

Unidade 2

Cuidado à mulher na gestação
e no puerpério

UNIDADE 2

Cuidado à mulher na gestação e no puerpério

Nesta unidade estão destacados tópicos do cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal.

Ao final desta unidade, o profissional deve ser capaz de:

- reconhecer as especificidades e demandas da mulher no ciclo gravídico puerperal;
- identificar as intercorrências da mulher no ciclo gravídico puerperal;
- construir o plano de cuidado à gestante e puérpera, junto com a eSF.

Seção 1

Cuidado à gestante no pré-natal

Em 2011, no âmbito do SUS, foi instituída a “Rede Cegonha”, uma rede de cuidados com o propósito de assegurar à mulher “o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011a).

O cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal é essencialmente da Atenção Primária à Saúde (APS) e constitui uma das atribuições prioritárias dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (eSF).

Entretanto, para que seja assegurada assistência em toda a integralidade, é necessária a completude do cuidado pela equipe multiprofissional, presente também na APS, e a constituição da Rede de Atenção Obstétrica e Neonatal, da qual os profissionais da eSF são parte e corresponsáveis pelo plano de trabalho assistencial.

Cabe ressaltar que um dos aspectos que determina a vinculação da gestante ao pré-natal é a atenção acolhedora, oportuna e qualificada dos profissionais da eSF.

A assistência no pré-natal inclui a avaliação das condições socioeconômicas e de saúde que influenciam a gravidez e deve assegurar à gestante oportunidade de acesso a informações, aos recursos, aos cuidados e benefícios à mulher e ao conceito, de forma a viabilizar “Maternidade Segura”. Isso compreende, para além dos procedimentos e exames específicos e próprios do pré-natal, o respeito à autonomia e ao protagonismo da mulher, o compartilhamento das decisões e das condutas a serem tomadas, a garantia de encaminhamentos para serviços de referência no caso de que as intercorrências sejam durante o pré-natal, parto e puerpério.

Na perspectiva de considerar o ciclo gravídico-puerperal um processo a ser vivenciado de maneira solidária pelo casal, a proposta do “pré-natal do parceiro” é uma estratégia que fortalece a corresponsabilidade do homem e da mulher pela gestação (BRASIL. 2011a; 2016b; 2017a).

Para diagnosticar gravidez, o Ministério da Saúde (MS) disponibiliza para a rede de serviço de APS o “Teste Rápido de Gravidez”. Esse exame contribui para a captação precoce de gestante, na Unidade Básica de Saúde – UBS, e proporcionar o acesso precoce de todas as gestantes do território ao pré-natal é fundamental para o alcance do sucesso no acompanhamento materno-fetal.

Uma das atribuições dos profissionais da eSF na assistência às gestantes é reconhecer quem são as gestantes do território ao qual estão vinculadas. Quantitativamente, espera-se que 25% das grávidas de determinada área apresentem fatores que ofereçam risco à gestação, classificadas como de alto risco. As demais, que não evidenciam risco de intercorrências no período gestacional, são consideradas como gestantes normais, de baixo risco ou de risco habitual. A identificação de intercorrências durante a gestação e ou de fatores de risco, inicialmente não perceptíveis, podem levar mudanças na classificação de risco, de modo que esse processo é dinâmico. Vale lembrar que as situações em que as gestantes necessitem ser referenciadas para a Atenção Secundária de Saúde (serviço especializado em alto risco) não excluem a necessidade de continuarem acompanhadas pelos profissionais da eSF, na APS.

PARA SABER MAIS, LEIA:

“Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco” (BRASIL, 2013).

Outro aspecto que deve ser considerado é o acesso e a disponibilização de informações referentes à gestante e seu respectivo pré-natal na UBS. É atribuição do profissional que atende a gestante registrar suas ações, orientações e informações nos documentos de registro, tais como: ficha de pré-natal ou registro do prontuário, caderneta e/ou cartão da gestante. Todos esses registros devem ter uma cópia na UBS e outra com a gestante. O primeiro registro é o cadastro da gestante no SISPRENATAL WEB (Sistema de Informação Nacional, desenvolvido pelo DATASUS/MS, de cadastramento das gestantes; acompanhamento e registro da assistência ao pré-natal, além da identificação e classificação do risco gestacional). O número de cadastro nesse sistema deverá ser registrado na caderneta da gestante.

Em 2018, o Ministério da Saúde (MS) reeditou a “caderneta da gestante”, ampliando a possibilidade de anotações e orientações necessárias à gestante (BRASIL, 2016b; 2017b). Esta caderneta, inclusive, tem sido utilizada como roteiro nas ações de educação em saúde coletivas com as gestantes.

Ao iniciar o pré-natal, os profissionais da eSF devem estabelecer o plano de acompanhamento assistencial. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b), o calendário das consultas de pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais. Em uma situação ideal, o acompanhamento poderia ser mensal até o sétimo mês, quinzenal até o oitavo e semanal

até o parto. O espaçamento menor das consultas no transcorrer da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nos últimos meses de gravidez. É importante ressaltar que a assistência pré-natal se estende até o parto, não existindo “alta”. É na consulta de pós-parto que se encerra o processo assistencial do pré-natal, inclusive com o registro desta finalização no SISPRENATAL WEB.

No desenvolvimento da assistência ao pré-natal, as consultas podem ser realizadas intercaladas entre os profissionais da eSF, especificamente médico (a) e enfermeiro (a), o que proporciona cuidado mais abrangente à gestante. A assistência à gestante no pré-natal contempla: anamnese, exame físico, solicitação e realização de exames e indicação de terapêuticas, de acordo com período gestacional e com o protocolo definido e adotado pela Rede de Atenção à Saúde do SUS municipal. Nessa abordagem serão referências o “Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b; 2017a), de abrangência nacional, e o “Protocolo Pré-natal e Puerpério” da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2019) de recente atualização, assim como a base de informações médicas, fundamentada em evidências atualizadas do UpToDate (2020). Vale ressaltar que, na primeira consulta de pré-natal, alguns aspectos devem ser investigados e registrados (LOCKWOOD; MAGRIPLES, 2020):

- dados pessoais e demográficos;
- história obstétrica e ginecológica (detalhamento sobre gestação, parto e aborto anteriores, gravidez ectópica, doenças ginecológicas prévias, IST, dentre outras);
- história pregressa (estado vacinal; avaliação de fatores risco para doenças, outros agravos e comorbidades, uso de substâncias e medicações; história e exposição de infecção; cirurgias anteriores; viagens ou moradia em áreas endêmicas da malária, tuberculose e vírus do zika);
- história familiar: fatores de risco hereditário;
- abordagem psicossocial;
- história da gravidez atual – data da última menstruação (DUM), cálculo da data estimada de parto, sintomas e percepções da gestante.

Na primeira consulta de pré-natal e nas demais sequenciadas, devem ser solicitados e realizados exames de rotina de acordo com o período gestacional sem intercorrências durante a gestação/pré-natal habitual (BRASIL, 2016b; 2017a):

- hemoglobina e hematócrito: na 1ª consulta e no 3º trimestre;
- eletroforese de hemoglobina: 1ª consulta;
- grupo sanguíneo e fator Rh: 1ª consulta;
- Coombs indireto: a partir da 24ª semana;
- glicemia de jejum: 1ª consulta e no 3º trimestre;

- teste de tolerância à glicose: entre 24 e 28 semanas, nas gestantes sem diagnóstico prévio de Diabetes mellitus;
- urina tipo I: 1ª consulta e no 3º trimestre;
- urocultura e antibiograma: 1ª consulta e no 3º trimestre;
- teste de proteinúria para mulheres com hipertensão na gestação;
- teste rápido para sífilis e/ou VDRL: 1ª consulta e no 3º trimestre;
- teste rápido para HIV e/ou sorologia (anti-HIV I e II): 1ª consulta e no 3º trimestre (28 semanas);
- teste rápido para hepatite 'B' e/ou sorologia para hepatite 'B' (HBsAg): 1ª consulta e no 3º trimestre;
- toxoplasmose IgG e IgM: 1ª consulta e no 3º trimestre, caso os exames anteriores estejam negativos;
- malária (gota espessa) é exame de rotina apenas em áreas endêmicas;
- parasitológico de fezes, quando indicado (quadro de anemia ou outras indicações clínicas).

