (uma porção = 110 kcal).

Alimentos	1 porção equivale a:
açúcar cristal	1 colher de sopa
geléia de frutas	1 colher de sopa

Leites, Queijos, Iogurtes - Consuma três porções ao dia (uma porção = 120 kcal).

Alimentos	1 porção equivale a:
iogurte desnatado de frutas	1 pote
iogurte integral natural	1 copo de requeijão
leite tipo C	1 copo de requeijão
queijo tipo minas frescal	1 fatia grande
queijo tipo mussarela	3 fatias



Atividade física na gestação

É recomendada à gestante a realização de atividades físicas regulares, na ausência de contraindicação. Porém, vai depender de como era a atividade física prévia à gestação, já que não é o momento de iniciar novos exercícios aeróbicos ou intensificar o treinamento.

Atividade física na gestação

Atividade física na gestação	
Principais atividades físicas recomendadas durante a gestação:	
Caminhada	Deve ser praticada durante toda a gestação, indicada para controle do ganho de peso na gravidez e para gestantes previamente sedentárias e que desejam iniciar atividade física na gestação.
Natação	Indicada por não oferecer impacto nas articulações e pelo fato de a água apresentar o efeito termorregulador, estabilizando a elevação da temperatura corporal.
Hidroginástica ou exercícios na água:	Estão entre os mais praticados pelas gestantes e incluem exercícios que trabalham todos os grupos musculares, além de apresentarem atividade aeróbica e respiratória.
Treinamento de resistência muscular	O fortalecimento muscular contribui para a prevenção de traumas e quedas e para o controle das alterações posturais que ocorrem com o evoluir da gestação
Alongamento	Para toda gestação com maior foco para o final da gestação e preparo para o parto.

Frequência

A frequência vai variar entre previamente sedentárias e não sedentárias.

PREVIAMENTE SEDENTÁRIAS: INÍCIO: 15 min – 3 vezes por semana. Progredir para 30 min – 4 vezes por semana.

META RECOMENDADA: 150 minutos de exercício aeróbico por semana ou 30 minutos de exercício, 5 vezes na semana.

NÃO SEDENTÁRIAS: manter a prática de exercícios ou adaptá-la de acordo com sua tolerância.

Pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG), estão indicados exercícios moderados por 30 minutos ou mais, na maioria ou em todos os dias da semana.

ATLETAS DE ELITE

A ACOG considera seguro e razoável que as **gestantes que já praticam atividade aeróbica de alta intensidade possam continuar ativas durante a gestação**. Mas não há consenso sobre a definição de atletas de alto desempenho, pois é difícil medir o grau de esforço durante o exercício. Apenas é necessário o acompanhamento da equipe de profissionais que prestam o cuidado à atleta gestante com mudança do suporte nutricional adicional para garantir o peso adequado.

Posição

É sugerida para a gestante, durante a prática de atividades físicas, a posição **LATERAL, SENTADA** ou **EM PÉ**. Deve ser evitado o decúbito dorsal após a 16ª semana de gestação devido à redução do débito cardíaco pelo menor retorno venoso.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Contraindicações

As contraindicações para a atividade física durante a gestação são um ponto que não deve ser esquecido em seus estudos. Deixo um quadro a seguir com as contraindicações relativas e absolutas descritas pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG).

Tabela 3. Contraindicações relativas e absolutas de atividade física durante a gestação.

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Obesidade mórbida extrema
Doenças cardiovasculares	Anemia materna grave
Síndromes hipertensivas gestacionais (pré-eclâmpsia / eclâmpsia)	Arritmia cardíaca materna
Incompetência istmocervical (IIC)	Hipertensão arterial descontrolada
Hemorragias persistentes	Hipertireoidismo mal controlado
Placenta prévia	Limitações ortopédicas
Rotura prematura de membranas	Diabetes tipo 1 mal controlado
Trabalho de parto prematuro	Restrição de crescimento fetal
Gestação múltipla	Bronquite crônica

Além disso, devem ser evitadas algumas modalidades: levantamento de peso, esportes coletivos de contato (futebol, voleibol, futsal, handebol, basquetebol), hipismo, esportes aquáticos e mergulho devido ao risco de trauma materno e fetal.

Uso de álcool e outras drogas na gestação



Mulheres grávidas devem evitar o uso de álcool nos 3 (três) primeiros meses, porque a substância pode estar associada ao aumento do risco de malformações. Ainda é incerta a quantidade segura de consumo de álcool na gravidez.

- O consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode trazer consequências para o recém-nascido. Quanto maior o consumo, maior o risco de prejudicar o feto. Cerca de um terço dos bebês de mães dependentes do álcool, que fizeram uso excessivo dessa droga durante a gravidez, é afetado pela “síndrome fetal pelo álcool”. Os recém-nascidos apresentam sinais de irritação, mamam e dormem pouco, além de apresentarem tremores. As crianças que são afetadas gravemente e que conseguem sobreviver aos primeiros momentos de vida podem apresentar problemas físicos e mentais, que variam de intensidade de acordo com a gravidade do caso.



cap 1: pré-natal de risco habitual

Fumo na gravidez



Quando a mãe fuma durante a gravidez, “o feto também fuma”. A nicotina provoca aumento do batimento cardíaco no feto, redução de peso, menor estatura, além de alterações neurológicas importantes. O risco de abortamento espontâneo é maior nas mães que fumam.

- Desde o primeiro contato com a gestante, discuta com ela questões importantes sobre o fumo e informe a ela noções sobre os riscos que existem para o feto em exposição ao cigarro, como risco de baixo peso e prematuridade. Os benefícios de abandonar o fumo devem ser enfatizados;
- Discuta os riscos e benefícios do uso de reposição de nicotina. Avise que as gestantes devem retirar os adesivos de nicotina para dormir;
- Mulheres que não conseguirem parar de fumar durante a gravidez devem ser encorajadas a reduzir o fumo.



Uso de maconha na gravidez



Os efeitos da maconha no feto são incertos, mas podem ser prejudiciais. A maconha está associada ao fumo, que sabidamente é prejudicial. As mulheres devem ser desencorajadas a usar cannabis durante a gravidez.

Alguns estudos afirmam que a maconha parece não possuir ação teratogênica, isto é, não causa malformações à constituição física do feto. Parece também não afetar significativamente o andamento da gestação.

- A redução de peso e tamanho ao nascer, assim como um dos efeitos prejudiciais do tabaco, foi detectada por alguns estudos. Tal diferença, no entanto, parece desaparecer até o final do primeiro ano de vida.
- Parece haver alterações relacionadas à estabilidade da atenção e prejuízos na aquisição de informações de natureza não verbal. Isso parece não afetar a inteligência global. Porém, repercutem de maneira negativa sobre os processos relacionados ao planejamento e à avaliação das respostas captadas do ambiente externo. Há, ainda, relatos de impulsividade, hiperatividade e distúrbios de conduta entre esses indivíduos.



cap 1: pré-natal de risco habitual

Uso de cocaína na gravidez



A cocaína age no sistema nervoso central materno e fetal, por inibir a recaptação dos neurotransmissores (noradrenalina, dopamina e serotonina) nos terminais pré-sinápticos.



- A acentuada ativação dos sistemas adrenérgicos da mãe e do feto, pelo uso da cocaína, resulta em vasoconstrição generalizada, taquicardia, hipertensão, cefaleia, arritmias, enfartes, descolamento de placenta, trabalho de parto prematuro, abortamento, redução do fluxo placentário, com repercussões no crescimento e na oxigenação fetais, possibilitando hemorragias intracranianas na mãe e no feto.

Uso de crack na gravidez



Os recém-nascidos de mães que fizeram uso de crack durante a gravidez podem apresentar dependência e síndrome de abstinência. Devido às suas características químicas, o crack atravessa a placenta com facilidade, acarretando o risco de toxicidade ao feto. Vários problemas obstétricos são relatados em decorrência do uso do crack na gravidez, com consequências para o recém-nascido.



- Os problemas neonatais imediatos relacionados ao *crack* são: vasoconstrição, sofrimento fetal, prematuridade, baixo peso, diminuição do comprimento e do tamanho da cabeça, malformação de origem neurológica, asfixia, vômito e convulsões, podendo acarretar uma parada cardiorrespiratória.
- O uso do *crack* durante a gestação reduz o fluxo placentário, pode tornar a placenta envelhecida e ocasionar enfarto placentário, como também dificuldade de aderência da placenta ao útero, devido à hemorragia. A situação de oligoâmnio também pode aparecer, ou seja, a redução do líquido amniótico nos últimos meses de gestação, em quantidade menor do que 200mL.



Uso de medicações durante a gravidez

Classicamente, os fármacos eram classificados em cinco categorias, conforme o risco que representavam para a gestação, e as cinco categorias de risco eram representadas por letras: **A, B, C, D e X**.



cap 1: pré-natal de risco habitual

Porém, desde 2015, a Food and Drug Administration (FDA) deixou de adotar essa classificação por acreditar que o sistema de cinco letras era falho. Segundo a FDA, a antiga classificação **não permitia que tanto pacientes quanto profissionais estivessem plenamente informados a respeito do risco de cada substância durante a gestação**, uma vez que o significado de cada categoria representada por uma letra não deixava isso claro. Dessa forma, não se conhecia, de fato, o risco de cada uma delas para a gravidez.

Sendo assim, a partir de 2015, a FDA substituiu as categorias de risco descritas por cinco letras por seções narrativas e subseções que descrevem o registro de exposição na gravidez, o resumo do risco e as considerações clínicas a respeito de cada fármaco. Apesar disso, é importante que você conheça a classificação antiga. Observe o quadro abaixo, que descreve o que significa cada uma das cinco categorias da classificação clássica do risco de substâncias durante a gestação.

Tabela 4. Classificação do risco do uso de medicamentos durante a gestação de acordo com a categorização por letras.

A	B	C
<ul style="list-style-type: none">• Em estudos controlados em mulheres grávidas, o fármaco não demonstrou risco para o feto no primeiro trimestre de gravidez. Não há evidências de risco nos trimestres posteriores, sendo remota a possibilidade de dano fetal. (Exemplos: Ácido fólico e vitaminas).	<ul style="list-style-type: none">• Os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram riscos, mas que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres grávidas. (Exemplos: Ranitidina, Nistatina, Loratadina e Paracetamol).	<ul style="list-style-type: none">• Não foram realizados estudos em animais e nem em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram risco, mas não existem estudos disponíveis realizados em mulheres grávidas. (Exemplos: Escopolamina, Amiodarona, Propranolol e Clonazepam).
D	X	
<ul style="list-style-type: none">• O fármaco demonstrou evidências positivas de risco fetal humano, no entanto, os benefícios potenciais para a mulher podem, eventualmente, justificar o risco, como, por exemplo, em casos de doenças graves ou que ameacem a vida, e para os quais não existem outros fármacos mais seguros. (Exemplos: Zidovudina, Valproato, Fenobarbital, Ácido acetilsalicílico e Dipirona).	<ul style="list-style-type: none">• Em estudos em animais e mulheres grávidas, o fármaco provocou anomalias fetais, havendo clara evidência de que o risco para o feto é maior do que qualquer benefício possível para a paciente. (Exemplos: Talidomida, Isotretinoína e Misoprostol).	

Fonte: Classificação para o uso de fármacos e substâncias proposta pela Food and Drug Administration (FDA), 1980.

cap 1: pré-natal de risco habitual

O FDA começou a exigir a especificação e a atualização de informações constantes em bula, não somente sobre o risco de malformação fetal, mas também sobre os impactos durante o parto e no nascimento (BURKEY & HOLMES, 2013).

Tabela 5. Nova Categorização do FDA.

CLASSIFICAÇÃO	MEDICAÇÃO	IMPLICAÇÃO DO USO DURANTE A GRAVIDEZ
X	Talidomida (imunomodulador)	Redução de membros, atresia esofágica ou duodenal, hemangioma facial, malformações genitourinárias e cardiovasculares.
X	Isotretinoína (tratamento de acne)	Relaciona-se a abortamento e malformação fetal quando utilizada durante o primeiro trimestre.
X	Ribavirina (antiviral)	Teratogênica relacionada a malformações, como hidrocefalia e de extremidades.
X	Metotrexato (antineoplásico)	Síndrome do metotrexato-aminopterin fetal (restrição crescimento fetal, malformações craniofaciais, retardo mental), quando usado no primeiro trimestre, e toxicidade e óbito fetal, quando usado no segundo ou terceiro trimestres.
D/X	Varfarina (anticoagulante oral)	Durante o primeiro trimestre, é contraindicada por ser teratogênica. Nos demais trimestres, deve ser evitada por associar-se a malformações fetais, a não ser que o benefício materno justifique seu uso.
D	Fenitoína (anticonvulsivante)	Síndrome da fenitoína fetal (restrição de crescimento fetal, atraso do desenvolvimento, alterações cardíacas e craniofaciais).
D	Ácido valproico (anticonvulsivante)	Associa-se a defeitos de fechamento do tubo neural, alterações cardíacas, craniofaciais, genitourinárias e esqueléticas.
D	Tetraciclina (antibiótico)	O uso no segundo e terceiro trimestres relaciona-se à descoloração marrom-amarelada dos dentes fetais e redução do crescimento dos ossos longos.
D	Carbonato de lítio (antipsicótico, usado no tratamento de episódios de mania do transtorno afetivo bipolar)	Risco de malformações cardiovasculares (doença de Ebstein), polidrâmnio, bócio e espinha bífida, quando a exposição fetal ocorre no primeiro trimestre, e risco de toxicidade neonatal, se ocorrer exposição no terceiro trimestre.
D	Atenolol (betabloqueador) (anti-hipertensivo, antiarrítmico)	Restrição do crescimento fetal e hipoglicemia neonatal.

cap 1: pré-natal de risco habitual

C/D	Betabloqueadores (ex.: propranolol, metoprolol) (anti-hipertensivos, antiarrítmicos)	Restrição de crescimento fetal, quando usados no segundo e terceiro trimestres (categoria C no segundo trimestre), e hipoglicemia neonatal (no terceiro trimestre).
C/D	Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA – ex.: captopril, enalapril) e bloqueador dos receptores da angiotensina II (BRA – ex.: losartan, valsartan) (antihipertensivos)	Restrição do crescimento fetal, malformações renais, hipoperfusão renal, oligoâmnio, hipoplasia pulmonar quando utilizado no segundo e terceiro trimestres (categoria D). Categoria C no primeiro trimestre.
C/D	Ácido acetilsalicílico (AAS)	Uso parece ser seguro durante os dois primeiros trimestres (categoria C) e associa-se a aumento do sangramento materno e fetal e fechamento do ducto arterioso quando utilizado em dose plena no terceiro trimestre (categoria D).
C	Sulfonamidas (sulfametoxazol) (antibiótico)	Quando utilizadas próximo do termo da gestação, podem provocar hiperbilirrubinemia fetal. Não utilizar próximo do parto. Evitar uso do trimetoprim no primeiro trimestre por risco de malformação do tubo neural, cardiovascular e genitourinário.
C	Heparina (anticoagulante)	Não é teratogênico, não atravessa a barreira placentária.
C	Hidralazina (antihipertensivo)	Segura quando utilizada por períodos curtos. É utilizada especialmente nas emergências hipertensivas.

Fonte: Categorização do uso durante a gestação das medicações segundo a classificação anterior do FDA.



Outras recomendações para a gestante

VIAGENS AÉREAS

Geralmente, as viagens aéreas costumam ser seguras **para as gestantes de risco habitual** e sem complicações maternas ou fetais. Porém, devem ser evitadas até 4 semanas antes da data provável do parto. Existem, também, algumas modificações maternas pela altitude: **hemoconcentração, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial**. Assim, algumas precauções devem ser tomadas, como evitar viagem aérea para gestantes com risco materno ou fetal; durante o voo, recomenda-se à gestante o uso de meia elástica; a gestante deve movimentar braços e membros regularmente; deambular quando permitido e manter-se hidratada.

Outras recomendações para a gestante

VIAGENS AÉREAS

Geralmente, as viagens aéreas costumam ser seguras **para as gestantes de risco habitual** e sem complicações maternas ou fetais. Porém, devem ser evitadas até 4 semanas antes da data provável do parto. Existem, também, algumas modificações maternas pela altitude: **hemoconcentração, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial**. Assim, algumas precauções devem ser tomadas, como evitar viagem aérea para gestantes com risco materno ou fetal; durante o voo, recomenda-se à gestante o uso de meia elástica; a gestante deve movimentar braços e membros regularmente; deambular quando permitido e manter-se hidratada.

VIAGENS DE CARRO

Oriente que o cinto de segurança deve passar acima e abaixo da barriga, e não sobre ela.

ATIVIDADE SEXUAL

Na ausência de complicações durante a gestação, como sangramentos, placenta prévia, rotura prematura de membranas e outras, a atividade sexual não é contraindicada.

Reafirme às mulheres que relações sexuais são consideradas seguras durante a gestação, não estando associadas a qualquer efeito adverso, em qualquer idade gestacional. As posições do casal podem sofrer mudanças com o passar do tempo: no primeiro trimestre, não há restrições, mas com o crescimento uterino deve-se evitar compressão sobre o abdome e sobrecarga da coluna.

TINTURA PARA CABELO

Os produtos químicos nas tinturas para cabelo nas doses utilizadas não são altamente tóxicos, e os estudos disponíveis não mostram maiores riscos para o feto, mas as evidências ainda são escassas. Os eventuais riscos podem ser diminuídos se a gestante aguardar até 12 semanas de gestação.

Tinturas naturais, como Henna, são menos tóxicas, e o risco também é menor quando não se pintam as raízes, apenas as pontas (mechas e reflexos).

Se a gestante optar por pintar o cabelo por conta própria, recomenda-se uso de luvas, ambiente ventilado, deixar a tintura no cabelo pelo menor tempo possível e lavar o cabelo após a aplicação.

Levar em consideração as alterações nos cabelos durante a gestação, que inclusive podem alterar a resposta às tinturas usadas. Recomenda-se testar o produto em pequena área do cabelo antes. Formol, por exemplo para alisamento, não deve ser utilizado em nenhum momento na gestação.

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A atenção à saúde bucal é parte integrante do cuidado pré-natal. Toda gestante deve ter acesso a, no mínimo, uma consulta odontológica durante o pré-natal, com agendamento das demais, conforme as necessidades individuais da gestante (BRASIL, 2018). As alterações bucais mais frequentes durante o período gestacional são a cárie dentária, a erosão no esmalte dentário, a mobilidade dentária, a gengivite e a periodontite, sendo a primeira a de maior prevalência.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Queixas mais comuns na gestação e condutas

Algumas alterações fisiológicas no período gestacional podem produzir manifestações sobre o organismo da mulher, na qual nem sempre devem ser consideradas como doenças clínicas. Nesse momento, é necessário que o profissional enfermeiro (a) ou médico (a) da equipe de saúde da família oriente a gestante, não banalizando suas queixas e levando em consideração os sinais e sintomas, que na maioria das vezes, podem diminuir e/ou até mesmo desaparecer com orientações importantes (alimentares, posturais, ingesta hídrica, atividade física, entre outros). Já nos casos mais graves, após avaliação e acolhimento, verifica-se a necessidade de referenciar gestante para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) (BRASIL, 2016).