Destaca-se que, para solicitar exames, principalmente os testes rápidos para sífilis, HIV e hepatite, os profissionais da eSF devem proceder à abordagem pré-teste na UBS e saber “como comunicar más notícias”, caso o resultado seja positivo (abordagem pós- teste).

Segundo o Ministério da Saúde (2016b), o exame de ultrassonografia (US) obstétrica em gestantes de baixo risco não apresenta evidências científicas que melhorem o prognóstico perinatal (grau de recomendação A).

Entretanto, a realização do US obstétrico precoce, isto é, ainda no 1º trimestre, oferece a vantagem de ter estimativa melhor da data provável para o parto, identificar anomalias fetais e dados básicos para avaliação do crescimento fetal (LOCKWOOD; MAGRIPLES, 2020).

A Secretaria Municipal de Belo Horizonte (SMS/BH) propôs um quadro síntese como checklist, correlacionando atividades de rotina e exames laboratoriais que devem ser realizados durante o pré-natal, de acordo com a idade gestacional (Quadro 3).

Quadro 3 - Procedimentos e exames laboratoriais de rotina no pré-natal de acordo com a idade gestacional

PROCEDIMENTOS E EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA NO PRÉ-NATAL*	SEMANAS DE GESTAÇÃO							
	Até 12	13 a 20	21 a 24	25 a 28	29 a 31	33 a 36	37 a 40	41 ou mais
Anamnese	x	x	x	x	x	x	x	x
Peso; inspeção de pele e mucosas; avaliação de edema, PA, FC e FR	x	x	x	x	x	x	x	x
Cálculo da idade gestacional	x	x	x		x	x	x	x
Batimentos/frequência cardiorfetal	x	x	x	x	x	x	x	x
Coombs indireto (se Rh negativo)	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação do estado nutricional da gestante	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação do risco gestacional	x	x	x	x	x	x	x	x
Registros no prontuário e na Caderneta da Gestante	x	x	x	x	x	x	x	x
Terapêutica com sulfato ferroso			x	x	x	x	x	x
Investigação de violência doméstica	x		x			x		
Teste rápido para Sífilis	x		x			x		
Sorologia para Toxoplasmose	x			x		x		
Urina rotineira e urocultura	x			x		x		
Glicemia de jejum	x			x				
VDRL	x			x				
Hemograma	x				x			
Anti-HIV	x				x			
HBSAg	x				x			
Ultrassom obstétrico			x					x
Glicemia após dextrosol **			x	x				
Palpação obstétrica (identificação da situação, posição e apresentação fetal)						x	x	x
Exame clínico geral	x							
Grupo sanguíneo /Rh	x							
Teste rápido para HIV		x						
Teste rápido para hepatite 'B'	x							
Eletroforese de hemoglobina	x							
Consulta odontológica	x							
Terapêutica de ácido fólico	x							
Coleta para citopatologia oncológica		x						
Toque vaginal***		x						
Encaminhar para a maternidade	Quando necessário/devido intercorrência que justifica o encaminhamento							X ****

Fonte: BELO HORIZONTE, 2019. p. 122-23.

* de acordo com avaliação, qualquer procedimento e exame poderá ser realizado/repetido além do protocolo;

**a partir da 24ª semana;

deve ser evitado em gestante/segunda metade da gravidez com sangramento (até excluir diagnóstico de placenta prévia/risco de tocar a placenta e causar hemorragia imediata e grave); *no caso de o parto não ter ocorrido até a 40ª semana de gestação.

O referenciamento para o serviço de saúde bucal é uma das ações da primeira consulta no pré-natal para avaliação e, caso necessário, proceder às intervenções odontológicas necessárias e que podem ser realizadas durante a gestação, considerando a idade gestacional:

- 1.º trimestre - período menos adequado para tratamento odontológico devido às principais transformações embriológicas; radiografias devem ser evitadas.
- 2.º trimestre - período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais.
- 3.º trimestre - período que requer prudência devido ao risco de hipotensão postural (somente urgências devem ser realizadas).

A gestante com comorbidades que esteja sem controle adequado deve ser referenciada para o Centro Especializado em Odontologia ou Atenção Especializada Hospitalar (BRASIL, 2016b; 2018b).

Frequentemente, é solicitado ao médico da eSF a emissão de relatório para realização de intervenções odontológicas na gestação, principalmente em razão da possibilidade de utilização de analgésicos e antibióticos preconizados no atendimento à gestante (Quadro 4).

Quadro 4 - Esquema para intervenções odontológicas na gestante

CONDUTAS
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar anamnese e exame clínico visando buscar informações sobre possibilidade de riscos na gravidez e período gestacional, características da evolução da gestação, existência de alguma doença ou alteração sistêmica concomitante, elaborando o melhor plano de tratamento possível. • Avaliar sinais vitais antes do atendimento. • Evoluir no prontuário da paciente.
MEDICAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Anestésicos locais com vasoconstritores são considerados seguros. • A mais indicada é a lidocaína a 2%, com epinefrina 1:1000.000 - limite de 3,6 ml (2 tubetes) por sessão de atendimento. • A prilocaína está contraindicada. • Vasoconstritores como felipressina e oxitocina são contraindicados, pois podem levar a contrações uterinas. • Os analgésicos indicados são: paracetamol ou dipirona. • Os antibióticos indicados são: penicilina e cefalosporina. • Evitar anti-inflamatórios.

Outra ação de destaque que deve ser realizada no pré-natal é a avaliação da situação vacinal da gestante. Idealmente, a atualização da imunização da mulher deve ocorrer na abordagem pré-gestacional; entretanto, quando a imunização não ocorre nesse período, deve ocorrer no pré-natal, que é o momento oportuno e essencial para revisar o cartão de vacina e proceder à vacinação recomendada para proteger a saúde materno-fetal. Consulte o Calendário de Vacinação da Gestante.

PARA SABER MAIS

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm GESTANTE - Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2020/2021

Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>.

Entre as atribuições dos profissionais da eSF, na abordagem da gestante, estão previstos o planejamento e a participação na execução de atividades de educação em saúde. Esta é uma ação importante que visa manter a mulher informada sobre as modificações, os sinais e sintomas fisiológicos de cada fase da gravidez.

As ações educativas coletivas geralmente são realizadas com a participação da equipe multidisciplinar de apoio à APS.

A equipe multiprofissional que acompanha a mulher no ciclo gravídico puerperal deve estabelecer 'Plano Terapêutico Singularizado de cuidados gestacionais'. Uma das estratégias de otimização do cuidado à gestante no pré-natal é proceder a outras abordagens clínicas pelos demais profissionais, como, por exemplo: casos de sobrepeso ou obesidade podem demandar a participação do nutricionista, em ações individuais; assistentes sociais e psicólogos podem ser demandados para atenderem gestantes em situação de vulnerabilidade psicossocial, sofrimento mental, dependência química (álcool, tabaco, outras drogas); fisioterapeutas são requisitados para orientações referentes a alterações posturais, compressão.

Nos municípios que têm implantada a Academia das Cidades, a presença do educador físico melhora a adaptação da mulher às alterações próprias do período gravídico-puerperal. Entre as boas práticas que as gestantes devem realizar, inclui-se a prática de exercícios físicos.

São recomendados 30 minutos de exercícios físicos diários, de intensidade moderada, em toda gravidez, exceto quando existem contraindicações absolutas (Quadro 5).