QUEIXAS	CONDUTA
Náuseas, vômitos e tonturas	<p>Explique que tais sintomas são comuns no início da gestação;</p> <ul style="list-style-type: none">● Oriente a gestante a: (i) consumir uma dieta fracionada (6 refeições leves ao dia); (ii) evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; (iii) evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; (iv) ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, como bolacha de água e sal; (v) ingerir alimentos gelados;● Medicamentos: bromoprida, normoprida, dimenidrato, fenotiazinas, clorpromazina, levomepromazina, metoclopramida, associados ou não à vitamina B6;● Agende consulta médica ou refira a gestante ao pré-natal de alto risco em caso de vômitos frequentes refratários às medidas citadas, pois podem provocar distúrbios metabólicos, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio (veja a conduta para hiperêmese gravídica).
Pirose (azia)	<p>Oriente a gestante a:</p> <ul style="list-style-type: none">● Consumir dieta fracionada, evitando frituras;● Evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo. <p>Obs.: Em alguns casos, a critério médico, a gestante pode fazer uso de medicamentos antiácidos.</p>
Sialorreia (salivação excessiva)	<p>Explique que é um sintoma comum no início da gestação;</p> <ul style="list-style-type: none">● Oriente dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos;● Oriente a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).
Fraquezas e desmaios	<ul style="list-style-type: none">● Oriente a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;● Indique dieta fracionada, de forma que a gestante evite jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições;● Explique à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal	<ul style="list-style-type: none">● Certifique-se de que não sejam contrações uterinas;● Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados; <p>Se houver flatulências (gases) e/ou obstipação intestinal:</p> <ul style="list-style-type: none">● Oriente dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;● Recomende que a gestante aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;● Recomende caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal; <p>Eventualmente, prescreva:</p> <ul style="list-style-type: none">● Dimeticona (para os gases);● Supositório de glicerina (para a obstipação);● Hioscina, 1 cápsula, via oral, até 2 vezes ao dia (para as cólicas). <p>Solicite exame parasitológico de fezes, se necessário.</p>
Hemorroidas	<p>Recomende à gestante:</p> <ul style="list-style-type: none">● Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescreva supositórios de glicerina;● Que não use papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) e faça higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação;● Que faça banhos de vapor ou compressas mornas. Agende consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.
Corrimento vaginal	<ul style="list-style-type: none">● Explique que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;● Não prescreva cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal;● Agende consulta se ocorrer fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido ou caso haja prurido.
Queixas urinárias	<ul style="list-style-type: none">● Explique que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação (devido ao aumento do útero e à compressão da bexiga). Mesmo sendo incômodo o aumento do número de micções, é de extrema importância incentivar a ingestão hídrica adequada;● Agende consulta médica caso exista dor ao urinar ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.
Varizes	<ul style="list-style-type: none">● Recomende que a gestante:● não permaneça muito tempo em pé ou sentada;● repouse (por 20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;● não use roupas muito justas e nem ligas nas pernas;● se possível, utilize meia-calça elástica para gestante.

cap 1: pré-natal de risco habitual

Falta de ar e dificuldades para respirar	<ul style="list-style-type: none">● Tais sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero por compressão pulmonar, assim como por consequência da ansiedade da gestante.● Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo;● Ouça a gestante e converse sobre suas angústias, se for o caso;● Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar, pois – embora seja pouco frequente – pode se tratar de um caso de doença cardíaca ou respiratória;● Agende a consulta médica caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico.
Mastalgia (dor nas mamas)	<ul style="list-style-type: none">● Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas;● Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;● Oriente a gestante sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez), que pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades.
Lombalgia (dor lombar)	<ul style="list-style-type: none">● Recomende que a gestante:● faça a correção de sua postura ao se sentar e ao andar;● use sapatos com saltos baixos e confortáveis;● faça a aplicação de calor local;● eventualmente, a critério e por orientação médica, use analgésico (se não for contraindicado) por tempo limitado.
Cefaleia (dor de cabeça)	<ul style="list-style-type: none">● Afaste as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se houver mais de 24 semanas de gestação);● Converse com a gestante sobre suas tensões, seus conflitos e seus temores;● Refira a gestante à consulta médica, se o sintoma persistir;● Oriente a gestante quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.
Sangramento nas gengivas	<ul style="list-style-type: none">● Recomende a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dentes macia;● Oriente a realização de massagem na gengiva;● Recomende o uso de fio dental;● Agende atendimento odontológico sempre que possível.
Câimbras	<ul style="list-style-type: none">● Recomende que a gestante:● massageie o músculo contraído e dolorido e aplique calor local;● evite o excesso de exercícios;● realize alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas longas, assim como na ocasião da crise algica e quando for repousar.
Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)	<ul style="list-style-type: none">● Explique que é uma ocorrência comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto;● Recomende que a gestante não exponha o próprio rosto diretamente ao sol e que use protetor solar.
Estrias	<ul style="list-style-type: none">● Explique que são resultantes da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentam cor arroxeada, tendem com o tempo a ficar com uma cor semelhante à da pele. Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de preveni-las.

Aspectos psicológicos da gravidez, parto e puerpério

Todas as fases que permeiam o período perinatal são cercadas de mudanças importantes em todos os aspectos, desde os físicos; transição do ciclo de vida; reorganização da vida pessoal, profissional e familiar; até as mudanças psíquicas. A mulher experimenta, nesta fase, transformações que refletem sobre sua transição existencial e responsabilidade quanto a formação e assistência de um outro ser, necessitando desta forma de um suporte profissional que a escute e realize orientações para diminuir os sentimentos negativos que a mulher esteja passando, conforme demonstra-se na tabela 6.

Tabela 6. Orientações aos profissionais acerca dos aspectos psicológicos em cada fase do período perinatal.

DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ
<ul style="list-style-type: none">● Tente encontrar um lugar calmo para conversar e minimizar distrações externas, abordando o impacto da gravidez para essa mulher;● Perceber o estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante;● Estabelecer uma relação de respeito e confiança mútuos;● Reconhecer o estado normal de ambivalência frente à gravidez;● Acolher as dúvidas, anseios e medos primitivos sem julgamentos;● O contexto em que essa gravidez ocorreu e as repercussões dela na mulher devem ser explorados (Se ela tem parceria, se tem outros filhos, se trabalha e no quê, rede de apoio, perdas gestacionais prévias e experiências prévias de maternagem);● Forneça informações reais, se as tiver. Seja honesto sobre as coisas que você sabe e não sabe. “Eu não sei responder a sua pergunta, mas vou tentar descobrir para lhe dar informações seguras sobre este assunto”;● Não banalizar suas queixas nem minimize a força da pessoa e o sentido de ser capaz de cuidar de si;● Não culpe a pessoa por engravidar ou se expor a algum risco, como não usar repelente de insetos no caso de Zika/ microcefalia;● Não use termos excessivamente técnicos;
PRIMEIRO TRIMESTRE
<ul style="list-style-type: none">● Explicar que neste período da gestação é frequente a ambivalência, o medo de perder a gestação, oscilações de humor, aumento da irritabilidade, associadas às primeiras modificações corporais;● Orientar que o período também será marcado pela sonolência e retraimento. A gestante se apresenta mais reservada e pode sentir necessidade de afastar-se dos demais;● Se a gestante tem outros filhos pequenos, oriente que estes podem reagir ao retraimento da mãe, com possível aparecimento de transtornos do sono e do apetite, irritabilidade e maior solicitação de cuidados;● O segundo e o terceiro mês, corresponde a formação da placenta, fase em que está mais presente o perigo de aborto. Nessa fase, o apoio que a equipe de saúde pode prestar à gestante é de inestimável valor para o prosseguimento de uma gestação harmoniosa;● Não falte com respeito ao direito da mulher tomar suas próprias decisões;● Não infrinja a privacidade, mantenha a história da pessoa confidencial, salvo se houver risco à puérpera ou ao bebê;● Não esqueça de levar em consideração a cultura, idade e o sexo da pessoa em qualquer abordagem.

cap 1: pré-natal de risco habitual

SEGUNDO TRIMESTRE

- Explique que nesta fase ocorre uma maior introversão e passividade, com possível alteração do desejo sexual;
- Explique que as alterações corporais evidentes e a percepção dos movimentos fetais trazem concretude à gestação;
- Oriente sobre as fantasias da mãe sobre o bebê (Ela pode começar a idealizar o filho perfeito que terá, como forma de defender -se dos temores que o desconhecido provoca);
- Os exames de ultrassom têm um papel importante na ansiedade pela expectativa pelo sexo e vitalidade do feto e podem exercer efeito complexo sobre as emoções nessa fase, explique detalhadamente os exames realizados por ela;
- Não coloque seus preconceitos e opiniões frente às situações abordadas pela mulher;
- Não abordar questões que ainda não fazem parte deste período gestacional.

TERCEIRO TRIMESTRE

- Os movimentos do feto e do útero podem provocar grande ansiedade, pela percepção de que algo novo está ocorrendo. Oriente sobre as mudanças que estão ocorrendo no corpo da gestante e no curso da gestação;
- Algumas vezes esse período é acompanhado de manifestações psicossomáticas como constipação ou diarreia, crises hipertensivas, aumento excessivo de peso, intensificação de câibras dolorosas. Busque acolher e orientar formas de prevenir tais manifestações;
- Insira a família no processo de cuidado, acolhimento, redução de anseios, valorizando também suas dúvidas e medos;
- O final da gestação é caracterizado pela ansiedade e temores da gestante associados à proximidade do parto: medo da dor, de complicações nela e no bebê, expectativas com a aparência do bebê. Isso pode implicar inclusive na preferência pela mulher pela via de parto. Nessa fase é vital a manutenção de um ambiente acolhedor, onde esses sentimentos possam aparecer, e as orientações e tranquilizações necessárias sejam oferecidas;
- A mãe deve estar preparada para as enormes solicitações que a dependência do bebê lhe proporcionará. Oriente quanto a essas questões.

PARTO

- A mulher teme a dor, teme não suportá-la, teme falhar no parto, teme ser dilacerada e perder sua feminilidade, bem como procedimentos médicos desagradáveis. Existem expectativas quanto à via e forma de parto e quanto ao seu desempenho durante o nascimento do filho. Nesse momento, devem ser oferecidas à gestante todas as medidas de conforto disponíveis. É importante acolher a preferência da mulher sobre o acompanhante durante o trabalho de parto e o parto. Esses aspectos devem ser abordados desde o pré-natal através de orientações sobre o preparo para o parto.



cap 1: pré-natal de risco habitual

PUERPÉRIO

- Após o nascimento do bebê, ocorre um estado de alteração emocional, que permite às mães ligarem-se intensamente com seu bebê, se as condições externas forem favoráveis a esse encontro;
- No período puerperal podem ser observadas alterações de sentimentos, como por exemplo, estar contente e, ao mesmo tempo, podendo estar insegura ou deprimida. Às vezes, essa ambiguidade é vivida em segredo, não sendo compartilhada, tampouco extravasada. É importante que o profissional entenda esta mulher e seja sensível. Reconheça como elas estão se sentindo: “Posso imaginar que isso seja difícil para você” e seja uma rede de apoio para essa mulher, orientando que determinadas situações são normais e ao longo do tempo irão se ajustar;
- As expectativas e experiências prévias com a amamentação devem ser abordadas. Pode aparecer o medo de ficar sempre ligada ao bebê e a preocupação com a estética das mamas. A amamentação sempre deve ser estimulada, no entanto a cobrança pessoal e social desenfreada pela amamentação sem o entendimento individualizado do contexto da puérpera pode ter desfecho desfavorável se ela não for estimulada com empatia e sensibilidade.

Fonte: Adaptado do Protocolo Estadual de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual (RIO DE JANEIRO, 2020).

Promoção ao parto

PLANO DE PARTO

É um documento em que a gestante manifesta suas preferências e escolhas nos momentos do trabalho de parto, do parto e do pós-parto. Esse documento deve ser elaborado durante o pré-natal junto com a equipe que estará presente no momento do parto.

Durante o acompanhamento do pré-natal, toda mulher deve ser orientada sobre os benefícios do parto normal. A cesariana (extração fetal cirúrgica) só deve ser realizada com indicação precisa, pois, quando realizada, expõe a mulher e o bebê a riscos aumentados. Explique à gestante (nas consultas de pré-natal, em atividades educativas, em grupos, em visitas domiciliares e demais oportunidades) sobre os benefícios do parto normal e os riscos da cirurgia cesariana e sua indicação quando necessária, conforme explanado em tabela 7.

Tabela 7. Considerações sobre o parto vaginal e cirurgia cesariana.

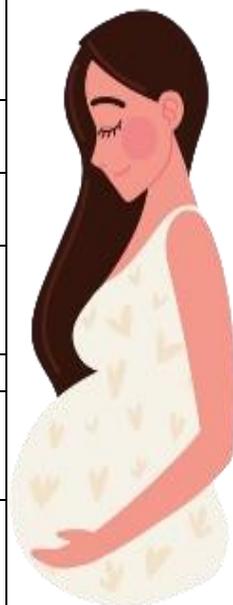
PARTO NORMAL	CIRURGIA CESARIANA
Recuperação do bebê mais rápidas, facilitando o cuidado com o bebê após o parto;	Chance de retirada do bebê do útero ainda prematuro e de internação do bebê;
Amamentação é mais fácil;	Demora na descida do leite materno; Maior
Menor chance de nascimento prematuro;	Separação da mãe-bebê nas primeiras horas após o parto;
Menor risco de complicações na próxima gravidez;	Mais riscos de o bebê desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta;



cap 1: pré-natal de risco habitual

Complicações são menos frequentes, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento;	Complicações da anestesia e da cirurgia;
Diminui a possibilidade de perda de sangue e de infecção;	Maior risco de hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos;
A dor após o parto é menor que em relação à cesariana;	Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia;
Menor ocorrência de problemas respiratórios no RN;	Problemas em futuras gestações: ruptura do útero, placenta mal posicionada ou que não desprende do útero;
Menor tempo de internação hospitalar;	Hospitalização prolongada;
As contrações uterinas e a passagem pela canal vagina estimula os sistemas e órgão do bebê;	Mais riscos do bebê de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento;
O bebê tem menor chance de desenvolver doenças como obesidade, hipertensão, asma e diabetes na vida adulta;	Dificuldade de cuidar do bebê após a cirurgia;

Fonte: Brasil, 2012.



Aleitamento materno

O incentivo à amamentação deve iniciar antes mesmo do parto. Devemos ressaltar a importância da amamentação e orientar sobre a técnica correta. Conversar sobre possíveis dificuldades na amamentação e meios de preveni-las.

O aleitamento materno traz inúmeras vantagens para mãe, bebê, família, e sociedade, com impacto importante na redução da mortalidade infantil. A atenção primária tem um papel fundamental nos cuidados voltados para o estímulo e a manutenção da amamentação uma vez que esses devem ter início no pré-natal e seguir nas consultas puerperais e de puericultura. O pré-natal é um momento oportuno para orientar, suprir dúvidas e estimular o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, prevenindo o desmame precoce.

É importante orientar a mãe sobre o processo de descida do leite, que pode demorar em geral de 72 h a 96 h, principalmente nas puérperas de parto cesárea. Estimular a amamentação na primeira hora de vida garante o fornecimento de colostro com todos os seus benefícios imunológicos, além dos mais variados fatores de proteção materno e neonatal que a amamentação traz.

Entender as fases da lactação e esclarecer sobre os diferentes aspectos e coloração do colostro e do leite deixa a mulher, sua parceria e família mais tranquilas neste processo de adaptação à amamentação. Deixar claro que, no início, pelo fato da mama não estar ainda adaptada ao processo de sucção do recém-nascido, podem ser observados a existência de incômodo, ardência e sensibilidades mamárias, que em geral resolvem-se com o passar dos dias, desde que haja posição correta e pega adequada para evitar as intercorrências mamárias.

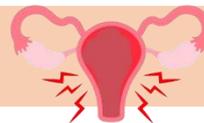
Infecção do Trato Urinário na gestação



Definição

A infecção do trato urinário (ITU) é comum durante a gestação – estima-se que até 10% das gestantes são acometidas por algum episódio de infecção urinária ou bacteriúria assintomática (BA). **A ITU pode ser classificada em baixa (cistite e BA) ou alta (pielonefrite).** Na gestante, a ITU baixa representa um risco importante de desenvolvimento de pielonefrite aguda (PNA), que eleva as morbidades materna e perinatal, esta última fortemente relacionada com a prematuridade.

Bacteriúria assintomática



A Bacteriúria assintomática (BA) é definida como a presença significativa de bactérias ($\geq 100.000/\mu\text{L}$) no trato urinário na ausência de sintomas em duas amostras consecutivas de urina. A prevalência de BA em gestantes é de 2 a 10%, motivo pelo qual se justifica o seu rastreamento no pré-natal. **Na gravidez sempre deve ser tratada.**

Principais bactérias associadas à ITU nas gestantes

A Bacteriúria assintomática (BA) é definida como a presença significativa de bactérias ($\geq 100.000/\mu\text{L}$) no trato urinário na ausência de sintomas em duas amostras consecutivas de urina. A prevalência de BA em gestantes é de 2 a 10%, motivo pelo qual se justifica o seu rastreamento no pré-natal. **Na gravidez sempre deve ser tratada.**

Tabela 8. Bactérias comumente associadas à infecção do trato urinário na gestante.

Bactérias comumente associadas à infecção do trato urinário na gestante	
Enterobactérias <i>Escherichia coli</i> (80-90%) <i>Klebsiella</i> <i>Enterobacter</i> (3%)	
Gram-negativas <i>Proteus mirabilis</i> (2%) <i>Pseudomonas</i> <i>Citrobacter</i>	
Gram-positivas <i>Espécies de estafilococos</i> <i>Estreptococos do grupo B</i> (10%)	
	Outras <i>Gardnerella vaginalis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i>

cap 2: Infecção do trato urinário em gestante

Cistite



A ITU sintomática ou cistite é definida como a presença de bactérias associadas a sintomas urinários baixos. Está presente em 1 a 2% das gestantes. Os sintomas mais comumente associados são disúria, urgência miccional, polaciúria, dor suprapúbica, hematúria e urina fétida. Embora o diagnóstico de certeza só seja realizado com uma urocultura positiva, a presença de esterase leucocitária, de nitritos ou de leucocitúria associada a sintomas urinários sugere fortemente cistite, indicando um tratamento antibacteriano adequado. Contagens menores que 100 mil colônias por mililitro devem ser valorizadas quando há sintomas ou quando a urina foi obtida por cateterização.

CISTITE DE REPETIÇÃO

A detecção de novo caso de cistite favorece a indicação de antibioticoprofilaxia até o parto, utilizando-se a nitrofurantoína (100 mg ao dia) ou a cefalexina (250 diários). Caso a profilaxia seja com nitrofurantoína, é recomendável substituir por cefalexina 250 mg após 37 semanas, devido ao risco de icterícia neonatal com a nitrofurantoína.

Pielonefrite Aguda



A Pielonefrite Aguda é a infecção urinária que compromete o sistema coletor e a medula renal, ocorrendo em 1 a 2% das gestações; está associada a riscos maternos e fetais, sendo uma das principais causas de hospitalização durante a gestação. A pielonefrite aguda é um dos eventos mais graves na gestante, sendo mais prevalente durante a gravidez do que fora dela, devido às alterações anatômicas e funcionais ocorridas durante a gestação, em especial o refluxo vesicoureteral. Dois terços das pacientes com pielonefrite apresentam BA previamente.

O agente patogênico mais comum é *E. coli*, mas também podem estar envolvidos outros gram-negativos, como *Klebsiella* e *Enterobacter*, bem como os gram-positivos *Enterococcus faecalis* e *Staphylococcus aureus*. O diagnóstico é feito com base na suspeita clínica, devendo ser confirmado pela urocultura. Os sintomas clínicos normalmente encontrados são hipertermia, calafrios, náuseas/vômitos, dor lombar, dor à percussão lombar (Giordano positivo, disúria, polaciúria, urgência miccional e urina turva/fétida. Sempre que possível, realizar ultrassonografia (USG) de vias urinárias (pesquisa de litíase urinária associada).

Feito o diagnóstico, a hospitalização é obrigatória, iniciando hidratação venosa para assegurar o despecho urinário adequado, além de solicitar exames subsidiários como hemograma, função renal e eletrólitos. A administração do antibiótico por via venosa deve ser imediata. A preferência atual é pelo uso de ceftriaxone (2 g ao dia) durante 10 a 14 dias. Mudanças no esquema antibiótico podem ser necessárias caso não ocorra franca melhora clínica em 48 horas, ou guiadas pelo antibiograma. Casos favoráveis podem completar a antibioticoterapia em regime ambulatorial após alguns dias de internação (a cefuroxima via oral é uma alternativa à ceftriaxone).

Exames de controle de cura devem ser solicitados. A profilaxia antibiótica até o parto sempre deve ser instituída após o tratamento.

cap 2: Infecção do trato urinário em gestante

Esquemas de antibióticos recomendados

Tabela 7. Esquemas antibióticos recomendados para o tratamento da bacteriúria assintomática na gestação.