Quadro 5 - Contraindicações para o exercício físico durante a gestação

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Ruptura de membrana e trabalho de parto prematuro	Histórico de aborto espontâneo ou parto prematuro em gestação prévia
Sangramento persistente no segundo ou terceiro trimestre/ placenta prévia	Doença cardiovascular ou respiratória leve/moderada (exs: hipertensão crônica, asma)
Hipertensão induzida pela gestação ou pré-eclâmpsia	Anemia ou deficiência de ferro (Hb menor que 10g/L)
Incompetência istmo-cervical	Desnutrição ou transtorno alimentar (anorexia, bulimia)
Evidência de restrição de crescimento intrauterino	Gestação gemelar após 28 semanas
Diabetes tipo I, hipertensão ou doença da tireoide não controlados	Outra condição médica significativa
Outras doenças graves: cardiovascular, respiratória ou sistêmica	

Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2019).

O momento do parto é o ápice do período gestacional, acompanhado durante o pré-natal ou desde o planejamento reprodutivo da mulher ou do casal grávidico. Esse momento deve possibilitar experiência emocional, física e espiritual capaz de superar os medos, as dores e as incertezas que podem acometer a mulher nesse momento específico. Nas últimas décadas, vêm crescendo movimentos de resgate à dignidade da mulher no momento do parto, com reafirmação do protagonismo da gestante, divulgações que incentivem o “bom parto”, além de sondagens e repúdio às violências obstétricas.

A promoção para um “bom parto” inicia-se durante o pré-natal desvendando mitos, acolhendo e respondendo às dúvidas das gestantes e de seus familiares. Quando uma mulher engravida, todos ao redor também são influenciados e influenciadores dessa maternidade, principalmente as avós! Uma estratégia a ser desenvolvida com as gestantes durante o pré-natal é a realização do “Plano de Parto”. Na Caderneta da Gestante existe espaço para que o “Plano de Parto” possa ser registrado. Nesse espaço, a gestante pode registrar desejos, preocupações e reflexões sobre esse momento.

Uma das ações que contribui para promover segurança e ambientação da gestante para o parto é o direito da grávida ao conhecimento e a vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto e/ou atendimento nos casos de intercorrências durante o pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011a; 2012b; 2013; 2014b).

Além de informar sobre esse referenciamento, os profissionais das equipes das Unidades de APS podem promover e realizar visita à parturiente na maternidade, como atividade do pré-natal.

PARA SABER MAIS, LEIA.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico], 2017b. 51 p.

Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

Seção 2

Queixas e intercorrências mais frequentes na gestação

As principais queixas da gestante decorrem de adaptações da mulher ao estado gravídico e, em geral, não comprometem a qualidade de vida da gestante e o desenvolvimento fetal. A abordagem das queixas podem ser solucionadas pelos profissionais da eSF que desenvolvem o cuidado no pré-natal.

Existem situações, menos frequentes, cujo agravamento dos sintomas e dos sinais pode levar a repercussões na saúde materno-fetal e evidenciar, na realidade, uma entidade nosológica específica e que demanda cuidados, terapêuticas, encaminhamentos e monitoramento específicos e oportunos.

2.1 Queixas e intercorrências: abordagem e cuidados de principais queixas na gravidez

Durante o período gestacional, as mulheres apresentam várias queixas que decorrem de adaptações fisiológicas maternas ao estado gravídico. Esses sintomas, geralmente, não comprometem a qualidade de vida da gestante e o desenvolvimento fetal. Nesses casos, as ações coletivas de educação em saúde para as gestantes e a consulta individual de pré-natal conseguem sanar as preocupações e dúvidas que ocorram no ciclo gravídico puerperal (Quadro 6).

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

NÁUSEAS E VÔMITOS
<p>Considerações: 80% das grávidas têm algum grau de náuseas, com ou sem vômito. Iniciam-se na 6^a à 8^a semana, com pico na 9^a semana e diminuem até a 18^a semana de gestação. Cerca de 10% das gestantes têm enjoos até o final da gravidez. Em geral, são mais intensos pela manhã, ao acordar, ou após jejum prolongado e pioram pela exposição a efeitos “gatilhos”, tais como: estímulos sensoriais (olfato ou paladar) e de posicionamento. Quando mais graves/intensos, denominam-se “hiperemese gravídica” (vômitos persistentes, perda de peso maior que 5% do peso anterior à gestação, alteração da volemia sem outras causas).</p> <p>Predisposição: grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas; gestações não planejadas, dentre outras possibilidades de instabilidades emocionais. Sinais de alerta: piora do estado geral, sinais de desidratação, hipovolemia e/ou distúrbios metabólicos.</p> <p>O que fazer: sugerir mudanças na dieta e no estilo de vida, evitar fatores desencadeantes/gatilhos. Evitar o estômago vazio, alimentar-se lentamente e em pequenas quantidades, a cada uma a duas horas. Os líquidos devem ser consumidos pelo menos 30 minutos antes ou depois dos alimentos sólidos. Consumir alimentos que contenham gengibre; o uso do ácido fólico antes de engravidar ajuda na prevenção de náuseas e vômitos durante a gravidez. Medicamentos iniciais: Piridoxina (vitamina B6): meclizina; proclorperazina; metoclopramida. Casos de maior gravidade podem exigir hospitalização (SMITH; FOX, 2020).</p> <p>Observação: A Agência de Vigilância Sanitária (2019) emitiu alerta para o risco de ocorrência de malformações congênitas em filho de mulher que, durante o 1^o trimestre de gravidez, fez tratamento preventivo de náuseas e vômitos com o Cloridrato de Ondansetrona. Recomendação: cautela na indicação do Cloridrato de Ondansetrona para gestantes no 1^o trimestre; quando prescrito para mulheres em idade fértil, deve ser associado a medidas contraceptivas.</p>
QUEIXAS URINÁRIAS
<p>Considerações: alterações estruturais e funcionais dos rins e do trato urinário, como: aumento no tamanho do rim, da taxa de filtração glomerular, fluxo plasmático renal; a dilatação dos ureteres e da pelve renal pode ocasionar a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), disúria, urgência e incontinência de estresse. Podem ocorrer mais alterações fisiológicas na gestação: alcalose respiratória, hiponatremia leve, glicosúria e proteinúria de até 300 mg/dia, redução na concentração sérica de creatinina (THADHANI,2020).</p> <p>Sinais de alerta: presença de sintomas sistêmicos, dor abdominal/contrações uterinas, risco de bacteriúria assintomática ou infecção urinária.</p> <p>O que fazer: orientar treinamento muscular do assoalho pélvico, para contribuir com a diminuição dos sintomas de urgência e incontinência urinária. Realizar solicitações de exame de urina conforme proposto no checklist do pré-natal.</p>

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

DOR ABDOMINAL/ CÓLICA
<p>Considerações: devem ser excluídas em todas as mulheres em idade fértil com dor abdominal a ocorrência de gravidez. O simples desconforto abdominal faz parte de uma gravidez normal. Entretanto, deve ser feito exame obstétrico completo e a definição rápida do diagnóstico, pois pode ser necessária intervenção de urgência.</p> <p>Sinais de alerta: associação da dor com sangramento vaginal e hipertensão pode sinalizar gravidade relacionada à gestação; sinais peritoneais nunca são normais, e a associação com outros sintomas (febre, dor de cabeça, náuseas e vômitos) requer complementação diagnóstica. Ressalta-se que o estado gravídico está associado a um risco aumentado de cálculos biliares e com a possibilidade de apendicite, devido ao fato de o aumento uterino deslocar o intestino.</p> <p>O que fazer: solicitar exames de imagem (ultrassonografia abdominal e pélvico/obstétrico) e intervenções clínicas – cirúrgicas, se necessário.</p>
EDEMA
<p>Considerações: geralmente, surge no terceiro trimestre da gestação; limita-se aos membros inferiores e, às vezes, às mãos. Piora quando a grávida fica em pé por período prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.</p> <p>Sinais de alerta: o edema patológico, em geral, está associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia; deve-se verificar se há cefaleia e escotomas visuais associados.</p> <p>O que fazer: verificar pressão arterial, realizar proteinúria. Caso seja fisiológico, evitar ficar muito tempo em pé e levantar os membros inferiores (POMERANZ, 2019).</p>
PIROSE / AZIA
<p>Considerações: decorre do fluxo ácido ou de doença do refluxo gastroesofágico, que tende a piorar com a evolução da gestação. Os sintomas são referidos como: queimação no peito, na garganta ou sabor ácido na boca, dor de estômago ou no peito; dificuldade em engolir, rouquidão ou dor de garganta, além de tosse (BIANCO, 2019).</p> <p>Sinais de alerta: azia intensa, dor no peito, sintomas que não melhoram com o tratamento, febre, dor de cabeça. Pensar em avaliar sinais de pré-eclâmpsia quando a azia associa-se a náuseas ou vômitos.</p> <p>O que fazer: recomendar alimentação fracionada (pelo menos, três refeições ao dia e dois lanches); evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições. Ingerir líquido gelado durante a crise; elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto); evitar frituras, café, chá-mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; evitar álcool e fumo – preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação. Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: hidróxido de alumínio ou magnésio, dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se; bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons. Grávidas não devem tomar antiácidos que contenham bicarbonato de sódio e trissilicato de magnésio.</p>