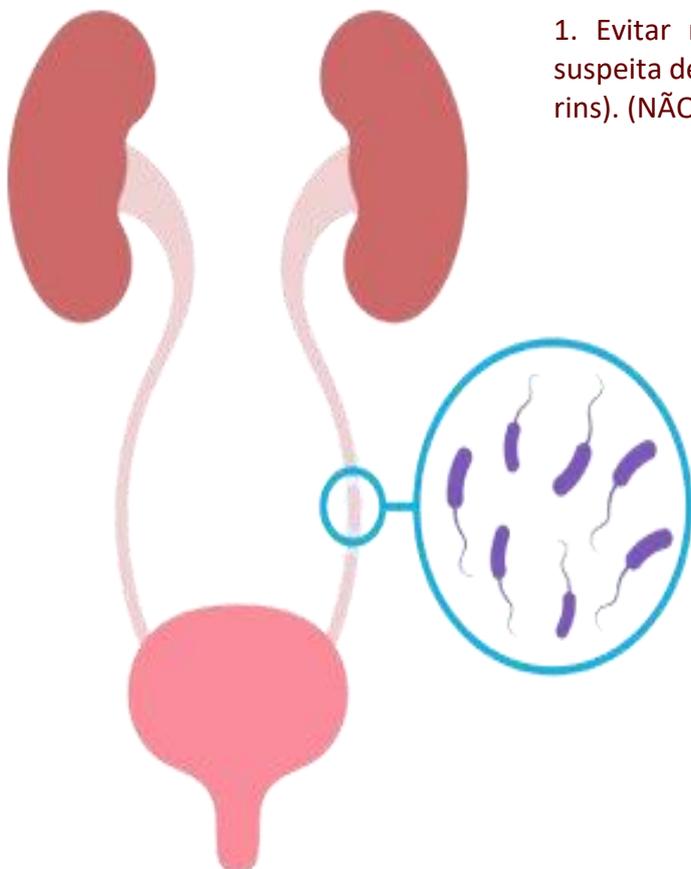
Antibiótico	Dose	Duração
Fosfomicina	3 g	Dose única
Nitrofurantoína	100 mg cada 6 horas	5 dias
Cefalexina	500 mg cada 6 horas	7 dias

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco, 2022.

Tabela 8. Esquemas antibióticos recomendados para o tratamento da cistite na gestação.

Antibiótico	Dose	Duração
Fosfomicina	3 g	Dose única
Nitrofurantoína ¹	100 mg cada 6 horas	5 dias
Cefalexina	500 mg cada 6 horas	7 dias
Amoxicilina + Clavulanato	875/125 mg cada 12 horas	7 dias
Cefuroxima	250 mg cada 12 horas	7 dias

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco, 2022.



1. Evitar no final da gestação. Não utilizar se houver suspeita de pielonefrite (não atinge níveis terapêuticos nos rins). (NÃO DEVE SER UTILIZADA DEPOIS DA 28ª semana).

Complicações sistêmicas da pielonefrite aguda têm maior probabilidade de ocorrerem durante a gestação. O choque séptico pode incidir em até 20% dos casos não tratados e em 25% pode haver insuficiência renal leve.

A escolha antimicrobiana e a duração do tratamento devem levar em consideração fatores locais de resistência.

Sífilis na Gestação



Definição

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A sua transmissão se dá por meio de relação sexual desprotegida, transfusão de sangue ou compartilhamento de seringas com sangue contaminado e durante a gestação e o parto. Acredita-se que a transmissão sexual de *T. pallidum* ocorra apenas quando lesões sífilíticas mucocutâneas estão presentes. Tais manifestações clínicas da sífilis são incomuns após o primeiro ano de infecção.

Impacto na gestação: A sífilis congênita pode causar aborto espontâneo, natimortalidade, prematuridade, malformações congênicas e outras complicações neonatais, como surdez, cegueira, e deformidades ósseas.

De acordo com o Ministério da Saúde, a sífilis é classificada da seguinte forma (tabela 9):

Tabela 9. Estadiamento da sífilis e características clínicas.

<u>Sífilis Recente</u> (menos de 1 ano de evolução)		<u>Sífilis Tardia</u> (mais de 1 ano de evolução)	
<i>Sífilis Primária</i>	<i>Sífilis Secundária</i>	<i>Latente tardia ou de duração ignorada</i>	<i>Sífilis Terciária</i>
Úlcera única, indolor, endurecida, com bordas regulares, bem definidas e de fundo limpo, denominada cancro duro ou protossífiloma, acompanhada de linfadenopatia regional (não supurativa, indolor, sem sinais flogísticos, unilateral, múltipla e móvel).	Caracteriza-se por roséola (erupção maculopapular eritematosa pouco visível) em tronco e raiz de membros, que progride para todo o corpo e fica mais evidente atingindo região plantar e palmar, com descamação característica e não pruriginosa. Em seguida, surgem os condilomas planos (lesões vegetantes e úmidas), alopecia em clareiras e madarose.	Não se observa sinal ou sintoma clínico de sífilis. Quando não for possível inferir a duração da infecção. Presença de reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos.	Acomete o sistema nervoso (neurosífilis) e o cardiovascular, além de formação de gomas sífilíticas (tumorações que podem liquefazer) causando lesões incapacitantes.
Tempo após exposição: 10 a 90 dias, (média de 3 semanas).	Tempo após exposição: em média, entre seis semanas e seis meses após a infecção.	Tempo após exposição: Até um (1) ano latente recente, mais de um (1) ano trata-se como sífilis latente tardia.	Tempo após exposição: Pode surgir entre 1 ano e 40 anos após a infecção primária.

Fonte: Adaptado de PCDT-IST/MS/2022.

Diagnóstico de sífilis na gestação?

Gestante **assintomática** para sífilis que apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico **E/OU** não treponêmico com qualquer titulação – e sem registro de tratamento prévio.

Gestante **sintomática** para sífilis que apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico **E/OU** não treponêmico com qualquer titulação.

Mulher que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresenta teste não treponêmico reagente com qualquer titulação **E** teste treponêmico reagente, independente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.

Além da avaliação clínica, os testes sorológicos treponêmicos ou não treponêmicos devem ser efetuados para o diagnóstico da sífilis adquirida e sífilis na gestação. Os testes imunológicos são aqueles que identificam os anticorpos em amostra de sangue, soro ou plasma.

Tabela 10. Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos.

TESTES IMUNOLÓGICOS	TIPOS	CARACTERÍSTICAS
Não treponêmico	VDRL RPR TRUST USR	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento.
Treponêmico	FTA-Abs ELISA/EQL TPHA/TPPA MHA-TP Teste rápido (TR)	São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento. São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.



Fonte: BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c.

O diagnóstico de sífilis em gestantes exige um acompanhamento intensivo, com ênfase ao risco de reinfecção. Assim, **recomenda-se a realização de VDRL mensal após tratamento**, devendo o uso de preservativo masculino ou feminino ser sempre estimulado.

O diagnóstico da sífilis é feito por meio da correlação entre os dados clínicos, os exames laboratoriais, o histórico de infecção passada e exposição recente. Como a maioria das pessoas com sífilis é assintomática ou apresenta quadro clínico vago, os exames laboratoriais são imprescindíveis para o diagnóstico correto.

Então, para o **diagnóstico** da sífilis, deve-se realizar **um teste treponêmico e um não treponêmico**. Recomenda-se sempre que possível realizar primeiro o teste treponêmico (teste rápido), que é o primeiro que positiva, e, depois, fazer o não treponêmico.

cap 3: Sífilis na gestação



Tabela 11. Interpretação dos testes imunológicos.

TREPONÊMICO	NÃO TREPONÊMICO	INTERPRETAÇÃO
Reagente	Reagente	Sífilis confirmada ou cicatriz sorológica.
Reagente	Não reagente	Repetir teste treponêmico com metodologia diferente. Reagente: infecção recente ou cicatriz sorológica. Não reagente: primeiro teste falso-reagente, descartar diagnóstico de sífilis.
Não reagente	Reagente	Repetir teste treponêmico com metodologia diferente. Reagente: sífilis ou cicatriz sorológica. Não reagente: teste não treponêmico falso-reagente, descartar diagnóstico de sífilis.
Não reagente	Não reagente	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica).

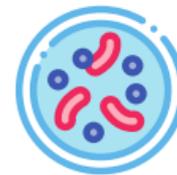
A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. As doses de **benzilpenicilina benzatina** recomendadas são definidas a partir do diagnóstico de infecção recente ou tardia, conforme o quadro a seguir.

Estadiamento		Tratamento
Recente	Primária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM dose única (1,2 milhão UI/glúteo)
	Secundária	
	Latente recente (< 1 ano)	
Tardia	Latente tardia (> 1 ano) ou duração ignorada	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, (1,2 milhão UI/glúteo) por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM
	Terciária	
	Neurossífilis	Benzilpenicilina procaína (cristalina) 18-24 milhões UI/dia, EV, 3-4 milhões UI, 4/4h ou infusão contínua por 14 dias

cap 3: Sífilis na gestação



IMPORTANTE



A sífilis é considerada inadequadamente tratada se:

- Tratamento for feito de forma incompleta para o estágio clínico
- O tratamento for feito com outra droga que não a Penicilina Benzatina
- O tratamento for iniciado com menos de 30 dias antes do parto;
- Intervalo maior do que 14 dias entre as doses de Penicilina Benzatina (gestantes que ultrapassarem o intervalo de 14 dias entre as doses devem reiniciar o esquema terapêutico).

É fundamental realizar busca ativa para diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais de gestantes com sífilis, bem como fortalecer o pré-natal da parceria nos serviços de saúde. O parceiro sexual deverá ser sempre convocado para orientação, avaliação clínica, realização do teste rápido e tratamento. Mesmo que seu teste rápido tenha resultado não reagente, deve ser realizada 1 dose de 2.400.00 UI de benzilpenicilina benzatina. Caso o teste rápido seja reagente, notificar e realizar tratamento conforme avaliação clínica e solicitar teste não treponêmico.

É importante orientar sobre a importância do uso do preservativo durante o tratamento e registrar o tratamento da gestante no cartão de pré-natal.

O **monitoramento** é realizado com **teste não treponêmico** (VDRL/RPR) comparativamente com teste previamente realizado. As gestantes devem realizar VDRL/RPR mensalmente após o término do tratamento até o final da gestação. A redução de dois ou mais títulos do VDRL (ex.: de 1:32 para 1:8) ou a negatificação após seis a nove meses do tratamento demonstra a cura da infecção. Anotar no cartão da gestante todas as informações necessárias.

Critérios para retratamento da gestante com sífilis

- Não redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para 1:8, ou de 1:128 para 1:32);

OU

- Aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento;

OU

- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento.

cap 3: Sífilis na gestação



NOTIFICAÇÃO

Os casos de sífilis em gestante e sífilis congênita são de notificação compulsória nacional. As mulheres com diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificadas como sífilis em gestantes e não como sífilis adquirida. Essa notificação é de responsabilidade da unidade de saúde que atende a gestante. (Nota Informativa Nº 2/2017-MS e Nota Técnica SVS Nº 11/2019)

ALERGIA A PENICILINA/ DESSENSIBILIZAÇÃO

As gestantes com diagnóstico de sífilis e alérgicas a benzilpenicilina benzatina devem ser encaminhadas a um serviço terciário, para que sejam dessensibilizadas e posteriormente tratadas com benzilpenicilina benzatina, em ambiente hospitalar (BRASIL, 2019)

No entanto, na impossibilidade de realizar a dessensibilização, a gestante poderá ser tratada no ambiente ambulatorial ou na Atenção Primária de Saúde com:

- Ceftriaxona 1 g, IV (intravenoso) ou IM (intramuscular), em dose única diária, por 8 a 10 dias; ou;
- Estearato de Eritromicina 500 mg, por via oral, de 6/6 horas durante 15 dias, para a sífilis recente ou durante 30 dias, para a sífilis tardia).

Nesses casos, será necessário notificar, investigar e tratar o recém-nascido para sífilis congênita, já que tratamento da sífilis materna com outro medicamento que não seja a benzilpenicilina benzatina, é considerado tratamento inadequado para o feto, por não atravessar a barreira placentária (BRASIL, 2013; 2019).

O uso de **tetraciclina, doxiciclina e estolato de eritromicina é contraindicado na gestação** devido ao risco de alterações ósseas e do esmalte dentário do feto, toxicidade para a mãe causados pelas tetraciclinas e doxiciclina e litíase intrahepática fetal, pelo estolato (BRASIL, 2019).



Vulvovaginites e Cervicites na gestação



Definição

Durante a gestação além das repercussões na saúde materna, as vulvovaginites tem apresentado relação com desfechos obstétricos desfavoráveis, como infecção intra-amniótica, ruptura prematura de membranas, infecções puerperais, baixo peso ao nascer e parto prematuro. Nesse contexto, as vulvovaginites diagnosticadas mais comumente no período gestacional são a candidíase, vaginose bacteriana e tricomoníase (BRASIL, 2022).

É preciso realizar a investigação da presença de cervicites (ou endocervicites) nas gestantes sempre que existir queixa clínica de corrimento vaginal, disúria ou dispáurenia, com o intuito de diferenciá-las das vaginoses. Ao exame físico, podem estar presentes: material mucopurulento no orifício externo do colo, dor à mobilização do colo uterino e sangramento ao toque da espátula ou swab (BRASIL, 2022).

Tabela 12. Sintomas e conduta para queixas de corrimento vaginal, dispáurenia e disúria.

Causa	Sintomas	Exame	Orientações e Tratamento
Candidíase vulvovaginal <i>Candida spp;</i> <i>Candida albicans.</i>	Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; Sem odor; Prurido vaginal intenso; Edema de vulva; Hiperemia de mucosa; Dispareunia superficial.	Se disponível, os seguintes exames podem ser realizados como apoio diagnóstico: pH vaginal < 4,5; testes das aminas negativo; Na microscopia a fresco: presença de hifas ou micélios birrefringentes e esporos de leveduras; Leucócitos frequentes.	Orientar para uso de roupas íntimas de algodão, evitar calças apertadas e retirar roupa íntima para dormir. • Miconazol creme a 2% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU • Nistatina 100.000 UI – um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias; OU • Clotrimazol creme 1% - um aplicador (5g) à noite ao deitar-se, por 7 dias. Em gestante o tratamento oral não está indicado. O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.
Vaginose bacteriana <i>Gardnerella vaginalis;</i> <i>Mobiluncus sp;</i> <i>Bacteroides sp;</i> <i>Mycoplasma hominis;</i> <i>Peptococcus</i> <i>e outros anaeróbios.</i>	Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual. Sem sintomas inflamatórios.	Se disponível, os seguintes exames podem ser realizados como apoio diagnóstico: pH vaginal superior a 4,5; Teste das aminas positivo; Liberação de odor fétido com KOH a 10%; Leucócitos escassos;	Via oral: Metronidazol, 250 mg, 2cps a cada 12 horas, por sete dias; OU Clindamicina, 300 mg, VO, a cada 12 horas, por sete dias. OU via intravaginal: Metronidazol gel 100mg/g, 1 aplicador (5 g), à noite, por cinco dias. O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.

cap 4: Vulvovaginites e Cervicites na gestação

<p>Tricomoniase</p> <p><i>Trichomonas vaginalis</i></p>	<p>Secreção vaginal amarelo esverdeada, bolhosa e fétida.</p> <p>Outros sintomas: prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, colo com petéquias e em “framboesa”.</p> <p>Menos frequente: disúria.</p>	<p>Se disponível, os seguintes exames podem ser realizados como apoio diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No exame a fresco, presença de protozoário móvel e leucócitos abundantes; • Teste das aminas negativo ou fracamente positivo; • pH vaginal > 4,5. 	<p>Via oral: Metronidazol 250mg, 8 comprimidos, dose única; OU Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos duas vezes ao dia, por sete dias.</p> <p>TODOS os parceiros devem ser tratados com dose única (metronidazol 250mg, 8 comprimidos).</p>
<p>Gonorreia</p> <p><i>Neisseria gonorrhoeae</i></p>	<p>Queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria.</p> <p>Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.</p>	<p>Para diagnóstico da cervicite gonocócica, proceder à cultura em meio seletivo, a partir de amostras endocervicais e uretrais.</p>	<p>Primeira escolha: Ceftriaxona, 500 mg IM, dose única</p> <p>Segunda escolha: Espectinomomicina, 2 g IM, dose única OU Ampicilina 2 ou 3 g + Probenecida, 1 g, VO, dose única OU Cefixima, 400 mg, VO, dose única</p> <ul style="list-style-type: none"> • TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única. • Tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.
<p>Clamídia</p> <p><i>Chlamydia trachomatis</i></p>	<p>Queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria.</p> <p>Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.</p>	<p>O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por <i>C. trachomatis</i> deve ser feito por biologia molecular e/ ou cultura.</p>	<p>Primeira escolha: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única.</p> <p>Segunda escolha: Amoxiciclina, 500 mg, VO, a cada 8 horas, por 7 dias; OU Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada seis horas, por 7 dias OU Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 14 dias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única • Tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.

Fonte: Adaptado de PCDT-IST/MS/2022.

Toxoplasmose na gestação



Definição

A toxoplasmose é uma doença causada pelo agente *Toxoplasma gondii*, protozoário intracelular obrigatório que apresenta ciclo evolutivo com três formas principais, sendo todas elas dotadas de competência para provocar infecção: taquizoítos, que ocorrem na fase aguda ou na reagudização e são capazes de atravessar a placenta e infectar o feto; bradizoítos, que se encontram nos tecidos de humanos e animais infectados; e esporozoítos, que se encontram dentro dos oocistos, formados no intestino dos felinos, seu hospedeiro definitivo. O oocisto é a forma de resistência do parasita, podendo ficar infectante por períodos superiores a 1 ano no solo ou em fontes de água. Ocorre também a infecção congênita. Visto o elevado risco de acometimento fetal nos casos de transmissão congênita, essa infecção adquire especial relevância quando atinge mulheres durante a gestação. A maioria dos casos de toxoplasmose é assintomática ou apresenta sintomas bastante inespecíficos. Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção pelo *T. gondii* na gravidez é extremamente importante, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita.

Manifestações clínicas na gestante

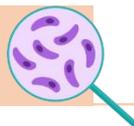
A infecção aguda na gravidez **geralmente é assintomática**. Quando presentes, os sintomas são inespecíficos: febre, calafrios, cefaleia, mialgia, odinofagia, hepatoesplenomegalia, linfadenomegalia cervical bilateral simétrica e *rash* maculopapular difuso. Já a doença ocular (coriorretinite) é mais comum na reativação da doença. Por isso, o fato de a infecção aguda ser assintomática torna o rastreamento da gestante imprescindível.



A toxoplasmose durante a gestação pode acarretar consequências como **abortamentos, óbitos fetais e malformações fetais graves, especialmente se a infecção ocorrer durante o primeiro trimestre de gestação**. Isso ocorre porque, apesar de o risco de transmissão vertical ser menor no primeiro trimestre, devido à menor vascularização placentária em comparação à do terceiro trimestre, o risco de consequências graves para o feto é bem maior se a infecção ocorrer durante o período de maior organogênese fetal. Além disso, o diagnóstico em tempo hábil possibilita o tratamento que visa reduzir o risco de transmissão vertical, havendo possibilidade de tratamento fetal, se necessário.

cap 5: Toxoplasmose na gestação

Diagnóstico na gestação



Como a maioria das gestantes é assintomática, o diagnóstico da toxoplasmose é feito pela **sorologia materna**, com avaliação dos anticorpos IgG e IgM para toxoplasmose, solicitada no rastreamento de rotina durante o pré-natal.



Interpretação da sorologia para toxoplasmose na gestação			
IgG	IgM	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
Negativa	Negativa	Susceptível	Medidas de prevenção
Positiva	Negativa	Imune	Pré-natal habitual
Negativa	Positiva	Falso positivo	Repetir sorologia em 2 semanas
		Infecção aguda/muito recente	Espiramicina e investigação fetal
Positiva	Positiva	Avidéz baixa- infecção aguda/recente	Espiramicina e investigação fetal
		Avidéz alta- infecção antiga.	Pré-natal habitual

Gestantes suscetíveis (podem adquirir a infecção na gestação) têm resultados negativos para os **anticorpos IgG e IgM** específicos para toxoplasmose e o acompanhamento deve ser feito com sorologia seriada (1-2 meses) e orientações preventivas, a depender do perfil epidemiológico da região.