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

SIALORREIA
<p>Considerações: a sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva, é uma das queixas que mais incomodam na gravidez; é considerada condição patológica.</p> <p>Sinais de alerta: frequentemente associa-se à hiperemese gravídica.</p> <p>O que fazer: orientar que é comum no início da gestação; manter dieta indicada para náuseas e vômitos; deglutir a saliva e tomar bastantes líquidos (BIANCO, 2019).</p>
FRAQUEZA/ TONTURA/ SÍNDROME DA HIPOTENSÃO POSTURAL/ PALPITAÇÕES
<p>Considerações: na gestação, ocorrem alterações hemodinâmicas como: aumento do débito cardíaco e do volume sanguíneo, redução da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial. Essas alterações iniciam-se no 1º trimestre, atingem seu pico no 2º e no 3º trimestres e ficam mais estáveis até o parto. A posição supina reduz o débito cardíaco e o volume sistólico e aumenta a frequência cardíaca devido à compressão da aorta e da veia cava do útero em expansão. A pressão arterial (PA) retorna aos níveis de pré-gravidez durante o 3º trimestre (FOLEY, 2020).</p> <p>Sinais de alerta: hipotensão arterial e hipóxia cerebral transitória, levando a sintomas de tonturas e desmaios. Também podem decorrer de hipoglicemia.</p> <p>O que fazer: orientar que os episódios são de breve duração e intensidade, sem necessidade de medicamentos. Evitar a inatividade; fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); evitar jejum prolongado; procurar sentar-se e abaixar a cabeça ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo, respirar profunda e pausadamente; evitar ambientes quentes e sem ventilação adequada; ingerir líquidos; usar meias elásticas para melhorar o retorno venoso.</p>
FALTA DE AR/ DIFICULDADE PARA RESPIRAR/ HIPERPNEIA INOCENTE
<p>Considerações: a hiperventilação é a maior responsável pelo distúrbio respiratório, embora o crescimento do útero exerça compressão mecânica no diafragma. Os sintomas têm início gradual, com fadiga fácil, diminuição da tolerância ao exercício, estertores basais que desaparecem com tosse ou respiração profunda (WEINBERGER, 2019).</p> <p>Sinais de alerta: tosse; edema; história de asma e outras pneumopatias; sinais ou história de trombose venosa profunda; história de trauma recente; febre.</p> <p>O que fazer: realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, prosseguir propedêutica. Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo e elevar a cabeceira (ajuda a resolver o fator mecânico).</p>
INCHAÇO ABDOMINAL / OBSTIPAÇÃO/ CONSTIPAÇÃO INTESTINAL / FLATULÊNCIAS
<p>Considerações: as mudanças hormonais da gestação alteram a mobilidade intestinal, sem repercutir na adsorção e/ou secreção gastrointestinal. Geralmente está associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas (BIANCO, 2019).</p> <p>O que fazer: orientar a ingestão de alimentos ricos em fibras; aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja); evitar alimentos que causem muita fermentação. Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve). Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas). Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações). Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: supositório de glicerina.</p>

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

HEMORROIDA

Considerações: as hemorroidas preexistentes e assintomáticas podem ser agravadas e as já sintomáticas pioram na gestação, sobretudo, no parto e no pós-parto.

Sinais de alerta: aumento da intensidade da dor; endurecimento do botão hemorroidário; sangramento retal.

O que fazer: recomendar dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; banho de assento com água morna; usar anestésicos tópicos, se necessário. Observação: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar a paciente para o hospital de referência (BIANCO, 2019).

DORES OSTEOMUSCULARES

Considerações: podem acometer várias estruturas osteomusculares:

- dores lombares decorrentes das adaptações posturais (lordose) e da frouxidão das articulações;
- dor nas mãos e nos punhos: decorrentes de compressão do túnel do carpo;
- dor na sínfise púbica periparto;
- dores musculoesqueléticas;
- dor lombar pós-parto - coccidínia pós-parto (dor no cóccix);
- câimbras: geralmente na 2ª metade da gestação.

Avaliar sempre: características da dor – mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento.

Sinais de alerta: febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico; história de trauma.

O que fazer: orientar a postura ao sentar-se e andar; evitar corrigir a lordose fisiológica; recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; recomendar a aplicação de calor local, massagens especializadas e acupuntura; indicar atividades de alongamento e orientação postural; hidratação aumentada. Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas. Os opioides devem ser evitados durante a gravidez; orientar a fisioterapia. (BERMAS, 2020).

CEFALEIA

Considerações: avaliar se os sintomas já ocorriam antes da gravidez (enxaqueca prévia); se têm relação com outra patologia; quais medicamentos eram utilizados. A enxaqueca tende a melhorar na gestação, e a cefaleia tensional geralmente se mantém. No pós-parto, há a tendência de aumentar a cefaleia, inclusive a possibilidade da dor de cabeça pós-punção e trombose venosa cerebral.

Sinais de alerta: a pré-eclâmpsia deve ser considerada em todas as gestantes acima de 20 semanas de gestação com dor de cabeça. É considerada precursora da eclâmpsia. Pode estar associada a um distúrbio grave subjacente (evento neurovascular agudo).

O que fazer: orientar repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores; orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade e outros sintomas associados. Considerar o uso de analgésicos comuns: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas (LEE; GUINN; HICKENBOTTOM, 2019).

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

VARIZES
<p>Considerações: as varicosidades, geralmente, são na safena, na vulva e na hemorroida. Etiologia: alterações hemodinâmicas e genéticas. Não são evitáveis. A sintomatologia evolui com a gestação (POMERANZ, 2019).</p> <p>Sinais de alerta: dor contínua ou ao final do dia; presença de sinais flogísticos; edema persistente. Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.</p> <p>O que fazer: orientar sobre terapia de suporte; mudar de posição com maior frequência; não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas; repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia; utilizar meia elástica com suave ou média compressão. Tratamento específico só no pós-parto.</p>
ESTRIAS
<p>Considerações: lesões dermatológicas devidas à alteração do tecido conjuntivo, que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior; na região glútea, nas coxas e nos seios e braços; têm predisposição genética.</p> <p>O que fazer: não existe método eficaz de prevenção e/ou tratamento; o uso de ácido retinoico é contraindicado na gestação e na amamentação (POMERANZ, 2019).</p>
MELASMA, CLOASMA GRAVÍDICO
<p>Considerações: refere-se ao aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face (pigmentação da pele); ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes e, geralmente, regride dentro de um ano.</p> <p>O que fazer: orientar que é comum e que diminui ou desaparece após o parto; evitar exposição direta ao sol (usar chapéu ou sombrinha), utilizar filtro solar, aguardar o pós-parto para tratamento medicamentoso (POMERANZ, 2019).</p>
DIMINUIÇÃO NA MOVIMENTAÇÃO FETAL- (DMF)
<p>Considerações: a ausência, diminuição ou parada de movimentação fetal pode ser decorrente da hipoxemia.</p> <p>Sinais de alerta: mudanças abruptas no padrão de movimentação do concepto podem revelar comprometimento fetal.</p> <p>O que fazer: nunca esperar mais de duas horas para buscar serviço de saúde, preferencialmente assistência obstétrica, se houver parada do movimento fetal. Realizar avaliação clínica obstétrica. Recomenda-se, a partir de 26 semanas, a realização de “mobilograma” (diário dos movimentos fetais: pós-café, almoço e jantar; o normal são seis ou mais movimentos em uma hora, em decúbito lateral esquerdo). Pode ser necessária US com Perfil Biofísico Fetal – PBF (avaliação da atividade fetal, respiração, tônus e volume de líquido amniótico).</p> <p>Dependendo da idade gestacional, pode ser necessária a definição do parto, assim proposta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestante com ≥ 39 semanas e DMF, sugerir realização de parto. • Gestante com menos de 37 semanas, sugerir testes sem estresse e exame de ultrassom duas vezes por semana com PBF e contato com o serviço de saúde. • Gestante com ≥ 37 semanas e 39 semanas com DMF, sugerir indução com decisão compartilhada (FRETTS, 2020).

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

SANGRAMENTO NA GENGIVA/ GENGIVITE NA GESTAÇÃO/ EPISTAXE E CONGESTÃO NASAL
<p>Considerações: alterações vasculares e inflamatórias relacionadas ao hormônio da gravidez, associadas à flora bacteriana, podem causar inflamação gengival e hipertrofia significativas. A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de atenção especializada.</p> <p>Sinais de alerta: presença de outras patologias, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelet count). Casos graves de epistaxe devem ser encaminhados ao especialista.</p> <p>O que fazer: recomenda-se escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental; orientar a realização de massagem na gengiva; realizar bochechos com soluções antissépticas. Agendar atendimento odontológico sempre que possível. Em relação à congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico. Epistaxe: leve compressão na base do nariz (BIANCO, 2019).</p>
PRURIDO
<p>Considerações: pode ser fisiológico, devido ao dermatografismo (uma marca transitória geralmente levantada e avermelhada, resultante da pressão sobre a pele), à urticária ou a dermatoses específicas da gravidez (colestase intra-hepática da gravidez). Ocorre mais frequentemente no couro cabeludo, no ânus, na vulva, no abdome (3º trimestre).</p> <p>O que fazer: exposição ao sol ajuda a aliviar os sintomas; uso de anti-histamínicos (POMERANZ, 2019).</p>

Fonte: adaptado pelas autoras. BRASIL, 2013, 2016b, BERMAS, 2020; BIANCO, 20219; FRETTS, 2020; LEE; GUINN; HICKENBOTTOM, 2019; POMERANZ, 2019; SMITH; FOX, 2019; THADHANI, 2020; UPT

Cabe ressaltar que alguns sinais e sintomas de alertas na gravidez requerem imediata atitude e avaliação médica para esclarecimento e resolução. Nessas situações, a classificação risco é alterada e o profissional deve conhecer a Rede de Atenção à Saúde e referenciar o caso para serviços de urgência e emergência, preferencialmente obstétrica. São eles:

- sangramento vaginal;
- escotomas visuais, cefaleia, dor epigástrica e edema generalizado;
- perda de líquido e contrações uterinas;
- diminuição e/ou parada da movimentação fetal;
- febre.

Para além das ações de abordagem dos sintomas mais frequentes na gravidez, também existe a necessidade de que os profissionais da eSF saibam reconhecer as principais intercorrências/ agravos que acometem as gestantes. Os profissionais médicos da eSF, além de realizarem o diagnóstico, devem saber manejar e, se necessário, conduzir a grávida para outros pontos da rede de assistência obstétrica, a fim de evitar desfechos negativos materno e/ou fetais.

2.2 Síndromes hemorrágicas

Na ocorrência de sangramento na gravidez, os profissionais da eSF (médico e ou enfermeiro) devem investigar possíveis causas de modo a orientar condutas diferenciadas.

De maneira sumarizada, pode-se dividir o sangramento de acordo com a idade gestacional:

- 1º trimestre da gravidez e antes das 20 semanas: gravidez ectópica; abortamentos (ameaça ou iminente, incompleto ou completo, ou retido); fisiológica (isto é, relacionada ao implante da gravidez), doença trofoblástica gestacional e decorrente de patologia cervical, vaginal ou uterina. Cabe citar a possibilidade de abortamento infectado que, para além do sangramento, associa-se a secreção fétida, dor pélvica, febre, alteração do estado geral ou não.
- 2º e 3º trimestres: placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, incompetência istmo-cervical, ruptura uterina, doença trofoblástica gestacional, gravidez ectópica não tubária. Ao exame físico/obstétrico, não se deve tocar a gestante, e sim usar espéculo para avaliar origem do sangramento, devido à possibilidade de placenta prévia.

É fundamental avaliar a associação com dor pélvica/abdominal e a intensidade do sangramento com as repercussões hemodinâmicas na gestante e a condição fetal no momento da assistência. Vale lembrar que a grávida pode não apresentar taquicardia e hipotensão na vigência de sangramento intenso (NORWITZ; PARK, 2019).

Quando houver necessidade do referenciamento para outro serviço, deve-se proceder ao “encaminhamento responsável”:

- nos casos de suspeita de gravidez ectópica, abdômen agudo, sangramento intenso – ainda na UBS –, puncionar dois acessos venosos calibrosos, iniciar hidratação venosa vigorosa e solicitar a transferência da gestante à maternidade de referência;
- gestante com sangramento, mesmo que não seja intenso, necessita ser encaminhada para prosseguir na propedêutica que inclui realização de ultrassonografia pélvica/obstétrica;
- recomenda-se a imunoglobulina anti-D à gestante negativa com sangramento vaginal.

2.3 Diabetes gestacional

A diabetes mellitus gestacional (DMG) é definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto (BRASIL, 2013). Entre os fatores de risco para DMG, deve-se investigar (BRASIL, 2016b; DURNWALD, 2020):

- idade de 35 anos ou mais;
- sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual, principalmente entre 18 a 24 semanas; gestação gemelar;
- deposição central excessiva de gordura corporal;
- baixa estatura ($\leq 1,50$ m);
- crescimento fetal excessivo, polidrânio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia (peso $\geq 4,5$ kg) ou diabetes mellitus gestacional (DMG);
- história familiar de diabetes mellitus (DM) em parentes de 1º grau;
- Síndrome de ovários policísticos síndrome metabólica, uso de glicocorticoide, doença cardiovascular, acantose nigricans.
- história pregressa de intolerância à glicose (glicohemoglobina $\geq 5,7$); diabetes gestacional em gravidez anterior.

Atualmente, não existe consenso quanto aos critérios para definição da diabetes mellitus durante a gestação; apresentamos o protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2019), conforme Figuras 4 e 5 (BELO HORIZONTE, 2019).