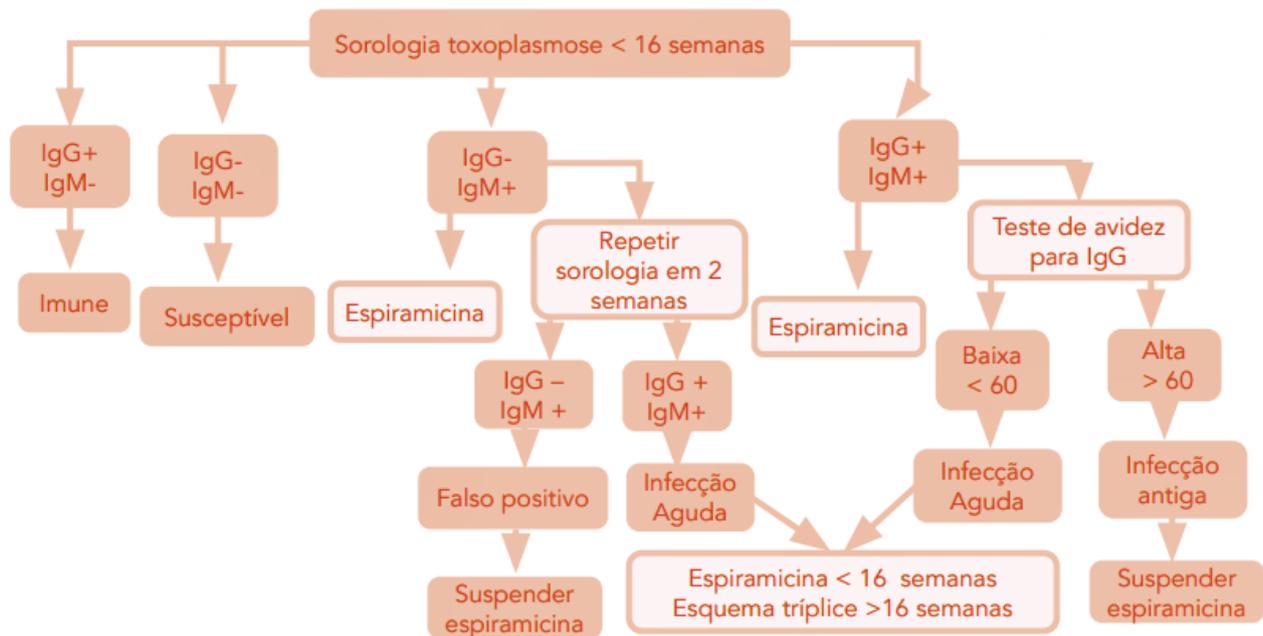
Se a gestante apresentar **IgG positiva e IgM negativa**, ela será considerada imune e não precisará repetir a sorologia durante o pré-natal, a não ser que seja imunocomprometida.

Por outro lado, quando a **gestante apresenta IgM positiva e IgG negativa** pode ser **toxoplasmose aguda** ou um caso de falso positivo. Por isso, deve-se **introduzir espiramicina** e repetir a sorologia em 2 semanas. Se a IgM se mantiver positiva com IgG também positiva, trata-se de um caso de toxoplasmose aguda com soroconversão na gestação. Se o IgG não positivar, trata-se de IgM falso positivo e deve-se suspender a espiramicina.

Se a gestante apresentar **IgM e IgG positivas** no primeiro trimestre, deve-se realizar o **teste de avidéz para IgG**, a fim de determinar se a infecção é recente (baixa avidéz) ou tardia (alta avidéz), uma vez que os títulos de IgM podem permanecer positivos por até 1 ano e o de IgG por vários anos. Sabe-se que a capacidade de ligação e avidéz da imunoglobulina aumenta com a maturação da resposta imunológica, por isso avidéz baixa sugere infecção recente (menos de 4 meses) e avidéz alta sugere infecção há mais de 4 meses.



cap 5: Toxoplasmose na gestação



Quando a gestante apresenta **IgM e IgG positivas após 16 semanas, sem sorologia prévia**, o teste de avidez para IgG não distingue de maneira segura se a infecção foi adquirida antes da gestação ou durante a gestação, isto é, não dá para ter certeza se a infecção é recente ou antiga. Por isso, considera-se infecção indeterminada e deve-se iniciar o esquema tríplice após 16 semanas e fazer investigação fetal, independentemente do teste de avidez.

Entretanto, se a gestante apresenta **IgM e IgG positivas após 16 semanas, com sorologia no primeiro trimestre IgM e IgG negativas**, considera-se **infecção aguda/recente com soroconversão materna**.



TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

O tratamento precoce em até 3 semanas da infecção materna diminui os riscos de infecção fetal. Portanto, a principal conduta frente a um caso de suspeita de infecção aguda é a profilaxia para toxoplasmose congênita, com a administração materna de **espiramicina** na dose de 3g/dia via oral. Isso é aplicado para todas as gestantes que apresentam sorologia IgM + e IgG – ou sorologia IgM + e IgG + **antes de 16 semanas**.

- **Espiramicina** é utilizada para tratamento materno e não ultrapassa a barreira placentária, deve ser iniciada a partir da suspeita de infecção recente até 16 semanas de gestação
- **Sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico** são indicados para tratamento fetal por ultrapassarem a barreira placentária. O esquema tríplice é utilizado a partir de 16 semanas, quando a paciente apresentar infecção recente, e mantido após a confirmação de infecção fetal, a partir de 18 semanas, com a amniocentese.

Lembre-se de não iniciar o esquema tríplice no primeiro trimestre, pelo risco de teratogenicidade dessas medicações.

cap 5: Toxoplasmose na gestação

MEDICAÇÕES PARA TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO		
MEDICAÇÃO	DOSE DIÁRIA	POSOLOGIA
Espiramicina	3 gramas	2 comprimidos (500mg), via oral, 8/8h
Sulfadiazina	4 gramas	2 comprimidos (500mg), via oral, 6/6h
Pirimetamina	50 mg	2 comprimidos (25mg), via oral, 1x ao dia
Acido Fólico	15 mg	1 comprimido (15mg), via oral, 1x ao dia

NOTIFICAÇÃO

Os casos de Toxoplasmose gestacional e congênita são de notificação compulsória segundo portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.

A notificação deve ser focada nos casos suspeitos de toxoplasmose gestacional e nos casos suspeitos de toxoplasmose congênita. Os serviços de saúde também devem estar atentos às gestantes imunocomprometidas que apresentarem toxoplasmose crônica devido à possibilidade de reativação da doença. Enquanto não há ficha de notificação no Sinan específica para a doença, recomenda-se que o caso provável seja notificado como caso suspeito. O registro da notificação deve ser realizado na **“FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ CONCLUSÃO”** e digitada no SinanNet. O fluxo da notificação deve seguir o preconizado na Nota Técnica nº 02/2011 GT-SINAN/CIEVS/DEVEP/SVS/MS, na Nota Informativa nº 8/2015/ CIEVS/DEVIT/SVS/MS e na Nota Informativa nº 26/2016 CGDT/DEVIT/SVS/ MS, que orientam quanto à notificação, prazos para encerramento da notificação (300 dias para a forma Gestacional e de 420 dias para a Congênita) e fluxos de retorno.

Orientações para prevenção

- Higienizar corretamente as mãos após manusear lixo, ter contato com animais, manipular alimentos e antes das refeições. Utilizar luvas ao manipular carnes cruas. Evitar manusear terra ou solo e, caso necessário, utilizar luvas e higienizar as mãos após a atividade. Consumir apenas água filtrada ou fervida. Higienizar frutas, legumes e verduras em água corrente antes do consumo;
 1. lavar os alimentos, um a um, em água potável corrente;
 2. desinfetar por meio da imersão em solução clorada por 10 minutos: diluir 1 colher de sopa de água sanitária em 1 litro de água;
 3. lavar os alimentos novamente, um a um, em água potável corrente;
 4. mantê-los sob refrigeração até a hora do consumo.
- Higienizar tábuas de corte, facas, balcões e pia após o preparo dos alimentos.
- Evitar contaminação cruzada de alimentos crus com alimentos cozidos.
- Não consumir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas e não provar a carne crua durante seu preparo. Evitar ingerir carnes defumadas ou curadas em salmoura (embutidos – salame, copa, linguiça).
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra.
- Controlar vetores e pragas, descartando corretamente o lixo doméstico e os dejetos de animais.
- Evitar o contato com cães que andam soltos – os cães também podem transmitir a doença ao sujar o pelo no solo onde haja fezes de gato. Alimentar gatos com ração, não deixando que façam ingestão de caça ou carne crua. Evitar que a gestante troque a caixa de areia de gatos domésticos. Caso não seja possível, ela deve limpar e trocar a caixa diariamente, utilizando luvas e pá, além de colocá-la ao sol com frequência. Evitar o contato com fezes de gato no lixo ou no solo e, se houver contato, higienizar corretamente as mãos.

Rubéola na Gestação



Definição

A rubéola é uma doença aguda, de alta contagiosidade, que é transmitida pelo vírus do gênero *Rubivirus*, da família *Togaviridae*. No campo das doenças infecto-contagiosas, a importância epidemiológica da Rubéola está representada pela ocorrência da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) que atinge o feto ou o recém-nascido cujas mães se infectaram durante a gestação. A infecção por rubéola na gravidez acarreta inúmeras complicações para a mãe, como aborto e natimorto (feto expulso morto) e para os recém-nascidos, como malformações congênitas (surdez, malformações cardíacas, lesões oculares e outras). Por isso é uma doença de notificação compulsória nacional. Devido à exaustiva vacinação de toda a população, essa doença está erradicada no Brasil desde 2008, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), e não faz mais parte do rastreamento obrigatório durante o pré-natal.

Manifestações clínicas na gestante

A rubéola é **assintomática** em mais de 50% dos adultos infectados. Quando sintomática, os principais sintomas são: eritema maculopapular de distribuição centrífuga, febre baixa, cefaleia, anorexia, conjuntivite leve, coriza, tosse e linfadenomegalia.

A sintomatologia costuma ser leve em adultos infectados pelo vírus da rubéola, assim como nas gestantes. **Quando acomete a gestante até a 12ª semana**, o risco de infecção fetal chega a 90%, reduzindo progressivamente com a evolução da gravidez. O risco de malformações fetais, quando a infecção ocorre no primeiro trimestre, é de aproximadamente 97%.



A transmissão materna ocorre pelo contato interpessoal íntimo e prolongado, por meio de gotículas de secreção da nasofaringe. Já a transmissão vertical acontece por via transplacentária durante a primoinfecção materna, **ocorrendo o acometimento fetal extremamente grave quando a infecção se dá no primeiro trimestre**. Após 20 semanas de gestação, não há relatos de manifestações compatíveis com SRC.



cap 6: Rubéola na gestação

Diagnóstico da rubéola na gestação

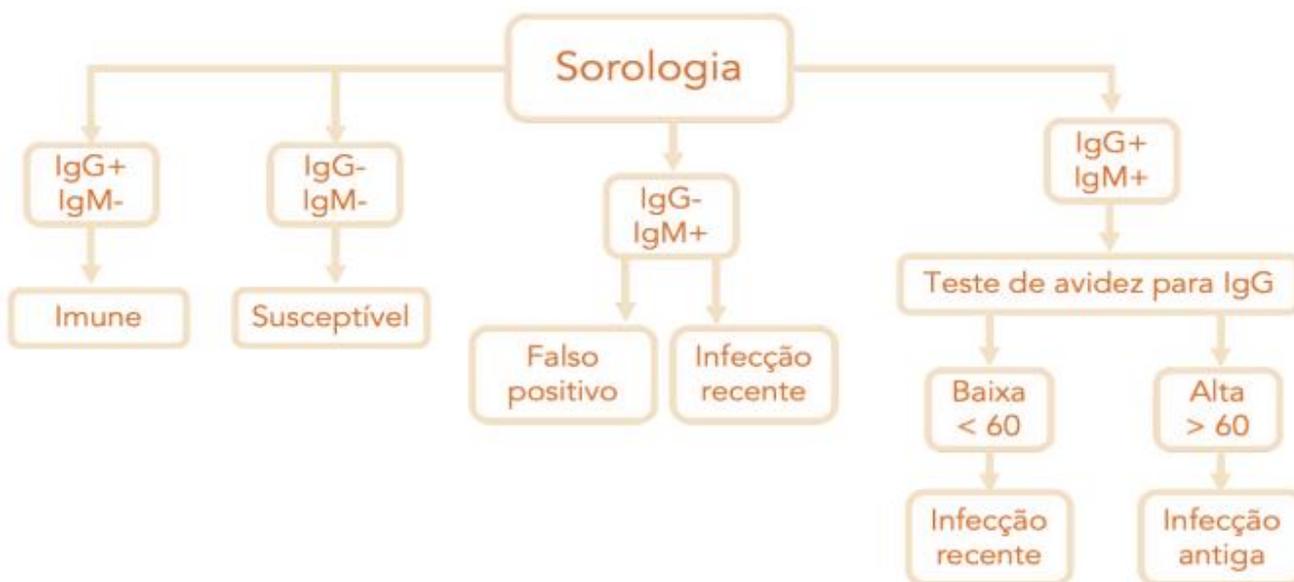
O diagnóstico da rubéola na gestação se dá pela pesquisa positiva de anticorpos específicos das classes imunoglobulina G (IgG) e imunoglobulina M (IgM) no sangue materno. Em caso de positividade para IgM, a infecção recente é diagnosticada pela baixa avidéz de IgG.

Uma vez que a rubéola se encontra erradicada desde 2008 no Brasil, o Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento sorológico na gestação como triagem de rotina. **A sorologia deve ser solicitada em caso de suspeita de rubéola na gestação ou de contato com pessoa suspeita.**



Se as gestantes apresentam sorologia IgG e IgM negativas, elas são susceptíveis e devem receber a vacinação ainda no puerpério. Quando a gestante susceptível entrar em contato com algum indivíduo com rubéola, ela deve receber imunoglobulina hiperimune até seis dias do contato. Vale ressaltar que o uso da Imunoglobulina hiperimune pode atenuar as manifestações clínicas da rubéola, mas não evita a viremia e, tampouco, a transmissão vertical.

Já gestantes com sorologia IgG positiva e IgM negativa apresentam imunidade permanente e devem seguir o pré-natal de rotina. Quando a sorologia é IgG e IgM positivas para rubéola no primeiro trimestre, mas há dúvidas se a infecção é recente (não sintomática), deve-se solicitar o teste de avidéz para IgG para esclarecer o diagnóstico. Se a avidéz for baixa, a infecção é recente (menos de 3 meses se a avidéz 60%).



cap 6: Rubéola na gestação

Tratamento



Não há tratamento efetivo para Rubéola durante a gestação!

Nos dias atuais, ainda não há nenhum tratamento efetivo para o diagnóstico de malformações congênitas decorrentes da rubéola, mas deve-se sempre levar em consideração o período da gravidez em que a gestante obteve a infecção. Se abaixo de 12 semanas, é alta a possibilidade de o feto estar infectado e afetado em seu desenvolvimento, podendo vir a desenvolver SRC, que apresenta um amplo espectro de manifestações, não somente na vida fetal, mas com sequelas que poderão manifestar-se a longo prazo após o nascimento.

O **encaminhamento a um centro terciário especializado para investigação** do comprometimento fetal é recomendado. O conhecimento de que após 16 a 20 semanas de gestação o risco de acometimento fetal reduz, é importante fator de aconselhamento aos pais, podendo-se oferecer, então, seguimentos ultrassonográficos e de vitalidade fetal necessários.

Vacina



No Brasil, a vacina contra rubéola faz parte do calendário vacinal do Sistema Único de Saúde (sarampo/caxumba/rubéola/varicela). Preconiza-se a imunização das crianças com 1 ano de idade e reforço entre 4 e 6 anos, o que reduz drasticamente as taxas de rubéola congênita. A soroconversão é de aproximadamente 95%, após uma dose de vacina, mas a persistência da imunidade apresenta resultados controversos: 75% a 90%.

A **vacinação é recomendada a mulheres susceptíveis em idade fértil e no pós-parto, sendo proibida na gravidez**. Mulheres vacinadas devem aguardar um mês para engravidar. No entanto, caso engravide antes desse período, a gestante deve ser tranquilizada, pois estudos demonstram que não há acometimento fetal nessas situações.

- A vacinação para rubéola protege efetivamente contra a infecção subsequente e é a melhor estratégia para eliminar a SRC.
- A vacinação para rubéola é contraindicada durante a gestação, pois há risco teórico de infecção fetal, devendo-se evitar a gestação por, pelo menos 30 dias, após a vacinação contra esse agente.
- Gestantes que não possuam imunidade contra a rubéola devem ser vacinadas no pós-parto.



Citomegalovírus na gestação



Definição

O citomegalovírus (CMV) é um vírus de cadeia longa de DNA, da família *Herpesviridae*, que tem a capacidade de se tornar latente após a primeira infecção, podendo se reativar de acordo com a imunidade do indivíduo. O CMV é transmitido principalmente pela saliva, urina, leite materno, sêmen e sangue. A infecção na gestante pode ser primária, quando ela adquire a doença pela primeira vez, ou não primária, decorrente da reativação do vírus latente ou mesmo pela infecção por uma cepa diferente do vírus. Alterações hormonais associadas à gravidez e à lactação podem estimular a reativação do CMV. A transmissão fetal ocorre por via placentária e é mais frequente em casos de infecção materna primária. O risco de infecção congênita é menor no início da gestação, no entanto, quando ocorre, costuma ser mais grave. A placenta pode funcionar como barreira para a infecção, por isso nem todas as infecções maternas levarão à infecção fetal.

O quadro clínico da infecção primária é geralmente assintomático. Quando sintomático, assemelha-se à mononucleose leve ou a sintomas gripais, com febre, astenia mialgia e linfadenopatia cervical. Já os casos de reativação da doença são, geralmente, assintomáticos.

A transmissão materna ocorre pelo contato interpessoal com fluidos corporais infectados, como saliva, sangue, urina e secreções genitais.



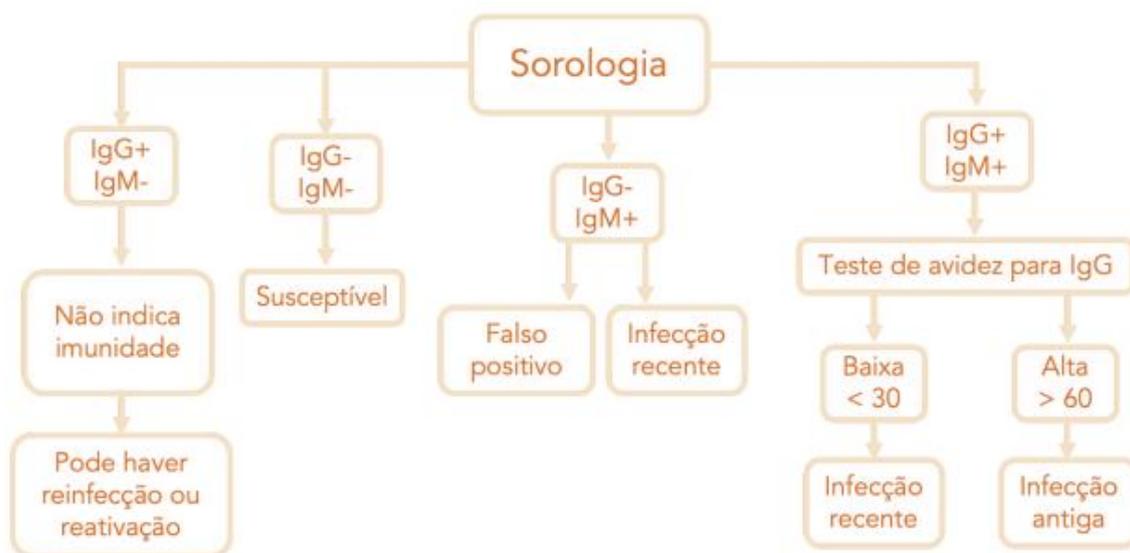
O vírus pode ser transmitido, durante a gestação, para o feto, pela via transplacentária, levando à infecção congênita pelo CMV, uma das principais causas de perda auditiva neurossensorial e visual permanente e de dano neurológico em crianças. Observa-se que a soroconversão materna durante a gestação (infecção primária) apresenta maior taxa de transmissão vertical. No entanto, em razão das taxas de soroprevalência relativamente altas, a maioria dos casos de CMV congênito resulta de infecções maternas não primárias.

cap 7: Citomegalovírus na gestação



Diagnóstico e tratamento de citomegalovírus na gestação

O diagnóstico da infecção materna por CMV é feito pela sorologia com a pesquisa de anticorpos específicos IgG e IgM. Atualmente, **a triagem para CMV em gestantes não é recomendado pelo Ministério da Saúde como triagem de rotina do pré-natal**, pois a imunidade materna preexistente não previne a reativação viral e a reinfecção, nem pode ser usada como controle efetivo para a disseminação ocasional do vírus. Sendo assim, os testes sorológicos para CMV são preconizados na gestação caso haja alguma alteração ultrassonográfica sugestiva de infecção congênita.

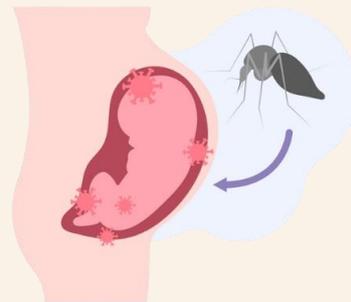


Gestantes com sorologia IgG positiva e IgM negativa não apresentam imunidade permanente, pois pode haver reinfecção ou reativação na gestação. Se sorologia é IgM positiva e IgG negativa, deve-se repetir sorologia em 1-2 semanas. Caso haja soroconversão, com positividade de IgG, trata-se de infecção recente. Quando a sorologia é IgG e IgM positiva e não há sorologia prévia negativa para comprovar a soroconversão, deve-se solicitar o teste de avidez para IgG, a fim de avaliar se a infecção é recente (menos de 4 meses se a avidez for baixa <30%) ou antiga (mais de 6 meses se a avidez for alta >60%).

O Ministério da Saúde indica o tratamento com ganciclovir no RN com infecção confirmada, sintomáticos e com evidências de envolvimento do Sistema Nervoso Central, alteração auditiva e/ou coriorretinite. Em contrapartida, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) indica o tratamento para doença moderada a grave (multissistêmica e/ou alterações neurológicas) e refere que não há benefícios nos assintomáticos, nem na doença leve (uma a duas manifestações isoladas e transitórias) nem na perda auditiva isolada.

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE:** Ganciclovir 8 a 12mg/kg/dia, de 12 em 12 horas, endovenoso, por 6 semanas.
- **SBP:** Valganciclovir 15mg/kg dose, de 12 em 12 horas, via oral, por 6 meses. OU Ganciclovir 10mg/kg/dia, endovenoso, por 14 a 21 dias, seguido pelo Valganciclovir até completar 6 meses.

ZiKa Vírus na gestação



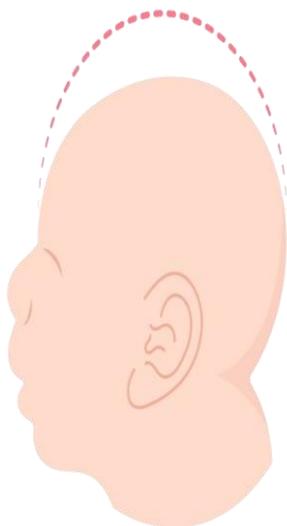
Definição

O Zika vírus começou a circular no Brasil em 2015 e, até então, causava uma doença não agressiva, entretanto pesquisadores brasileiros observaram um aumento na incidência de microcefalia em fetos de gestantes com infecção pelo Zika vírus e, a partir de então, ficou confirmando que ele é capaz de ultrapassar a barreira placentária, causando infecção congênita com grave acometimento fetal.

O vírus Zika é um arbovírus, RNA, pertencente à família dos Flavivírus e apresenta comportamento benigno, baixa virulência e baixa letalidade. Sabe-se que a principal via de transmissão do vírus Zika é por meio da picada do mosquito, o *Aedes aegypti*, o mesmo vetor da dengue, chikungunya e febre amarela. Além disso, foi verificada transmissão por via sexual e o vírus já foi identificado no sangue, sêmen, urina, saliva e leite materno.

Em 2015, confirmou-se a transmissão vertical do Zika vírus por via transplacentária. Desde então, a suspeita ou confirmação de infecção pelo Zika vírus na gestação e a síndrome congênita pelo Zika vírus (SCZ) **são de notificação compulsória no Brasil**. Ainda não há relatos de transmissão durante o parto e o aleitamento materno.

Quadro clínico: pode cursar com febre baixa (ou, eventualmente, sem febre), exantema maculopapular, artralgia, mialgia, cefaleia, hiperemia conjuntival e, menos frequentemente, edema, odinofagia, tosse seca e alterações gastrointestinais, principalmente vômitos. O **tratamento recomendado para os casos sintomáticos de infecção pelo vírus Zika é baseado no uso de paracetamol para o controle da febre e da dor.**



A **síndrome da infecção congênita pelo Zika vírus (SCZ)** pode manifestar-se com microcefalia, microftalmia, pé torto congênito, artrogripose, hidropisia, restrição de crescimento fetal, abortamento e óbito fetal. Observa-se que os principais achados ultrassonográficos durante a gestação são: microcefalia, calcificações periventriculares, ventriculomegalia, microftalmia, pé torto congênito e restrição de crescimento fetal. Sabe-se que o vírus Zika tem alta afinidade pelo tecido nervoso e a microcefalia ocorre principalmente quando a infecção se apresenta no primeiro trimestre. Ademais, o prognóstico fetal pode ser feito conforme o grau de microcefalia, pois quanto mais grave a microcefalia, maior o comprometimento neuropsicomotor.

cap 8: Zika vírus na gestação

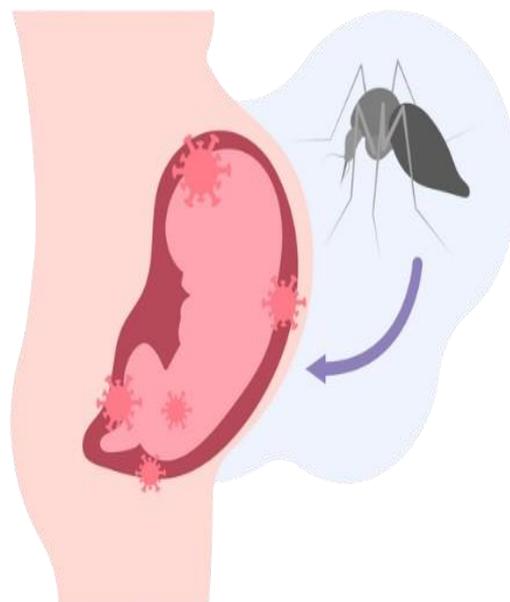


Durante a gestação, não há indicação de exame para triagem universal da infecção pelo Zika vírus. Entretanto, diante da presença de doença exantemática na gestação deve-se solicitar teste rápido para dengue, chikungunya e PCR para Zika vírus até 5-7 dias dos sintomas. Além do mais, deve-se fazer o diagnóstico diferencial com outras doenças exantemáticas. Sabe-se que a sorologia para Zika vírus apresenta baixa especificidade, uma vez que os anticorpos IgM apresentam reatividade cruzada com outras doenças, como dengue.

Estabelecido o diagnóstico de infecção pelo Zika vírus, deve-se fazer o estudo da morfologia e da vitalidade fetal, além de exames ultrassonográficos seriados mensais, a fim de identificar o comprometimento fetal pelo Zika vírus.

Por outro lado, a gestante pode não apresentar sintomatologia e a suspeição de infecção congênita pelo Zika vírus ocorrer pelo diagnóstico de microcefalia na ultrassonografia de rotina. Nesses casos, recomenda-se realizar sorologia IgG e IgM para Zika vírus, dengue e chikungunya e afastar outras causas de microcefalia (sorologia para sífilis, toxoplasmose, rubéola, CMV e varicela zoster), além de uma avaliação com geneticista.

Diante do **diagnóstico de síndrome congênita pelo Zika vírus, a gestante deve ser encaminhada para centro terciário.** Não há tratamento para a síndrome congênita pelo Zika vírus, assim o parto e o puerpério mantêm rotina normal e a **amamentação não é contraindicada nesses casos.**



O acompanhamento às mulheres com gestações de risco habitual, que tiveram infecção suspeita ou comprovada por zika vírus, **deverá continuar sendo realizado pela unidade de atenção primária.** É importante que, durante o acompanhamento do pré-natal dessas gestantes, mantenha-se a atenção a outros agravos que podem acometer a saúde das gestantes e dos bebês e ao adequado tratamento deles, além da garantia de realização dos demais exames de rotina do pré-natal.

A equipe de saúde deve estar sensibilizada a acolher a gestante com caso suspeito e suas angústias, dúvidas e medos, por meio de uma escuta qualificada. Quando necessário, as equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de Saúde Mental, por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) ou de outros profissionais de Saúde Mental do município (BRASIL, 2016).

Dengue

na gestação

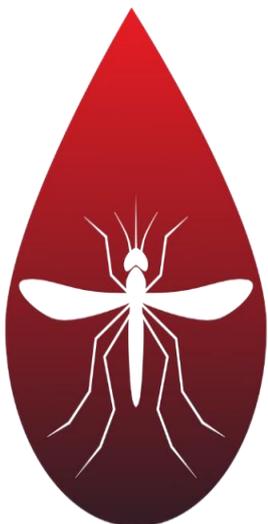


Definição

É uma infecção causada por um flavivírus transmitido pela picada da fêmea *Aedes Aegypti*, que apresenta quatro sorotipos diferentes, DENV1, DENV2, DENV3, DENV4. A imunidade é permanente para um mesmo sorotipo. Gestantes, pessoas maiores de 65 anos e pessoas com comorbidades e são considerados parte do grupo de risco. A fisiopatologia da dengue em gestante é igual em gestante e não gestantes, no entanto, por ter transmissão vertical, há o risco de abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro, quando adquirida no último trimestre (BRASIL, 2016).

Gestantes e puérperas até 14 dias pós-parto são particularmente suscetíveis a desenvolver formas graves da dengue, que podem levar a complicações como choque, hemorragias e, em casos extremos, morte. Os riscos perinatais incluem prematuridade, restrição de crescimento intrauterino e morte fetal. A transmissão vertical do vírus da dengue é rara e ocorre quando a infecção materna se dá próxima do parto, com risco de infecção para o neonato. As complicações para o feto, como prematuridade, restrição de crescimento e óbito fetal ocorrem em decorrência do aumento das citocinas pró-inflamatórias na gestante e não pela transmissão vertical.

A maioria das gestantes com dengue irá apresentar sintomas leves da doença, sendo que somente 5% delas evoluem para quadros graves, com hemorragias, choque e falência de múltiplos órgãos. São reconhecidas três fases clínicas da dengue: febril, crítica e de recuperação. As principais manifestações clínicas da fase febril são: febre, cefaleia, exantema maculopapular, mal-estar, astenia, mialgia, artralgia (normalmente de baixa intensidade), dor retro orbitária, anorexia, náuseas, vômitos e diarreia.



Diante da suspeita de dengue, deve-se realizar a prova do laço e o hemograma para todas as gestantes. O hemograma pode apresentar leucopenia, plaquetopenia e aumento dos hematócritos e serve para auxiliar no diagnóstico e para avaliar o grau de comprometimento da doença. Além disso, deve-se solicitar o diagnóstico laboratorial etiológico. Nas fases iniciais utiliza-se o teste rápido (NS1) ou o RT-PCR. Após o sexto dia de sintomas, pode-se solicitar a sorologia IgG e IgM para dengue. O aleitamento materno é permitido e não há transmissão vertical por essa via. **Por ser uma doença de notificação compulsória, todo caso suspeito e/ou confirmado, deve ser comunicado ao Serviço de Vigilância Epidemiológica. O tratamento é sintomático.**

Chikungunya na gestação



Definição

A Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus CHIKV, que provoca doença febril cuja característica clínica mais importante e debilitante é a artralgia. A transmissão vertical do CHIKV é rara antes de 22 semanas de gestação, e estudos, também com modelos animais, demonstram uma não permissividade à passagem do vírus pela barreira placentária durante exposição antes do parto. Entretanto, se o feto for acometido nesse período os relatos são de perdas fetais. Após 22 semanas, a infecção ocorre mais em mães que estão com viremia durante o parto. Ainda não se conhece a patogenia da transmissão placentária. Infecções ocorridas no 1º trimestre tem impacto no abortamento espontâneo, ou morte fetal (ainda que raramente). Infecções no segundo trimestre de gestação estão ligadas ao risco de prematuridade (3-9% maior), já para as infecções ocorridas no terceiro trimestre as maiores implicações estão relacionadas clinicamente ao bebê. O período de maior risco ligado a infecção fetal se dá periparto (“ao redor do parto”) diretamente envolvido com as repercussões neonatais precoce. Ou seja, para os casos de sintomas maternos que ocorram entre 7 dias antes do parto até 2 dias após o parto (de viremia materna) há um grande risco para o recém-nascido.

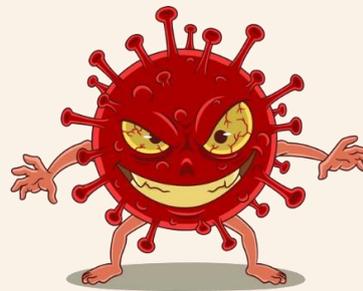
Quadro clínico: Na fase aguda os sintomas aparecem de forma brusca e compreendem febre alta (acima de 38°C), artralgia intensa (predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações), cefaleia e mialgia. Também é frequente a ocorrência de exantema maculopapular, em geral de 2 a 5 dias após o início da febre em aproximadamente 50% dos doentes. Em gestantes os sinais mais importantes são edema e dores nas articulações, de forma mais intensa.



Não existem medicamentos específicos para o manejo da Chikungunya, sendo o tratamento sintomático o recomendado. Deve-se notificar. A gestante que se enquadra no caso suspeito de Chikungunya deve ter o diagnóstico laboratorial desta arbovirose realizado pela técnica de RT-PCR até o 5º dia do início dos sintomas ou pela sorologia IgM após o 6º dia. A coleta deve ocorrer onde a gestante estiver fazendo pré-natal. Para a gestante que entrar em trabalho de parto, ou necessitar de interrupção da gestação até 15 dias após o início dos sintomas, é recomendado o encaminhamento à maternidade de alto risco com UTI neonatal para garantir a adequada assistência ao RN.

Covid-19

na gestação



Definição

O coronavírus, que causa a COVID-19, é um betacoronavírus do mesmo subgênero do vírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS). A transmissão pessoa a pessoa, especialmente por gotículas respiratórias contaminadas eliminadas pela fala, tosse, espirro ou por meio do contato de uma superfície contaminada com olhos, nariz e boca são as mais conhecidas. Apesar de, curiosamente, os estudos nos casos de Covid-19 ainda não demonstrarem maior susceptibilidade à infecção em gestantes, ou que ocorra mais evolução para formas graves, há uma recomendação, pelos mecanismos fisiopatológicos e histórico em outras epidemias virais, de que gestantes e puérperas sejam consideradas grupo de risco, sendo incluídas nesta classificação em Nota Técnica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Até o momento, não há evidências que comprovem transmissão vertical do SARS-CoV-2 (isto é, da mãe para o bebê). Uma revisão de casos mostrou que quando a infecção se manifestou no terceiro trimestre de gestação, as amostras de líquido amniótico, sangue do cordão umbilical, corrimento vaginal e leite materno foram negativas. Contudo, suspeita-se de transmissão perinatal, baseada em um caso. Informações sobre o efeito do COVID-19 no curso e no resultado da gravidez no primeiro e segundo trimestres ainda não estão disponíveis.

Quadro clínico

O quadro clínico da gestante, até o momento, tem se mostrado semelhante ao da não gestante. O período de incubação é de 2-14 dias. E o período de transmissibilidade é de aproximadamente 7 dias após o início dos sintomas. A sintomatologia inclui: febre baixa (próxima de 38°C), tosse, dispneia, anosmia, ageusia, dor de garganta, mialgia, calafrios, cefaleia, rinorreia, náuseas, vômitos, diarreia, fadiga, confusão mental e dor no peito. Pode ser assintomática.

Para facilitar o manejo do paciente infectado, podemos classificar a infecção de acordo com a severidade da doença em: assintomáticos: pacientes com teste positivo e sem sintomas; doença leve: pacientes com qualquer sinal e sintoma acima descrito, sem sintomas respiratórios como dispneia e exame de imagem do tórax normal. Doença moderada: evidência de comprometimento pulmonar por avaliação clínica ou de imagem e saturação de oxigênio acima de 93% em ar ambiente ao nível do mar. Doença grave: frequência respiratória acima de 30 incursões respiratórias por minuto, saturação de oxigênio menor que 93% em ar ambiente ao nível do mar e infiltrados pulmonares no exame de imagem acima de 50%. Doença crítica: insuficiência respiratória, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos.

cap 11: Covid-19 na gestação



Diagnóstico/exames complementares

O diagnóstico pode ser aventado na vigência dos sintomas acima referidos e se houver tido contato com caso confirmado ou suspeito de COVID-19 nos últimos 14 dias. O diagnóstico laboratorial pode ser realizado por RT PCR (padrão-ouro), que deve ser coletado de amostras da nasofaringe, do terceiro ao sétimo dia a partir do início dos sintomas. A partir do quinto ao oitavo dia, podemos utilizar os testes rápidos (qualitativos), que são mais baratos e podem ser usados como screening populacional e detectam a presença de IgG e IgM. Os níveis mais altos de IgM ocorrem durante a segunda e a terceira semanas de doença, enquanto a resposta de IgG se inicia aproximadamente 14 dias após o início dos sintomas. Os exames de imagem ajudam, mas não substituem o diagnóstico molecular. A tomografia de tórax tem um achado muito característico com lesões em vidro fosco que podem ou não estar presentes acometendo porcentagem variável do parênquima pulmonar. A radiação ionizante utilizada na tomografia não está associada a um risco de anomalias fetais ou perda de gestação.

INTERPRETAÇÃO EXAMES DE COVID - 19

PCR +	IgM -	IgG -	JANELA IMUNOLÓGICA
PCR +	IgM +	IgG -	FASE INICIAL DA INFECÇÃO
PCR +	IgM +	IgG +	FASE ATIVA
PCR +	IgM -	IgG +	FASE TARDIA
PCR -	IgM +	IgG -	FASE INICIAL/ PCR FALSO NEGATIVO
PCR -	IgM -	IgG +	INFECÇÃO PASSADA
PCR -	IgM +	IgG +	RECUPERAÇÃO / PCR FALSO NEGATIVO

As gestantes com suspeita ou confirmação de COVID-19 devem ser tratadas com terapias de suporte, levando em consideração as adaptações fisiológicas da gravidez. O uso de agentes terapêuticos em investigação fora de um protocolo de pesquisa deve ser guiado por uma análise de risco - benefício individual baseada no benefício potencial para a mãe e a segurança do feto, com consulta de um especialista em obstetrícia.

O Ministério da Saúde, considerando os benefícios da amamentação para a saúde da criança e da mulher, a ausência de evidências científicas sobre a transmissão do coronavírus por meio da amamentação e que não há recomendação para a suspensão do aleitamento materno na transmissão de outros vírus respiratórios, recomenda que a amamentação seja mantida em caso de infecção pela SARS-CoV-2, desde que a mãe deseje amamentar e esteja em condições clínicas adequadas para fazê-lo.

Parvovírus B19

na gestação



Definição

Doença viral causada pelo parvovírus B19. Único membro da família capaz de infectar humanos. É transmitida através de gotículas respiratórias, transfusão sanguínea ou via transplacentária em qualquer trimestre. O principal receptor do parvovírus é encontrado em precursores eritroides, mas também pode ser identificado no miocárdio e na placenta. No feto o vírus infecta o fígado, que é o principal local de eritrócitos, e a medula óssea, afetando a eritropoiese, levando o feto à anemia profunda. A infecção aguda durante a gestação pode levar à transmissão transplacentária para o feto, mas, na maioria das vezes, não há manifestações fetais. Porém, em alguns casos, ocorre citotoxicidade na eritropoiese fetal, resultando em anemia fetal, hidropisia fetal não imune, perda gestacional precoce e óbito fetal. Apesar disso, esse quadro pode resolver-se espontaneamente, ainda intraútero, quando as manifestações não forem severas.

As gestantes podem ser assintomáticas ou apresentar eritema e artralgia. No primeiro trimestre de gestação, pode levar ao aborto espontâneo. A suspeita de parvovírus B19 na gestação também ocorre pela presença de hidropisia fetal não imune, caracterizada pelo excesso de água no corpo do conceito, em pelo menos duas cavidades serosas (ascite, derrame pleural e pericárdico) ou no tecido subcutâneo. A hidropisia fetal pode ocorrer na parvovirose gestacional por anemia fetal grave e é um diagnóstico diferencial importante das hidropisias. A presença de hidropisia leve a moderada pode resolver-se espontaneamente, já a hidropisia severa pode levar à insuficiência cardíaca e óbito fetal, nesses casos, a transfusão fetal está indicada.