Figura 4 - Diagnóstico de diabetes mellitus antes de 24 semanas

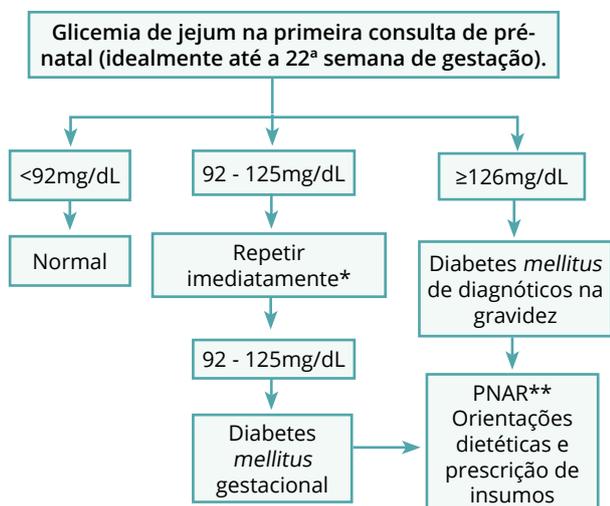
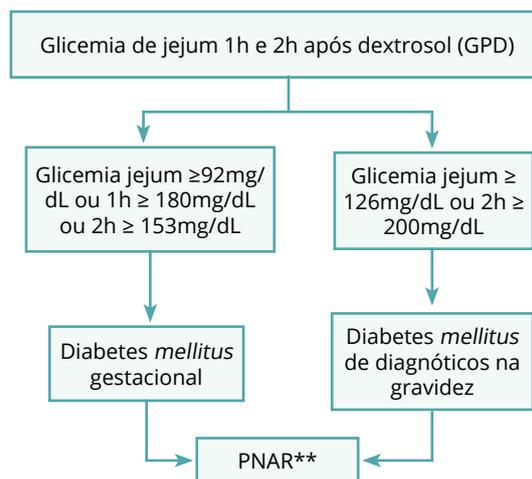


Figura 5 - Diagnóstico de diabetes mellitus entre 24 e 28 semanas



Fonte: BELO HORIZONTE, 2019, p. 59-60. Obs: A Associação Americana de Diabetes – ADA e a American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG consideram normais os níveis, para gestantes, de concentrações de glicemia de jejum de 95mg/dl glicemia; para uma hora pós-prandial: 140mg/dl; e em duas horas pós-prandial: 120mg/dl (DURNWALD, 2020).

Recomendações para as gestantes com DM tipo 2 (DURNWALD, 2020):

- o ponto central é o controle glicêmico e requer tratamento;
- terapia nutricional com controle alimentar; a redução de peso contribui para eliminação do fator de risco da obesidade e do sobrepeso;
- automonitoramento glicêmico;
- exercícios físicos moderados;
- suspensão do fumo;
- insulino terapia, se necessário (10% a 20% necessitarão usar insulina, de ação rápida e intermediária), caso as medidas não farmacológicas não controlem o DMG;
- os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação devido ao risco aumentado de anomalias fetais;
- na grande maioria dos casos, os efeitos relacionados ao DMG para a mãe e para o feto em formação não são graves;
- o uso de insulina deve ser mantido nas gestantes que já faziam uso dela antes da gravidez e iniciado nas diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes orais.

Os adoçantes artificiais podem ser usados (aspartame, sacarina, acessulfame-K e neotame) com moderação.

No puerpério, a gestante diagnosticada com diabetes mellitus gestacional deve ser reclassificada e, 42 (quarenta e dois) dias após o parto, deve ser feita a glicemia de jejum e GPD duas horas após o uso de 75g de dextrosol (o resultado deve ser analisado segundo valores de referência).

2.4 Síndromes hipertensivas

Considera-se hipertensão na gravidez quando a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, em pelo menos duas ocasiões, com mínimo de 4 horas de intervalo. A pressão diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. Em algumas situações, devido à vasodilatação fisiológica da gravidez, a pressão diastólica pode aproximar-se de zero. Para avaliação da PA, as pacientes devem estar em repouso e sentadas em ângulo de 45°, com manguito apropriado à circunferência braquial e na altura do coração. Quando a PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg, configura-se hipertensão arterial grave (FREIRE E TEDOLDI, 2009).

Na gestação, a hipertensão pode aparecer de quatro maneiras principais (AUGUST; SIBAI, 2020):

- Hipertensão gestacional: PAS ≥ 140 mmHg / PAD ≥ 90 mmHg, após 20 semanas de gestação, em mulheres com PA normal antes da gravidez, sem proteinúria e sem fatores de gravidade para pré-eclâmpsia.
- Hipertensão crônica (preexistente): PAS ≥ 140 mmHg / PAD ≥ 90 mmHg, antes de 20 semanas de gestação, ou é diagnosticada primeiramente na gestação e persiste depois de 12 semanas de pós-parto.
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia/Síndrome HELLP: PAS ≥ 140 mmHg / PAD ≥ 90 mmHg, depois de 20 semanas de gestação, em mulheres com PA normal antes da gravidez, com proteinúria (≥ 300 mg na coleta de urina de 24 horas) ou com alterações de gravidade, tais como: trombocitopenia (plaquetas 100000/microL), insuficiência renal (creatinina: 1,1mg/dl ou dobro do valor normal de creatinina sem lesão renal), aumento das transaminases hepáticas com valor duas vezes maior que o normal, edema pulmonar, sintomas visuais, (escotomas visuais, tonturas). Nos casos severos de pré-eclâmpsia, a PAS pode atingir ≥ 160 mmHg e a PAD ≥ 110 mmHg, além dos fatores de gravidade relatados anteriormente e/ou dor epigástrica ou dor no hipocôndrio direito, sem relacionar-se a outras causas. O diagnóstico de eclâmpsia ocorre quando a gestante com pré-eclâmpsia apresenta convulsões, sem outras causas. A síndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liverenzymes, and Low Platelet count) é uma variante grave da pré-eclâmpsia com hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia.
- Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica: nessa situação, ocorre aumento

abrupto da PA, a qual estava estável e controlada com anti-hipertensivo. Pode apresentar uma forma severa quando associar fatores de gravidade descritos anteriormente.

O diagnóstico diferencial entre as formas de hipertensão relatadas é decisivo para o direcionamento propedêutico e o prognóstico materno fetal.

Com a implantação da Rede Cegonha, foi incluída a possibilidade de realização, na UBS, do exame de proteinúria, por meio do teste rápido (proteinúria de fita).

Os profissionais da eSF (médicos e enfermeiros) devem considerar alguns aspectos na abordagem terapêutica à gestante com hipertensão na gravidez:

- Sinal de alerta: se houver aumento de ≥ 30 mmHg da PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg de diastólica em relação à PA anterior à gestação ou até a 16ª semana de gestação. Nessa situação, se a gestante é assintomática e a PA = 140/90 mmHg, reavaliar frequentemente e orientar medidas não farmacológicas, como orientações alimentares e repouso na posição lateral.
- O tratamento farmacológico deve ser instituído se a PA aferida for $\geq 150/100$ mmHg.
- Entre os anti-hipertensivos para o tratamento farmacológico da hipertensão crônica na gestação, a metildopa (750-2.000 mg/dia) é a droga de escolha, por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto. Uma possibilidade medicamentosa anti-hipertensiva para as gestantes são os antagonistas de canais de cálcio, entre eles o nifedipino (10-80 mg/dia). Os medicamentos betabloqueadores, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e os antagonistas da angiotensina II devem ser substituídos, devido ao potencial de alterações fetais. Pacientes com hipertensão crônica podem ser encaminhadas ao Pré-natal de Alto Risco.
- No pós-parto, até 42 dias, se a puérpera apresentar PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg, os profissionais da eSF devem encaminhá-la à maternidade de referência para avaliação e propedêutica laboratorial.
- Na suspeita de pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP ou pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, os profissionais da eSF devem encaminhar as gestantes ao serviço de referência obstétrica, para esclarecer diagnóstico e definir a terapêutica.

2.5 Anemias

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE define a anemia quando a dosagem de hemoglobina (Hb) é menor que 11g/dl / hematócrito (Htc) menor que 33% no primeiro trimestre; menor que 10,5g/dl (Htc entre 31 a 32%) no segundo trimestre; Hb menor que 10,5 a 11 g/dl (Htc 33%) no terceiro trimestre e, no pós parto, Hb menor que 10g/dl (Htc menor que 30%). A principal causa de anemia na gestação é fisiológica (quando a expansão do volume plasmático excede o aumento no volume de glóbulos vermelhos), seguida pela anemia deficiência de ferro (AUERBACH; LANDY, 2020).