Diagnóstico/exames complementares

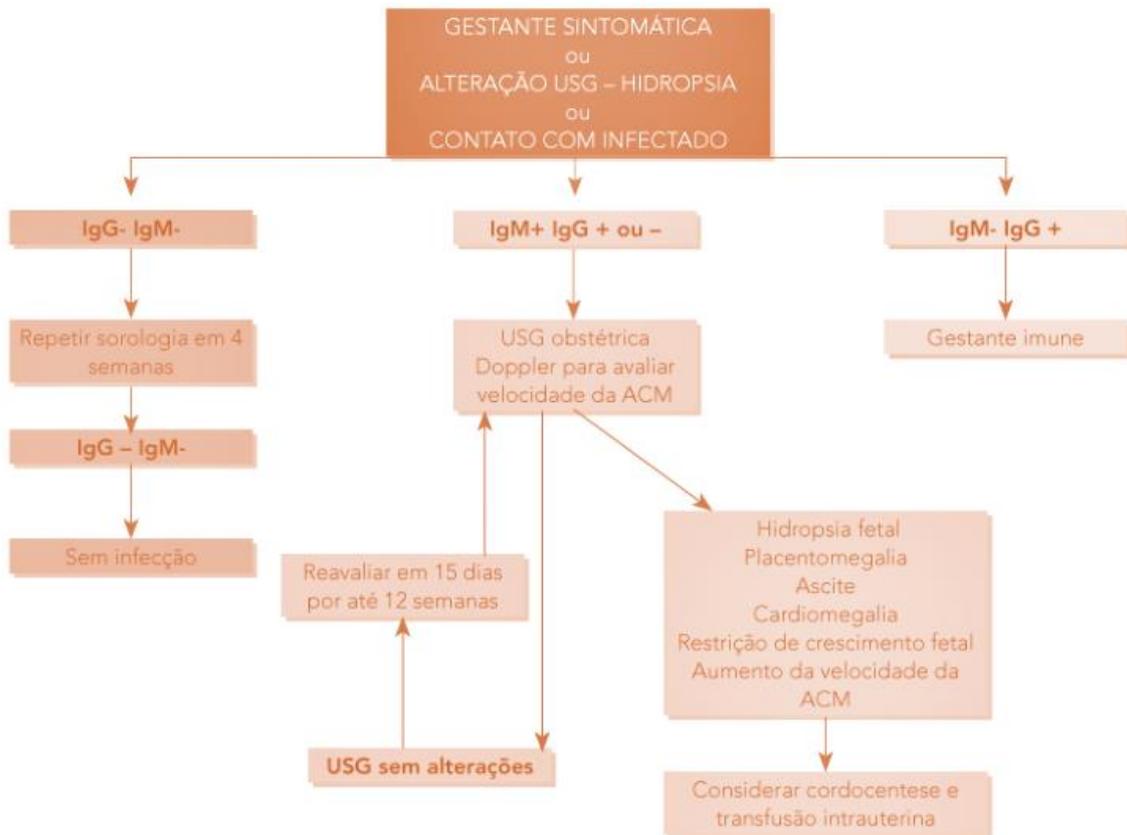


O diagnóstico é dado pela sorologia IgG e IgM específicos para parvovírus B19 e deve ser pensado quando há relato de exposição materna, quadro clínico sugestivo ou quando a ultrassonografia evidencia hidropisia fetal. Gestantes com IgM positivo, independentemente do IgG, devem ter seus fetos rigorosamente monitorados por ultrassonografia e Doppler da artéria cerebral média.

Diagnóstico diferencial: citomegalovírus, sífilis e toxoplasmose. No entanto, essas infecções não cursam com hidropisia fetal. Quando a gestante é IgM e IgG negativos, ela é susceptível e deve ser aconselhada a não ter contato com pessoas com sintomas sugestivos de parvovirose.

Se IgM negativo e IgG positivo, a gestante é imune e não há risco de infecção fetal. Por outro lado, IgM positiva indica infecção aguda na gestação e a gestante deve ser encaminhada para avaliação ultrassonográfica fetal, com dopplervelocimetria seriada semanal a partir do segundo trimestre. O pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média (PVSACM), avaliado pela dopplervelocimetria, é o método que identifica indiretamente anemia fetal.

cap 12: Parvovirus B19 na gestação

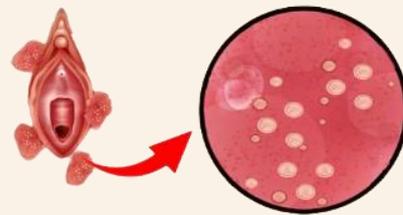


Fonte: Liao, 2020.

Tratamento

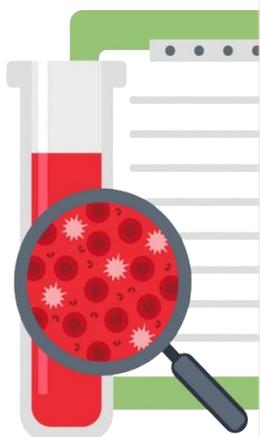
Monitoração fetal seriada por USG buscando evidências de ascite, cardiomegalia, hidropsia e Doppler da artéria cerebral média (ACM). O aumento da velocidade do pico sistólico da artéria cerebral média acima de 1,5 múltiplo da mediana (MoM) para a idade gestacional denota anemia fetal. A transfusão fetal deve ser indicada quando houver anemia fetal, ou seja, quando houver aumento da velocidade da artéria cerebral média ou nos casos de ascite e hidropsia fetal. A transfusão fetal faz com que a hemoglobina fetal retorne ao nível normal, levando à regressão da insuficiência cardíaca e hidropisia. Se o sangue transfundido for de um doador soropositivo para IgG, pode ocasionar certo grau de imunidade fetal. Quando a ultrassonografia não demonstrar alterações, o prognóstico é bom. Pode ser considerado o uso de corticoide para a maturação pulmonar nos casos em que se pensa em acelerar o parto. Os adultos e crianças podem ser tratados com sintomáticos e imunoglobulina.

Herpes Simples na gestação



Definição

O vírus herpes simplex (HSV) é um DNA vírus da família Herperviridae. O HSV1 geralmente está presente em lesões orolabiais, enquanto o HSV2 é encontrado em lesões genitais. O HSV pode ser classificado em: primário, não primário ou recorrente. A infecção primária ocorre quando nunca houve contato tanto com HSV1 quanto pelo HSV2. Tem um período de incubação médio de 6 dias. Na infecção classificada como primeiro episódio não primário, houve contato com um dos sorotipos de HSV e há infecção por outro sorotipo, ou seja, paciente previamente infectada pelo HSV1 apresenta primeiro episódio de infecção pelo HSV2 ou vice-versa. Infecção recorrente é aquela em que a paciente já apresenta anticorpos para ambos os HSV e apresenta nova infecção. Os casos de infecção primária, ou não primária, especialmente próximo ao parto, são os mais preocupantes, pois se trata de um fator de risco importante para a transmissão neonatal. A transmissão vertical ocorre na hora do parto por contato do feto com o vírus presente nas lesões maternas em 85% das pacientes infectadas. A transmissão intrauterina, transplacentária ou transamniótica do HSV parece ocorrer em 5% dos casos e pode resultar em aborto espontâneo, anomalias congênicas, parto prematuro e restrição de crescimento.



O quadro clínico pode variar se a infecção for primária, primeiro episódio não primário ou recorrente. A infecção genital primária pode ser assintomática, cursar com sintomas leves ou apresentar úlceras genitais dolorosas, prurido, disúria, febre, linfadenopatia inguinal e cefaleia. Eventualmente a paciente pode ter hepatite, pneumonia ou encefalite. O primeiro episódio não primário tende a ser mais leve e requer isolamento de sorologia e vírus. Lesões recorrentes tendem a durar e disseminar menos, podem apresentar pródromos como prurido, queimação ou dor, antes que sejam identificadas. A infecção congênita é representada pela tríade: vesículas na pele, ulcerações ou cicatrizes, lesões oculares e manifestações graves do SNC, incluindo micro ou hidranencefalia.

No neonato, a doença é sempre sintomática e pode manifestar-se como:

- Localizada, através de vesículas cutâneas ou periorbitais, hiperemia conjuntival, ceratite, coriorretinite e úlceras em orofaringe.
- Neurológica, com acometimento do sistema nervoso central, apresentando convulsões, letargia, tremores e instabilidade térmica.
- Disseminada, com acometimento de múltiplos órgãos, entre eles pele, neurológico, hepático, pulmonar, adrenal. A mortalidade nesses casos pode ultrapassar 80%.

cap 13: Herpes simples na gestação

Diagnóstico/exames complementares

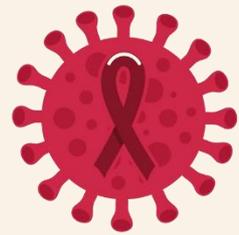
O diagnóstico é clínico, mas deve ser confirmado por testes laboratoriais, como PCR, cultura viral, teste direto de anticorpos fluorescentes, sorologia. Pacientes sem história pregressa de HSV com úlcera genital na gestação devem realizar teste viral direto na lesão e sorologia específica. O material é coletado com um swab de algodão; no caso de vesículas íntegras, deve-se aspirar o líquido das vesículas com agulha fina. O PCR do líquido vesicular pode ser realizado e é considerado padrão-ouro. A sorologia específica é necessária para possibilitar a classificação da infecção como primária, não primária ou recorrente. Se os testes forem negativos e houver alta suspeição de HSV baseado na clínica, recomenda-se repetir a sorologia 3-4 semanas depois. A soroconversão após a repetição confirma o diagnóstico; no entanto, se os exames permanecerem negativos, o diagnóstico de herpes pode ser descartado. O raspado do fundo da vesícula com uma lâmina e posterior coloração (método de Tzank) permite a identificação de inclusões virais, multinucleação e balonização celular. A imunofluorescência direta, o imunoenensaio enzimático, testes de Papanicolaou e Tzank não são considerados bons rastreadores para HSV.

Anticorpos CMV	Avidez IgG	Interpretação	Orientação
IgM – IgG-	Não indicado	Paciente não infectada	Medidas comportamentais para evitar contaminação*
		Sorologia realizada muito precocemente	Reavaliar em 15 dias caso haja forte suspeita
IgM + IgG -	Não indicado	Primoinfecção recente falso-positivo (90%)	Realizar sorologia em 2 semanas
IgM + IgG+	Baixa	Infecção recente	Informar sobre alto risco de infecção congênita
		Se houve soroconversão de uma paciente IgM+ e IgG -, confirma infecção recente	
IgM + IgG+	Alta	Infecção antiga ou infecção recorrente	Se infecção antiga, informar sobre baixos riscos de infecção congênita
		Se houver aumento de IgG em 2 vezes pelo menos, sugere reativação ou reinfeção	Se reinfeção ou reativação, informar sobre alto risco de infecção congênita
IgM - IgG+	Alta	Infecção passada	Baixos riscos de infecção congênita
IgM- e IgG+	Baixa	Não se tem interpretação conhecida na literatura. Os estudos existentes são com IgM+	Reavaliar em 15 dias

Fonte: Liao, 2020.

O tratamento no recém-nascido é feito com aciclovir na dose de 60mg/kg/dia, endovenoso, a cada 8 horas, por 14 a 21 dias. A prevenção da herpes congênita deve ser realizada em todas as gestantes que já foram infectadas. Para isso, deve-se utilizar aciclovir por volta da 36ª semana de gestação mesmo na ausência de sintomas, em gestantes com herpes genital prévia, para prevenir a recorrência no termo e evitar o parto cesáreo. Caso a gestante apresente o primeiro episódio de herpes genital no momento do parto ou até 6 semanas antes, é indicado realizar o parto cesáreo, apesar de não haver nenhum estudo randomizado que mostre a efetividade da cesárea em prevenir transmissão de herpes neonatal. Frente à infecção herpética genital recorrente no momento do parto, também está indicado o parto cesáreo. **Além disso, orienta-se suspender o aleitamento se houver comprometimento das mamas da puérpera.** Orientar também que pessoas com lesões ativas não devem tocar no bebê. O RN infectado deve ser mantido em isolamento de contato.

HIV na Gestação



Definição

A importância do estudo do HIV na gestação reside no esforço em reduzir as taxas de transmissão vertical da doença. A incidência de síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) em crianças vem decrescendo, e uma série de estudos da literatura médica mundial mostra uma redução significativa das taxas de transmissão vertical. No entanto, 92% das crianças infectadas adquiriram a infecção durante o período periparto. A gestante deve ser orientada sobre a importância da testagem no pré-natal e os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical. A testagem para HIV, por meio do teste rápido, deve ser realizada no **primeiro trimestre e no início do terceiro trimestre de gestação**, podendo ainda ser feita em qualquer outro momento em que haja exposição de risco ou violência sexual. Está recomendada a realização de testagem rápida também na admissão da mulher na maternidade, hospital ou casa de parto, devendo ser ofertada, nessa ocasião, a testagem combinada para HIV, sífilis e hepatite B (caso a gestante não tenha esquema vacinal completo). **As gestantes diagnosticadas com HIV, a partir de qualquer metodologia de testagem, devem ser encaminhadas para o pré-natal de alto risco de acordo a situação clínica, devendo manter o vínculo com a Atenção Primária.** No seguimento especializado, a gestante portadora do HIV deverá ser orientada a respeito da infecção e do impacto positivo do uso da terapia antirretroviral (Tarv) durante o pré-natal como principal intervenção para redução do risco da Transmissão vertical.



A abordagem laboratorial do HIV tem por objetivo avaliar a condição geral de saúde da gestante e identificar o status da infecção HIV, sua situação imunológica e virológica inicial, dosando a carga viral (CV) e CD4. O principal fator determinante da transmissão vertical é a CV. A taxa de TV do HIV é inferior a 1% em gestantes em uso de Tarv que mantêm níveis de CV abaixo de 1.000 cópias/mL, sendo ainda menor quando a CV estiver indetectável. Além disso, a CV é utilizada para monitoramento da gestante infectada pelo HIV, auxiliando na avaliação da resposta à Tarv. Para as gestantes que diagnosticam HIV na gestação ou para aquelas que já sabem ser portadoras do vírus e estão com CV detectável, devem ser solicitados, na primeira consulta: carga viral, genotipagem e CD4. Indica-se a genotipagem pré-tratamento para toda gestante que vai iniciar Tarv. No entanto, não é necessário aguardar o resultado dos exames e não se deve postergar a prescrição da Tarv, principalmente em gestantes que iniciam o pré-natal tardiamente. A preocupação em genotipar o HIV vem da ocorrência de transmissão de cepas resistentes a uma ou mais classes de antirretrovirais.

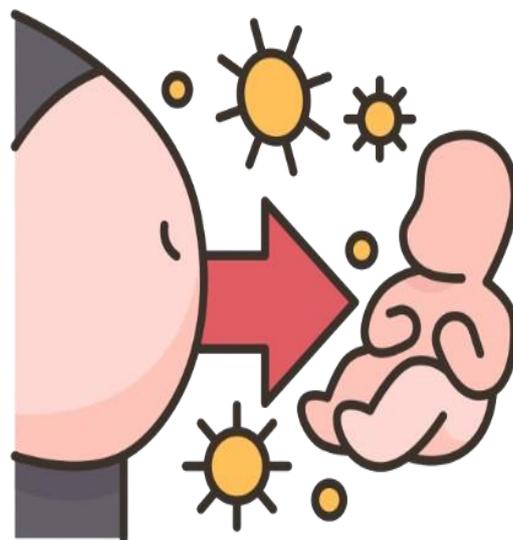
cap 14: HIV na gestação

Para as gestantes soropositivas e com CV indetectável, deve-se solicitar apenas CV e CD4. É preciso repetir CV a cada 4 semanas até negatificação e, depois disso, próximo ao parto, ao redor de 34 semanas de gestação (a última CV deve ser idealmente realizada até quatro a cinco semanas antes do parto). Além disso, deve-se solicitar CV se houver dúvidas em relação à resistência viral ou a respeito da adesão da paciente à Tarv. O principal objetivo do tratamento é que a carga viral se torne indetectável o mais rápido possível, sendo, inclusive, o marcador utilizado a partir da 34ª semana de gestação, quando deve ser novamente solicitada, para determinação da via de parto com o intuito de reduzir o risco de transmissão vertical.

A decisão da via de parto em gestantes infectadas pelo HIV depende da carga viral a partir da 34ª semana de gestação. A seguir, o fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde em seu "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde de 2022":

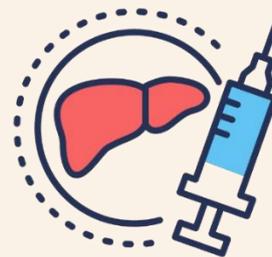


Gestantes com carga viral indetectável após a 34ª semana de gestação, é recomendado manter a TARV via oral de uso habitual, não sendo necessário prescrever AZT injetável no parto. A infecção materna pelo HIV é contraindicação absoluta da amamentação, independentemente do controle clínico da gestante, de sua carga viral ou do uso regular da TARV. Tal orientação pode ser fornecida já durante o pré-natal, esclarecendo os riscos associados, assim como as dúvidas da gestante. O esquema de tratamento inicial mais recomendado para gestantes segundo o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais" do Ministério da Saúde, de 2022, é: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG).



Hepatites Virais

na gestação



Hepatite A

A profilaxia da doença se dá por medidas sanitárias e, principalmente, pela vacinação. **A vacina para hepatite A não faz parte de calendário oficial da gestante, mas não é contraindicada na gravidez.** Gestantes expostas e não previamente vacinadas devem receber 1 dose da vacina o mais rápido possível, preferencialmente dentro de 14 dias após o contato.

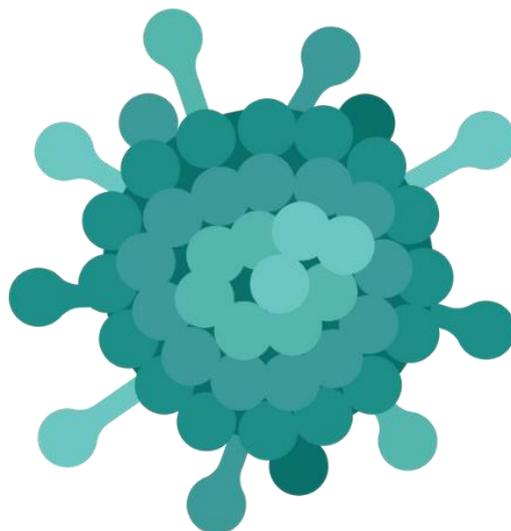
Hepatite B

A transmissão pode ocorrer por via vertical, sobretudo durante o parto, pela exposição do recém-nascido ao sangue materno contaminado ou ao líquido amniótico e, também, mais raramente, por transmissão transplacentária. O teste rápido para o diagnóstico da Hepatite B deve ser oferecido para **todas as mulheres grávidas na 1ª consulta e no 3º trimestre.** O teste rápido positivo assim como HBsAg positivo significam a presença do vírus.

Preferencialmente, a indicação e o seguimento do tratamento para hepatite B em gestantes devem ser realizados com orientações de especialistas nessa área. **Todas as gestantes identificadas com HBsAg reagente devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco e/ou serviço de referência.** No entanto, a solicitação de exames complementares e indicação de terapia profilática não deve aguardar a consulta com o especialista.

Deve-se solicitar para essas gestantes HBeAg, ALT e carga viral (CV- HBV), para avaliar a necessidade de profilaxia ou tratamento com tenofovir. Se HBeAg negativo e CV-HBV < 200.000 UI/mL, deve-se repetir esses exames no início do terceiro trimestre. O tratamento com tenofovir está indicado nas seguintes situações: Gestante com idade acima de 30 anos E com HBeAg reagente; Gestante com CV-HBV >2.000 UI/mL e ALT 1,5x o limite superior da normalidade (LSN)*, mantida por 3 a 6 meses.

No caso de gestantes com infecção crônica pelo HBV e que já estejam em terapia antiviral, deve-se levar em consideração a gravidade da doença materna e o potencial risco/benefício para o feto. Interferon e entecavir estão contraindicados na gestação e devem ser substituídos por tenofovir.



cap 15: Hepatites Virais na gestação

A profilaxia com tenofovir está indicada quando a gestante apresenta HBeAg reagente ou carga viral ≥ 200.000 cópias. Quando o HBeAg é reagente, não há necessidade de realizar carga viral, pois já indica níveis elevados de CV-HBV. A terapia profilática com tenofovir deve ser feita a partir de 24-28 semanas até 30 dias após o parto. A dose de tenofovir é de 300 mg, via oral, 1x ao dia. Gestantes com carga viral desconhecida entre 24 e 28 semanas também devem receber profilaxia com tenofovir. Puérperas devem ser monitoradas após o parto com avaliação mensal de ALT nos primeiros 3 meses e depois no 6º mês, pois há risco de reativação viral com exacerbação da doença hepática materna no puerpério.

RASTREAMENTO NA GESTAÇÃO

Marcador	Aguda	Crônica Ativa	Crônica Inativa	Passado	Vacinação
HBsAg	+	+	+	-	-
HBeAg	+/-	+	-	-	-
Anti-HBc IgG	-/+	+	+	+	-
Anti-HBc IgM	+	-	-	-	-
Anti-HBs	-	-	-	+	+

O HBsAg é o marcador da presença da proteína viral na corrente sanguínea e significa infecção atual (aguda ou crônica). O anti-HBc é o anticorpo produzido quando o organismo entra em contato com o vírus selvagem (e não da vacina) e pode ser IgM (infecção aguda), IgG (infecção crônica ou cicatriz sorológica, se IgM negativo) ou total. O HBeAg é o antígeno que marca a replicação viral. Se positivo, o paciente está com o vírus ativo, em replicação. O anti-HBs, anticorpo contra o antígeno “s” da superfície (HBsAg). Ele é produzido tanto quando o indivíduo entra em contato com o vírus selvagem como quando é submetido à vacinação e é capaz de induzir imunidade, ou seja, uma vez com anti-HBs positivo, não há risco de contrair a infecção pelo HBV.

Hepatite C

O rastreamento da hepatite C deve ser feito para todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal, por meio de testes rápidos que detectam anticorpos anti-HCV. O objetivo de identificar gestantes portadoras de HCV é encaminhar as mulheres e os recém-nascidos para serviço de referência e evitar situações que aumentem o risco de transmissão vertical, como os procedimentos invasivos. Para o diagnóstico, na presença de imunoenaios ou testes rápidos reagentes para anticorpos anti-HCV, deve-se confirmar a infecção com testes moleculares que identificam partículas virais.

Para gestantes com hepatite C crônica, devem-se solicitar transaminases, gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas, proteínas totais e frações. Nos casos de evolução desfavorável, acrescenta-se coagulograma. Se houver surgimento de icterícia e prurido, é preciso repetir transaminases e solicitar dosagem de ácidos biliares. A via de parto é de indicação obstétrica, não sendo indicada cesariana nesses casos. **O aleitamento não está contraindicado, pois não associado ao aumento da transmissão vertical, a menos que haja lesões mamilares importantes, com sangramento.** Apesar de o tratamento para hepatite C não ser realizado durante a gestação, a identificação de gestantes com sorologia positiva permite que a gestante e os recém-nascidos sejam monitorados e acompanhados.

Diabetes Mellitus na gestação



Definição

O diabetes mellitus gestacional é definido como uma intolerância à carboidratos de gravidade variável. Há dois tipos de hiperglicemia que podem ser identificadas na gestação: o diabetes mellitus diagnosticado na gestação (DMDG) e o diabetes mellitus gestacional (DMG). O nível de hiperglicemia diferencia esses dois tipos. A hiperglicemia materna é uma das condições mais comuns na gravidez.

No Brasil, estima-se que 18% das mulheres grávidas, assistidas no Sistema Único de Saúde (SUS), atinjam os critérios diagnósticos atuais de DMG. Entre os fatores de risco, destacam-se: obesidade, idade materna superior a 25 anos, história familiar e/ou pessoal positiva, gemelidade, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, macrosomia pregressa, óbito fetal sem causa aparente, entre outros.

O aporte de nutrientes ao feto é garantido pela secreção placentária de hormônios e mediadores metabólicos diabetogênicos. Assim, a gestação normal é caracterizada por aumento da secreção de insulina materna e queda nos valores de glicose no jejum. O aumento na resistência à insulina evolui com o passar da gestação e está bem definido na 24ª semana; se o pâncreas materno não consegue responder às demandas na produção de insulina, instala-se a hiperglicemia materna.



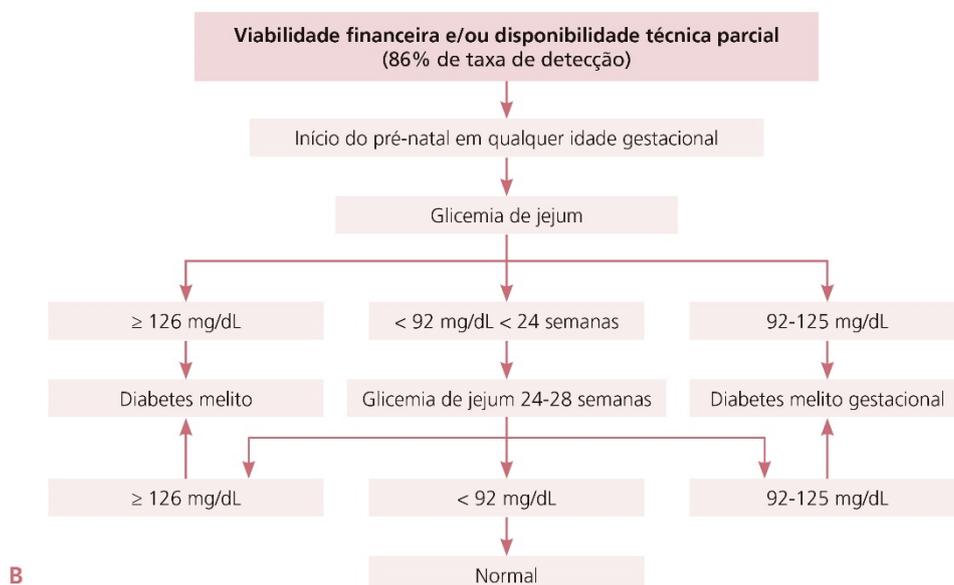
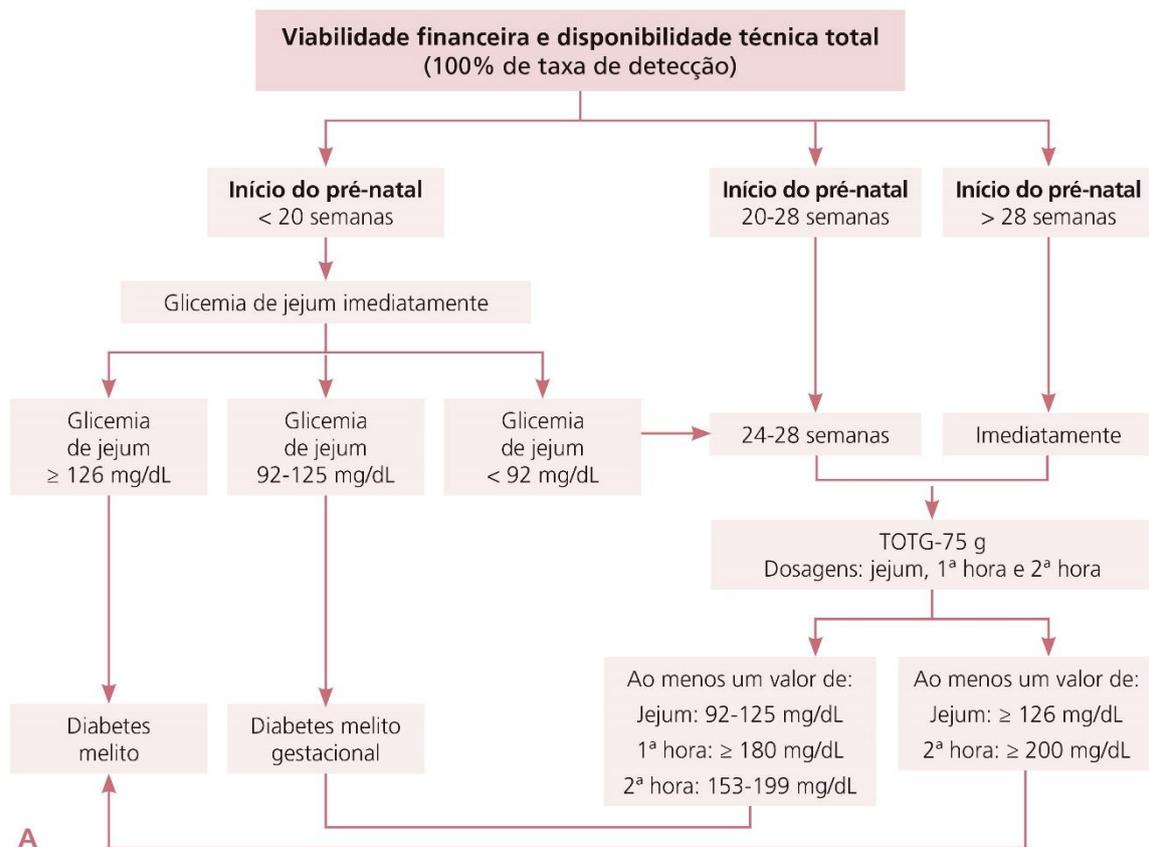
Hiperglicemia na gestação aumenta o risco de morbidade materna e perinatal, com repercussões em médio e longo prazo, tanto para a mãe como para o seu filho, conforme assinala a tabela abaixo.



REPERCUSSÕES EM CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO	
Na mãe	Nos filhos
Gravidez Inicial	Fetais
Aborto espontâneo	Crescimento fetal excessivo
Ao Longo da Gestação	Distocia de ombros
Pré-eclâmpsia	Lesão plexo braquial
Hipertensão gestacional	Hipoxia intrauterina
Hidrânio	Insuficiência placentária
Infecção do trato urinário	Óbito fetal
Parto	Neonatais
Trabalho de parto prematuro	Hipoglicemia
Tocostratismo	Hiperbilirrubinemia
Parto instrumental	Ictericia/kemicterus
Cesárea	Policitemia
Infecção pós-parto	Trombose
Puerpério	Prematuridade
Infecção pós-parto	Distúrbio respiratório
Hemorragia pós-parto	Óbito neonatal
Tromboembolismo	Médio e Longo Prazo
Médio e Longo Prazo	Sobrepeso e obesidade
Dificuldade para perder peso	Alterações no metabolismo de:
DMG em futuras gestações	· Glicose (tolerância diminuída)
DM tipo 2	· Lipídios (dislipidemia)
Doença cardiovascular	· Ácidos graxos
-	DMG (filhas) e DM tipo 2
-	Doença cardiovascular

cap 16: Diabetes Mellitus na gestação

Buscando consenso nacional, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), com apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde do Brasil (MS), definiram em conjunto diretrizes para rastreamento e diagnóstico do DMG no país. Considerando-se a heterogeneidade da população e da geografia brasileiras, duas estratégias de diagnóstico do DMG foram definidas, baseadas na disponibilidade técnica e na viabilidade financeira. A figura A, está apresentada a estratégia em cenário ideal, com detecção de 100% dos casos. Na figura B, cenários em que disponibilidade técnica e viabilidade financeira são restritas, a estratégia é simplificada, empregando a glicemia em jejum no lugar do teste oral de tolerância com 75 g de glicose (TOTG-75 g), sendo estimada a detecção de 86% dos casos.



Fonte: Ramos et al, 2023.

cap 16: Diabetes Mellitus na gestação

Recomenda-se para diagnóstico da hiperglicemia na gestação:

- Rastreamento universal, independentemente da presença de fator de risco.
- **Glicemia de jejum (GJ) na primeira consulta de pré-natal.**
 - glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL: diabetes mellitus diagnosticado na gestação (diabetes prévio);
 - glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 125 mg/dL: diabetes mellitus gestacional.
- **Para pacientes com glicemia de jejum < 92 mg/dL no 1º trimestre: realizar teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g, entre 24 e 28 semanas, com avaliação da GJ, G1h e G2h.**
 - TOTG-75g: para o DMG, considerar os limites de 92 mg/dL, 180 mg/dL e 153 mg/dL, respectivamente, para GJ, uma hora e duas horas, e pelo menos um valor alterado;
 - se GJ ≥ 126 mg/dL e/ou duas horas ≥ 200 mg/dL: diabetes prévio, diagnosticado na gestação.
- **Na impossibilidade de realização do TOTG-75g, frente a recursos escassos, pode-se repetir a glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas, mantendo os mesmos valores de referência usados no 1º trimestre.**



Os sintomas clássicos de diabetes são: **poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso** (os “4 Ps”). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, ocorrendo a suspeita clínica a partir de fatores de risco. A **dosagem da glicemia** de jejum deve ser solicitada a todas as gestantes na **primeira consulta do pré-natal**, como teste de rastreamento para o DMG, independentemente da presença de fatores de risco. O rastreamento deve ser explicado a paciente e seu acompanhante informando riscos, benefícios e as possíveis complicações da diabetes.

“Todas as gestantes com Diabetes Mellitus (DM), independentemente do tipo de DM, devem ser acompanhadas em pré-natal de ALTO RISCO”. A paciente deve ser referenciada para uma unidade de pré-natal de alto risco e manter, concomitantemente, o acompanhamento na unidade básica de origem.

cap 16: Diabetes Mellitus na gestação

Tratamento e controle glicêmico

Tratamento

O objetivo do tratamento clínico é alcançar e manter as metas glicêmicas, evitar cetose, garantir adequado ganho de peso materno e desenvolvimento fetal e, sobretudo, prevenir os desfechos perinatais adversos. O tratamento clínico deve ser instituído logo após o diagnóstico. Os riscos da gestação e os benefícios do controle da glicemia materna devem ser discutidos com a gestante e seus familiares para melhor adesão ao tratamento.

Controle glicêmico

O controle da glicemia materna tem como meta alcançar e manter níveis de normoglicemia:

- Jejum <95 mg/dL
- Uma hora pós-prandial <140 mg/dL
- Duas horas pós-prandial <120 mg/dL



A automonitorização da glicemia capilar, por glicosímetro, fita reagente e punção em ponta de dedo, é o método mais utilizado para avaliar os níveis glicêmicos na gestação, mais especificamente nos casos de DMG. As gestantes em tratamento não farmacológico devem fazer o perfil diariamente (ou pelo menos três vezes por semana), com quatro pontos (jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar). Para aquelas em uso de insulina, o controle deve ser preferencialmente diário. Para pacientes com diabetes tipo 1 ou tipo 2, o controle glicêmico inclui também medidas pré-prandiais.

Na rede SUS do Brasil, é prevista a distribuição gratuita do material necessário para essa técnica para as gestantes com DMG ou qualquer outro tipo de hiperglicemia. O tempo para as medidas das glicemias pós-prandiais, de uma ou duas horas, deve ser contado a partir do início da refeição.

Medidas não farmacológicas

Adequação nutricional e prática de exercício constituem o primeiro passo do tratamento clínico. Cerca de 70% das mulheres com diagnóstico de DMG conseguem controlar os seus níveis glicêmicos com essas medidas.

As recomendações nutricionais básicas podem ser fornecidas pela equipe assistencial, com ajuda, quando possível, de nutricionista. Devem ser individualizadas, orientadas pelo índice de massa corpórea, pela idade materna, pela prática diária de exercício e pelas condições clínicas, socioeconômicas e culturais. A dieta habitual da gestante deve incluir macro e micronutrientes, considerando o número de refeições, o valor energético total e a qualidade/tipos de alimentos ingeridos no dia a dia.



cap 16: Diabetes Mellitus na gestação

Devem-se estimular a alimentação saudável, com alimentos in natura ou minimamente processados, e a inclusão de grupos específicos – cereais; legumes, verduras e frutas; leites e derivados; carnes, peixes e ovos; óleos e gorduras vegetais. A distribuição de macronutrientes deve considerar 40% a 55% de carboidratos, 15% a 20% de proteínas e 30% a 40% de lipídios. Pode-se estimular o consumo de sementes (de girassol, gergelim, linhaça, abóbora e outras), adicionadas a suco de frutas ou iogurtes, de nozes e castanhas em pequenos lanches. O açúcar pode ser substituído por edulcorantes (no máximo 6 sachês ou 15 gotas/ dia); aspartame, acesulfame de potássio, ciclamato, entre outros, podem ser usados na gestação. Pode-se instituir a ceia (ou lanche noturno) com 25 g de carboidratos, além de proteínas ou lipídios; importante para a prevenção de hipoglicemia nas mulheres usuárias de insulina.

As gestantes devem ser encorajadas a continuar ou a iniciar a prática de exercício na gestação, se não houver contraindicações para isso. Recomenda-se a caminhada orientada – de intensidade moderada, 5 ou mais dias na semana, por 30 a 40 minutos.

Tratamento farmacológico

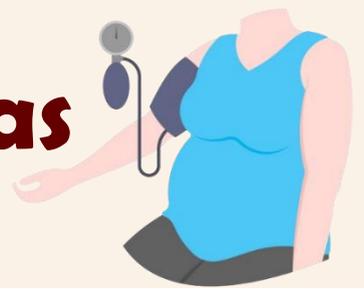
A insulina se destaca como primeira escolha entre as medidas farmacológicas no controle da hiperglicemia na gestação. A associação de insulina está indicada sempre que as medidas não farmacológicas (adequação nutricional e exercício) não forem suficientes para atingir as metas do controle glicêmico materno (30% ou mais dos valores glicêmicos alterados).

Diferentes tipos de insulina estão disponíveis e são considerados seguros para uso na gestação. Para o DMG ou DMDG, as insulinas mais utilizadas são a protamina neutra Hagedorn (NPH), de origem humana e ação intermediária, e a regular, de origem humana e ação rápida. Os análogos de insulina de ação ultrarrápida – asparte e lispro – são liberados para uso na gestação e têm indicações específicas, com potenciais vantagens sobre a insulina regular nos casos de hipoglicemia persistente, de difícil controle. O análogo de ação prolongada detemir é também seguro para utilização na gestação, tem indicação específica para mulheres com DM prévio tipo 1, mas seu uso ainda não foi avaliado no DMG.

A dose inicial e o tipo de insulina devem ser definidos pela automonitorização da glicemia capilar. Assim, as insulinas de ação intermediária e longa são recomendadas para o controle no jejum e pré-prandial; as de ação rápida e ultrarrápida são indicadas para controle pós-prandial.

A dose inicial deve ser calculada pelo peso atual, sendo recomendada 0,5 UI/kg/dia, fracionada em duas a três aplicações, podendo ser maior proporção no período da manhã (dois terços no jejum, um terço no pré-almoço e um terço na hora de dormir); ou pode-se utilizar a quantidade total dividida em quatro doses, devendo-se fazer insulina rápida nas refeições (café, almoço e jantar) e NPH à noite. As avaliações do perfil glicêmico para ajuste das doses devem acontecer com intervalo mínimo de 15 dias até a 30ª semana e, semanalmente, a partir dessa idade gestacional até o parto. Esse intervalo deve ser individualizado na dependência das características e necessidades de cada caso. As doses devem ser ajustadas de acordo com o perfil glicêmico.

Síndromes hipertensivas na gestação



Definição

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o agravo mais frequentemente em gestantes, sendo uma das principais causas de morbimortalidade. Portanto, por apresentar risco é necessário, que uma vez identificada no pré-natal, **a gestante seja referenciada para acompanhamento no serviço de pré-natal de alto risco**. As principais complicações que desencadeiam as mortes maternas por síndromes hipertensivas são aquelas presentes na pré-eclâmpsia: insuficiência renal, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, coagulopatia e insuficiência hepática. As complicações fetais e neonatais devem-se, principalmente, à insuficiência placentária, que leva à restrição de crescimento fetal, oligoâmnio e sofrimento fetal, com frequente necessidade de antecipação prematura do parto, resultando em elevadas taxas de morbimortalidade perinatal.



Classificações e definições

As síndromes hipertensivas da gestação englobam todas as doenças que cursam com hipertensão arterial na gestação. Essas doenças são classificadas conforme a idade gestacional de aparecimento da hipertensão.