Entre os fatores de risco predisponentes à ocorrência de anemia por deficiência de ferro na gestante, encontram-se (BRASIL, 2016b; AUERBACH; LANDY, 2020):

- dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais; vegetarianas e veganas;
- perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão;
- presença de comorbidade crônica e debilitante, inclusive perdas sanguíneas secundárias a procedimento cirúrgico ou traumas, sangramentos uterinos anteriores, obesidade;
- histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e anemia falciforme;
- multiparidade;
- tabagismo.

No caso da Hb entre 8 a 11g/dl, a anemia é considerada leve a moderada, sendo possível ser avaliada e tratada na APS, pelos profissionais da eSF (médico ou enfermeiro).

Nessa situação, deve-se realizar exame parasitológico de fezes, para diagnóstico de parasitose. Quando a anemia é ferropriva, a terapêutica deve ser com sulfato ferroso, 200mg/dia, preferencialmente 30 minutos antes de refeição, com ingestão de suco cítrico.

Quando a Hb é menor que 8g/dl, a situação representa anemia grave e deve-se ampliar a investigação da etiologia com acompanhamento no serviço de Pré-natal de Alto Risco (PNAR).

Com o advento da Rede Cegonha, foi incorporada aos exames de rotina de pré-natal, na APS, a eletroforese de hemoglobina. No caso de identificação da Anemia Falciforme, as gestantes serão encaminhadas ao PNAR.

Outras possibilidades de anemia que necessitam suplementação e com condições de serem tratadas na APS são as anemias megaloblásticas/macrocíticas (Volume Corpuscular Médio – VCM menor que 100) por deficiência de folato; nesse caso, há necessidade de suplemento com ácido fólico (1 a 4mg/dia); e a deficiência de vitamina B12, em situações de doença gastrointestinal, cirurgia bariátrica, hábito nutricional vegetariano/vegano (AUERBACH; LANDY, 2020).

2.6 Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, causada pelo *reponema pallidum*, de transmissão sexual ou vertical, que pode causar, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença. A sífilis é um agravo de notificação compulsória: na forma de sífilis congênita, em gestante e adquirida (em não gestante). Quando se realiza o diagnóstico de sífilis na gestação, a intervenção deve ser imediata; quanto mais rápida a intervenção, menor será a possibilidade de transmissão vertical. A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante; quanto mais recente a infecção materna, maior é o risco de comprometimento fetal. É necessário que os profissionais da eSF conheçam e suspeitem da possibilidade de sífilis e ofereçam a testagem. Os testes treponêmicos compreendem: o teste rápido (TR), o FTA-Abs, o TPHA, o EQL e o ELISA. O exame VDRL é não treponêmico. O resultado dos exames, especialmente do teste rápido e do VDRL, vai orientar a terapêutica e o monitoramento a ser realizado.

O tratamento da sífilis é proposto de acordo com a fase clínica da doença (BRASIL, 2015a; 2016b; 2017a; 2017b):

- Sífilis primária: penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo).
- Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, repetida após uma semana, sendo a dose total de 4.800.000 UI.
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, semanal (por três semanas), sendo a dose total de 7.200.000 UI.

OBSERVAÇÃO: ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS

Há protocolos que se dividem em duas possibilidades terapêuticas (BELO HORIZONTE, 2019):

- Sífilis primária, secundária e latente precoce (um ano de possível infecção): dose total de penicilina benzatina, 2.400.000 UI, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo).
- Sífilis tardia, latente tardia (um ano de possível infecção ou duração ignorada): penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, semanal (por três semanas), sendo a dose total de 7.200.000 UI.

Na Caderneta da Gestante há um espaço específico para anotação das doses de penicilina benzatina administradas à gestante. Os profissionais da eSF devem estar atentos para alguns aspectos relacionados ao tratamento da sífilis, tais como:

- Se teste rápido e/ou VDRL for não reagente/negativo, repetir o teste rápido e/ou o VDRL no 3º trimestre da gestação (28ª semana), assim como no parto e em caso de abortamento.
- Teste rápido reagente/positivo: solicitar VDRL, retorno em sete dias com este exame e iniciar tratamento da sífilis. Não esperar o resultado do VDRL para iniciar a terapêutica.
- Se VDRL positivo verificar titulação, que será importante para monitoramento terapêutico da gestante no pré-natal e completar a terapêutica.
- Se parceiros com testes positivos, tratar conforme fase clínica da doença. Na situação de parceiro com teste negativo, dose profilática de penicilina benzatina (2.400.000 UI) dose única. Repetir o exame em 30 dias.
- A terapêutica inicial da sífilis, quando na fase recente, pode desencadear a reação de Jarisch-Herxheimer (exacerbação das lesões cutâneas e a presença de febre, adinamia, artralgias, mialgia, com regressão espontânea em 12 a 48 horas). Não é necessário interromper o tratamento, pois não se trata de efeito colateral da penicilina.
- A penicilina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e trata a gestante e o feto; por isso, grávida com história de alergia à penicilina deve realizar a dessensibilização em serviços que ofereçam essa alternativa.
- Outra possibilidade farmacológica para terapêutica da sífilis: ceftriaxona 1g, IV ou IM, uma vez ao dia, por oito a 10 dias (gestantes e não gestantes).

O monitoramento da gestante com sífilis é fundamental durante o pré-natal e apresenta as seguintes peculiaridades:

- A terapêutica leva à negatificação do VDRL em 6 a 12 meses, porém pode manter titulação baixa por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é a chamada memória ou cicatriz sorológica da sífilis.
- O VDRL deve ser realizado mensalmente para controle de cura.
- Para sífilis primária e secundária, os títulos do VDRL declinam em torno de quatro vezes em três meses, e cerca de oito vezes em seis meses.
- Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após um ano, pode ser dada alta.
- Caso o VDRL apresente elevação no titulação, a gestante e seu(s) parceiro(s) devem ser imediatamente tratados.

Os profissionais da eSF devem orientar as gestantes e seu(s) parceiro(s) a utilizar preservativo enquanto realizarem tratamento da sífilis.

2.7 Vulvovaginites

Na gestação, as vulvovaginites mais frequentes são a candidíase, a vaginose bacteriana e a tricomoníase, sendo esta última de transmissão sexual. O tratamento da vaginose em pacientes sintomáticas e da tricomoníase são importantes devido ao risco de complicações como rotura prematura de membranas, parto prematuro, infecção puerperal, entre outras (CAMARGOS; MELO, 2016b). O diagnóstico faz-se através do exame da genitália da gestante, por isso é importante conhecer os sinais e sintomas para que o tratamento seja efetivo (BRASIL, 2015).

Os sinais e sintomas das vulvovaginites são:

- **Candidíase vaginal** – cursa com prurido na vagina e, às vezes, na vulva, que piora à noite; exacerba-se com o calor local; associa-se a edema, rubor, fluxo genital esbranquiçado, grumoso, variando de espesso a aquoso, branco, aderente, tipo nata de leite, escoriações na vulva (devido ao prurido vulvar). Pode cursar com dor na relação sexual (dispareunia) e dor no ato da micção (disúria).
- ***Gardnerella vaginalis*** – ocorre sem prurido, sem irritação vulvar; ao exame especular, a mucosa vaginal é normal, sem eritema, corrimento branco-acinzentado, homogêneo, fino, com pequenas bolhas e odor de pescado; o odor se dispersa com o teste KOH a 10%.
- **Tricomoníase** – 50% das gestantes são assintomáticas. Quando apresentam sintomas, podem ter irritação/prurido vulvar (sintoma variável, pode provocar eritema na vulva e no períneo), dor para urinar (com exame de urina rotina e urocultura normais) e dor na relação sexual, prurido leve na vagina, com odor ou não; ao exame especular, o corrimento é amarelo-esverdeado, espumoso.