Classificação dos distúrbios hipertensivos na gravidez	
TIPO DE HAS	DEFINIÇÕES
Pré-gestacional ou < 20 semanas	
HAS crônica	HAS detectada antes da gestação ou antes de 20 semanas
Essencial	HAS sem causa secundária
Secundária	HAS secundária conhecida (p. ex., doença renal)
Avental branco	PAS \geq 140 e/ou PAD \geq 90 mmHg quando medida no consultório e PA < 135/85 mmHg usando MAPA
HAS mascarada	PA < 140/90 mmHg medida no consultório, mas \geq 130/85 quando medida em outros locais que não o consultório
\geq 20 semanas	
HAS gestacional	HAS que surge pela 1ª vez \geq 20 semanas na ausência de proteinúria ou outros sinais de PE
HAS gestacional transitória	HAS que surge após \geq 20 semanas no consultório e que desaparece com medidas repetidas da PA



cap 17: Síndromes hipertensivas na gestação

Pré-eclâmpsia	HAS gestacional acompanhada por uma ou mais das seguintes condições que surgem pela primeira vez após a 20ª semana: <ol style="list-style-type: none">1. Proteinúria significativa2. Outras disfunções maternas em órgão-alvo, incluindo:<ul style="list-style-type: none">◦ Complicações neurológicas (p. ex., eclâmpsia, alteração do sensorio, cegueira, AVE, clônus, cefaleia grave ou escotomas visuais persistentes)◦ Edema pulmonar◦ Complicações hematológicas (plaquetopenia < 150.000/μL, CIVD, hemólise)◦ IRA (creatinina ≥ 1 mg/dL)◦ Hepatopatia (TGO ou TGP > 40 UI/L) com ou sem epigastralgia)3. Disfunção placentária (p. ex., DPP, desequilíbrio angiogênico, RCF, Doppler alterado na artéria umbilical ou morte fetal intrauterina)	
PE sobreposta à HAS crônica	Surgimento de proteinúria ou de outra disfunção orgânica materna, ou evidência de disfunção uteroplacentária (acima) em gestante com HAS crônica	

AVE, acidente vascular encefálico; CIVD, coagulação intravascular disseminada; DPP, descolamento prematuro de placenta; HAS, hipertensão arterial sistêmica; IRA, insuficiência renal aguda; MAPA, monitorização ambulatorial da pressão arterial; PA, pressão arterial; PAD, pressão arterial diastólica; PAS, pressão arterial sistólica; RCF, restrição de crescimento fetal; TGO, transaminase glutâmico-oxalacética; TGP, transaminase glutâmico-pirúvica; UI, unidades internacionais.
Fonte: Adaptada de Magee e colaboradores.³

Hipertensão arterial crônica: presença de hipertensão relatada pela gestante ou identificada antes da 20ª semana de gestação.

Hipertensão gestacional: identificação de hipertensão arterial na segunda metade da gestação, em gestante previamente normotensa, porém sem proteinúria ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados à pré-eclâmpsia (PE). É um diagnóstico temporário de gestantes que não preenchem os critérios de pré-eclâmpsia. Pode evoluir para pré-eclâmpsia em 10% a 50% dos casos. Deve desaparecer até 12 semanas após o parto. Assim, diante da persistência dos valores pressóricos elevados, deve ser reclassificada como hipertensão arterial crônica, que deixou de ser diagnosticada pelas alterações fisiológicas da primeira metade da gestação. Os princípios básicos do controle da hipertensão gestacional incluem manter os valores da pressão arterial entre 110 a 140 x 85 mmHg (usando hipotensores, se necessários), monitorar o desenvolvimento de pré-eclâmpsia e postergar a resolução da gestação até 39 + 6 semanas (desde que a pressão arterial esteja controlada, não haja comprometimento do bem-estar fetal ou evolução para pré-eclâmpsia).

Pré-eclâmpsia: identificação de hipertensão arterial, em gestante previamente normotensa, a partir da 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa. Na ausência de proteinúria, também se considera pré-eclâmpsia quando a hipertensão arterial for acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia) ou de sinais de comprometimento placentário (restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas).



cap 17: Síndromes hipertensivas na gestação

Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica: esse diagnóstico é estabelecido em algumas situações específicas:

- Quando, a partir da 20ª semana de gestação, ocorre o aparecimento ou piora da proteinúria já detectada na primeira metade da gestação.
- Quando gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica necessitam de associação de anti-hipertensivos ou aumento das doses terapêuticas iniciais.
- Na ocorrência de disfunção de órgãos-alvo.

Caracterização da proteinúria: presença de pelo menos 300 mg em urina de 24 horas. A relação proteinúria/creatinúria (mg/dL) em amostra isolada de urina é método adotado com frequência, pela facilidade do exame, sendo considerada alterada quando o valor for de pelo menos 0,3. Na impossibilidade desses métodos, usa-se a avaliação qualitativa em fita, em amostra de urina (presença de pelo menos uma cruz indica 30 mg/dL).

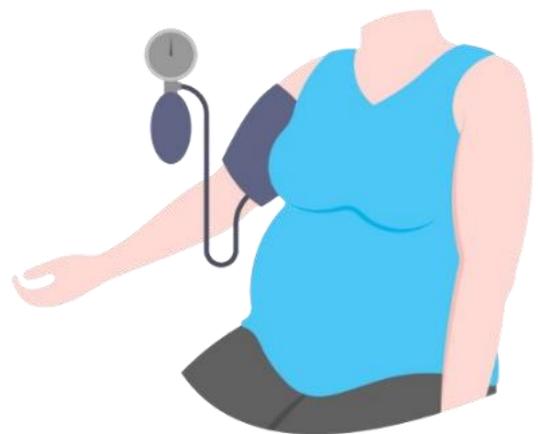
A pré-eclâmpsia pode também ser subclassificada em relação à idade gestacional em que é feito o diagnóstico:

- Pré-eclâmpsia precoce (<34 semanas de gestação)
- Pré-eclâmpsia tardia (≥34 semanas)
- Pré-eclâmpsia pré-termo (<37 semanas)
- Pré-eclâmpsia de termo (≥37 semanas)



Outra classificação da maior importância em termos de conduta é a identificação da pré-eclâmpsia sem ou com sinais de gravidade (antes denominadas de leve e grave, respectivamente). Os quadros de HELLP síndrome e eclâmpsia estão incluídos entre os de maior gravidade. Essas denominações permitem destacar ao obstetra não apenas a forma de manifestação da hipertensão arterial na gestação, mas a percepção global do caso, incluindo a idade gestacional e a gravidade da situação.

Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade: No momento em que se faz o diagnóstico de pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade, a gestante deve ser internada para se aprofundar a avaliação e ter certeza de que não existem sinais/sintomas ou alterações de exames laboratoriais que alterem esse diagnóstico para pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. Ela apresenta hipertensão arterial leve (PA < 160/110 mmHg) e ausência de sinais e sintomas de disfunção significativa de órgãos-alvo ou uteroplacentária.



cap 17: Síndromes hipertensivas na gestação

Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade: caracterizada pela presença dos seguintes sinais de gravidade:

- Estado hipertensivo com pressão arterial (PA) sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, aferida com técnica adequada. A associação com sintomas configura uma emergência hipertensiva.
- Síndrome HELLP.
- Sinais de iminência de eclâmpsia: caracterizados pela sintomatologia secundária a alterações vasculares do sistema nervoso, como cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia, fosfenas e escotomas e hiper-reflexia, ou hepáticas, sendo náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrio ou no hipocôndrio direito) as mais comuns.
- Eclâmpsia.
- Edema agudo de pulmão.
- Dor torácica, queixa que deve ser valorizada, se estiver acompanhada ou não por alterações respiratórias, situação que pode ser o resultado de intensa vasculopatia cardíaca e/ou pulmonar.
- Insuficiência renal, identificada pela elevação progressiva dos níveis séricos de creatinina ($\geq 1,2$ mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas).

Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação

Classe do agente	Agente	Posologia
Simpatolíticos de ação central, $\alpha 2$ -agonistas	Metildopa	750 mg a 2.000 mg/dia
	Comprimidos de 250 mg e 500 mg	2 a 4 vezes/dia
	Clonidina	0,2 mg a 0,6 mg/dia
	Comprimidos de 0,1 mg e 0,2 mg	2 a 3 vezes/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino retard	20 mg a 120 mg/dia
	Comprimidos de 10 mg e 20 mg	1 a 3 vezes/dia
	Nifedipino de liberação rápida Comprimidos de 10 mg e 20 mg	20 mg a 60 mg/dia 2 a 3 vezes/dia
	Anlodipino Comprimidos de 2,5 mg, 5 mg e 10 mg	5 mg a 20 mg/dia 1 a 2 vezes/dia

cap 17: Síndromes hipertensivas na gestação

Vasodilatador periférico	Hidralazina	50 mg a 150 mg/dia
	Drágeas de 25 mg e 50 mg	2 a 3 vezes/dia
β-bloqueadores	Metoprolol	100 mg a 200 mg/dia
	Comprimidos de 25 mg, 50 mg e 100 mg	1 a 2 vezes/dia
	Pindolol	10 mg a 30 mg/dia
	Comprimidos de 5 mg e 10 mg	2 a 3 vezes/dia
	Carvedilol	12,5 mg a 50 mg/dia
	Comprimidos de 6,25 mg e 12,5 mg	1 a 2 vezes/dia
		Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por 2 dias e, a partir de então, aumentar a dose.

Fonte: Peraçoli, 2020.

Síndrome HELLP: o diagnóstico da síndrome HELLP é laboratorial e feito por meio dos seguintes critérios: hemólise: DHL > 600 UI/L, esquizócitos, bilirrubinas > 1,2 mg/dL, haptoglobina < 25 mg/dL; elevação das enzimas hepáticas (enzime of liver): 2 vezes o nível superior ou > 70 UI; plaquetopenia (low platelets): plaquetas < 100.000/mm³.

A síndrome HELLP é chamada de completa quando os três critérios diagnósticos laboratoriais estão presentes e parcial quando estão presentes apenas dois deles. A trombocitopenia é a principal e mais precoce alteração encontrada. Quanto menor é a quantidade de plaquetas, maior a gravidade dessa patologia. As principais complicações relacionadas a essa síndrome são: coagulação intravascular disseminada, hematoma/rotura hepática, descolamento prematuro de placenta, insuficiência renal, edema agudo de pulmão, hemorragia intracraniana e descolamento de retina. O hematoma/rotura hepática é uma das complicações mais temidas na síndrome HELLP e manifesta-se por dor súbita em hipocôndrio direito, ascite, hipotensão e choque. O diagnóstico é feito por exame de imagem (ultrassom, tomografia ou ressonância de abdome).

Eclâmpsia: é a ocorrência de convulsões tônico-clônicas generalizadas, de coma ou de ambas, durante a gravidez ou o puerpério, em gestantes com pré-eclâmpsia, que não estão relacionadas com outras doenças do sistema nervoso central. É uma das manifestações clínicas mais graves do espectro da pré-eclâmpsia, sendo uma causa frequente de morbidade e mortalidade materna no Brasil. Incide em 2% a 3% de pacientes com pré-eclâmpsia grave quando não se administra sulfato de magnésio como uma profilaxia anti-convulsivante.

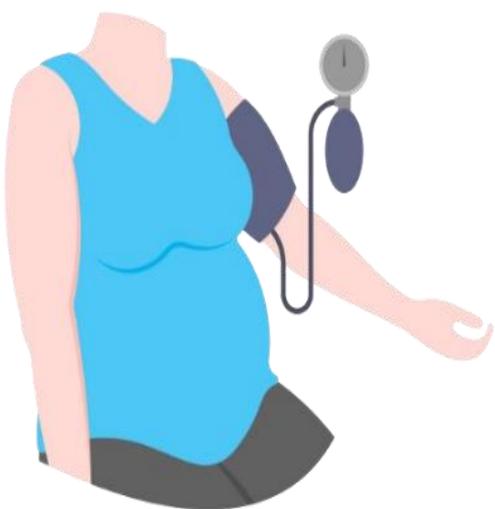
cap 17: Síndromes hipertensivas na gestação

A eclâmpsia é uma emergência obstétrica e requer atendimento imediato. As bases do tratamento são a manutenção da função cardiorrespiratória, o controle das convulsões, a prevenção de sua recorrência, a correção da hipoxemia e da acidose materna, o controle da hipertensão arterial grave e o desencadeamento do parto.

O sulfato de magnésio é a droga de primeira escolha para tratamento da eclâmpsia. Deve ser feito com a paciente em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo, para evitar a compressão aortocava pelo útero gravídico e diminuir o risco de hipotensão arterial grave.

A intoxicação pelo sulfato de magnésio com bloqueio mioneural, depressão e parada respiratória é um evento raro e só ocorre por acúmulo do magnésio na circulação materna por administração de doses excessivas na manutenção, ou por diminuição da excreção renal em pacientes com insuficiência renal. Portanto não é necessário realizar a dosagem sérica do magnésio em todas as pacientes, sendo reservada para casos de alteração da função renal ou havendo inibição de reflexos tendinosos. Os sinais de toxicidade podem surgir quando a concentração plasmática de magnésio estiver acima de 7 mEq/L.

O tratamento definitivo da eclâmpsia é o nascimento do feto e a retirada da placenta, que devem ocorrer independentemente da idade gestacional, logo que o quadro clínico estiver estabilizado, com a recuperação do sensorio e o controle da hipertensão arterial grave. Não havendo contraindicação ao parto vaginal, o trabalho de parto pode ser induzido.



Definimos **hipertensão arterial** quando a pressão arterial sistólica (PAS) é igual ou superior a **140 mmHg** ou a pressão arterial diastólica (PAD) é igual ou superior a **90 mmHg**, medida com a paciente sentada com os pés apoiados no chão e confirmada após 4 horas de repouso ou duas visitas consecutivas. Se a PAS é maior ou igual a **160 mmHg** ou a PAD é maior ou igual a **110 mmHg**, espera-se apenas **15 minutos para confirmar a presença de hipertensão arterial**. Lembre-se de que a fase V de Korotkoff é empregada para definir a pressão arterial diastólica.

Em 15% das gestantes, o quinto som de Korotkoff está ausente ou próximo de zero. Nessas gestantes, utiliza-se o quarto som (abafamento de som). No caso de pacientes obesas, deve-se utilizar um manguito apropriado ou realizar uma aferição da pressão arterial corrigida pela medida do perímetro braquial.

Atenção, se a circunferência do braço é ≥ 33 cm, deve-se utilizar um manguito grande.

Referências

ABUTALEB, A.; KOTTILIL, S. **Hepatitis A: epidemiology, natural history, unusual clinical manifestations, and prevention.** Gastroenterology Clinics of North America, v. 49, n. 2, p. 191-199, 2020.

ALMEIDA, L. N. B. et al. **Cytomegalovirus seroepidemiology in an urban community of São Paulo, Brazil.** Revista de Saúde Pública, v. 35, n. 2, p. 124- 129, 2001.

ANDREWS, W. W. et al. **Midpregnancy genitourinary tract infection with Chlamydia trachomatis: association with subsequent preterm delivery in women with bacterial vaginosis and Trichomonas vaginalis.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 194, n. 2, p. 493-500, 2006.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 60, de 17 de dezembro de 2010.** Estabelece frases de alerta para princípios ativos e excipientes em bulas e rotulagem de medicamentos. 2010.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGISTS. **Practice Bulletin no. 151: Cytomegalovirus, parvovirus B19, varicella zoster, and toxoplasmosis in pregnancy.** Obstetrics and Gynecology, v. 125, n. 6, p. 1510- 1525, 2015.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGISTS. **ACOG practice bulletin: Perinatal viral and parasitic infections: Number 20, September 2000** (Replaces educational bulletin number 177, February 1993). American College of Obstetrics and Gynecologists. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, v. 76, n. 1, p. 95-107, 2002.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Practice Bulletin. Management of Genital Herpes in Pregnancy: ACOG Practice Bulletinacog Practice Bulletin, Number 220.** Obstetrics and Gynecology, v. 135, n. 5, p. e193-e202, 2020.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **ACOG Practice Bulletin No. 86: viral hepatitis in pregnancy.** Obstetrics and Gynecology, v. 110, n. 4, p. 941-956, 2007.

BRITO, C. A.; CORDEIRO, M. T. **One year after the Zika virus outbreak in Brazil: from hypotheses to evidence.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 49, n. 5, p. 537-543, 2016.

BATISTA, et al. **Assistência pré-natal e acolhimento sob a ótica de gestantes na atenção primária à saúde: estudo qualitativo.** Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 95, n. 34, 2021. Disponível em: <<https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1027>>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 32: **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** – 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, nº32. 2013. 318 p.: il. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 38: **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf> . Acesso em: 10 jan. 2024.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes**. [recurso eletrônico] versão preliminar. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação Gestantes**. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendarionacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022/campanhas-nacionais-de-vacinacao/view>>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2018. **Diagnóstico das hepatites virais**. Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais-e-atualizado>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na atenção especializada**. 1 ed. rev. Brasília, DF: MS, 48 p. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica Nº 2/2021 – DAPES/SAPS/MS**. Trata-se de atualização das recomendações referentes à vacinação contra a covid-19 em gestantes e puérperas até 45 dias pós-parto. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211211_N_NTPARTODOMICILIAR_6784229184478666706.pdf%3E>. Acesso em: 18 jan.2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 692 p. 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. **Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Boletim epidemiológico de sífilis, 2020a**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: MS, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatite B**. Brasília, DF: MS, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita** [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_toxoplasmose_gestacional.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/14/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_resposta_microcefalia_relacionada_infeccao_virus_zika.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : **Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa** – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes **Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Porto Velho. Subgerência do Núcleo de Saúde da Mulher. **Protocolo de assistência ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde**. Elaborado por Alexandre Rech et al. Porto Velho. RO, 2023. Disponível em: <https://semusa.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2023/05/23266/1683047229protocolo-pn-revisado.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2024.

BRITO, C. A.; CORDEIRO, M. T. **One year after the Zika virus outbreak in Brazil: from hypotheses to evidence**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 49, n. 5, p. 537-543, 2016.

BRUCKER, Mary C.; KING, Tekoa L. **The 2015 US Food and Drug Administration pregnancy and lactation labeling rule**. Journal of Midwifery & Women's Health, v. 62, n. 3, p. 308-316, 2017.

CAPRIO, Raquel de Moraes Barbosa et al. **Protocolo Estadual de Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual**. Disponível em: <<https://primaqualitasaude.org/wp-content/uploads/2021/05/protocolo-estadual-de-atencao-ao-pre-natal-de-risco-habitual.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2024.

CARRARA, H.H.A. et al. **Semiologia ginecológica**. Medicina., Ribeirão Preto, v.29, n.1, p.80-87, jan./mar. 1996.

FEBRASGO. **Guia prático: infecções no ciclo gravídico-puerperal**. 2016.

LIAO, Adolfo. **Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente 2a ed**. 2. ed. Barueri: Manole, 2020. E-book. pág.1156. ISBN 9786555763249. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555763249/>. Acesso em: 30 dez. 2024.

MORAIS, R.M.; ROCHA, J.E.S., TISSIANE, M.P.; FILHO, R.M.M. **Tratado de Obstetrícia FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

Referências

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Rastreamento e Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil**, Brasília, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046553/femina-2019-4711-786-796.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2024.

PEIXOTO, Sergio. **Manual de assistência pré-natal – FEBRASGO**, 2a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

PERAÇOLI, José Carlos et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia Protocolo no. 01. **Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG)**, 2020. Disponível em: https://sogirgs.org.br/pdfs/pre_eclampsia_eclampsia_protocolo_rbehg_2020.pdf. Acesso em: 22 dez. 2024.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 949-957.

RAMOS, José G L.; MARTINS-COSTA, Sérgio H.; MAGALHÃES, José A.; e outros. **Rotinas em Obstetrícia (Rotinas)**. 8. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book. pág.629. ISBN 9786558821168. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558821168/>. Acesso em: 30 dez. 2024.

ROSSI, P. et al. Joint report of SBI (Brazilian Society of Infectious Diseases), FEBRASGO (Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations), SBU (Brazilian Society of Urology) and SBPC/ML (Brazilian Society of Clinical Pathology/ Laboratory Medicine): **recommendations for the clinical management of lower urinary tract infections in pregnant and non-pregnant women. The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 4, n. 2, p. 110-119, 2020.

SARMENTO, Regina; SETÚBAL, Maria Silvia Vellutini. **Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério**. Revista de Ciências Médicas, v. 12, n. 3, 2003.

SBIM. **Calendário de vacinação SBIM Gestantes: recomendações da sociedade brasileira de imunizações (SBIM)**. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2024.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia**. 5. ed. Barueri: Manole, 2023. E-book. pág.932. ISBN 9786555769340. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555769340/>. Acesso em: 30 dez. 2024.