Para o tratamento das vulvovaginites, recomenda-se (BRASIL, 2015):

- **Candidíase vaginal:**
 - ✓ Miconazol creme vaginal: uma medida em aplicador intravaginal à noite, por sete dias.
 - ✓ Nistatina 100.000 UI creme vaginal: um aplicador intravaginal à noite, por 14 dias.
 - ✓ Clotrimazol: alternativa também para gestante e nutrizas.

Não é necessário tratar o parceiro.

- **Vaginose bacteriana:** não é necessário tratar o parceiro. O tratamento deve ser prescrito após o primeiro trimestre da gestação. Evitar álcool durante o tratamento. A via oral pode ser utilizada em qualquer fase da gravidez.
 - ✓ Metronidazol 250 mg, via oral, de 8/8 horas por sete dias, ou 500 mg, via oral, de 12/12 horas por sete dias.
 - ✓ Clindamicina 300 mg, via oral, 12/12 horas por sete dias.

✓ Clindamicina óvulos, como tratamento alternativo via intravaginal: 100 mg, 1xdia, por três dias, ou metronidazol gel 0,75%, 1 aplicador 1xdia, por cinco dias.

- Tricomoníase: realizar tratamento do parceiro com a mesma dose prescrita para a gestante. Pode ser prescrito no primeiro trimestre da gestação. Evitar ingestão de álcool durante o tratamento.

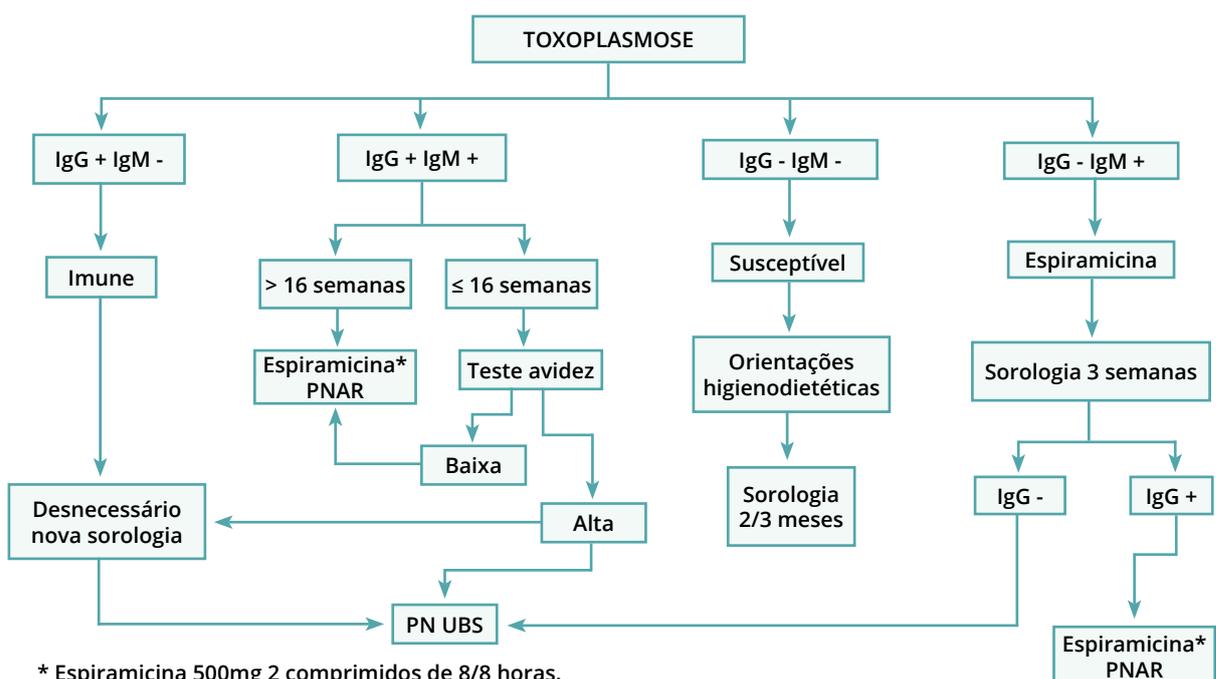
✓ Metronidazol 2g, via oral, dose única; ou 250 mg, via oral, de 8/8 horas por sete dias; ou 500 mg, via oral, 12/12 horas por sete dias.

2.8 Toxoplasmose

A toxoplasmose aguda na gestação constitui infecção importante pela sua transmissão vertical e possibilidade de determinar um espectro amplo de acometimentos que vão desde o abortamento, óbito fetal, a alterações neurológicas infantis, dentre outras.

O diagnóstico precoce permite iniciar a terapêutica para evitar complicações. A partir do diagnóstico de sorológico de toxoplasmose na gestante, a terapêutica segue fluxograma de condutas a serem realizadas (Figura 6).

Figura 6 - Toxoplasmose na gestação: fluxograma de condutas com base nos resultados sorológicos



Como visto no fluxograma, o Teste de Avidéz é importante para elucidar diagnóstico e indicar como deverá ser o monitoramento da gestante. Dessa forma, os profissionais da eSF, principalmente médicos e enfermeiros, devem seguir, primeiramente, as seguintes recomendações:

- Teste de Avidéz para Toxoplasmose deve ser realizado no primeiro trimestre de gestação para gestantes com IgG e IgM positivas.
- Na infecção aguda, os anticorpos ligam-se fracamente ao antígeno, o que acarreta baixa avidéz.
- Na fase crônica, menos de quatro meses de gestação, tem-se alta avidéz.
- Os valores de referência para o teste de avidéz:
 - √ Baixa avidéz: inferior a 40%, evidência de infecção recente; referenciar para o serviço de Pré-natal de Alto Risco;
 - √ Alta avidéz: superior a 40%, evidência de infecção há mais de quatro meses; manter no serviço Pré-natal de risco habitual, na UBS/APS (ARAÚJO et al., 2014).

Os profissionais da eSF devem saber realizar orientações sanitárias e dietéticas para as gestantes, enquanto ação de promoção e prevenção no pré-natal, tais como:

- Lavar as mãos (com água e sabão) antes de manusear os alimentos, após usar o banheiro e ao mexer com terra ou areia.
- Comer carne bem cozida e bem passada.
- Lavar bem os utensílios domésticos que usou para cortar a carne crua. Manusear carnes cruas com luvas.
- Somente beber água tratada/filtrada ou fervida.
- Lavar bem as frutas, verduras ou legumes. Sugestão: deixar as frutas e verduras de molho por aproximadamente 15 minutos (diluir uma colher de sopa de água sanitária em um litro de água filtrada).
- Beber leite pasteurizado ou fervido.
- Evitar locais com presença de dejetos de pombos e aves em geral.
- Proteger os alimentos de moscas e baratas.
- Caso tenha gato em casa, siga as seguintes orientações: não lhe dê carne para comer; alimente-o com ração; não limpe a caixa de areia do seu gato. Peça para outra pessoa fazê-lo ou use luvas.

2.9 Infecção pelo Zika virus

No Brasil, a partir de 2015, houve um aumento no número de casos de microcefalia. Considerou-se, como principal causa desse aumento de casos, a infecção pelo vírus Zika em gestantes. Dessa forma, é necessário conhecer o quadro clínico das arboviroses e saber suspeitar da possibilidade da infecção pelo vírus Zika, principalmente nas gestantes (Quadro 7).

Quadro 7 - Comparação da frequência dos principais sinais e sintomas ocasionados pela infecção pelos vírus da Dengue, Chikungunya e Zika

ARBOVIROSES / SINAIS E SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA
Febre (duração)	Acima de 38 °C; (quatro a sete dias)	Sem febre ou subfebril ou 38 °C; (um a dois dias subfebril)	Febre acima de 38°C
Mancha na pele (frequência)	Surge a partir do 4º dia, em 30-50% dos casos.	Surge no 1º dia ou 2º dia, em 90-100% dos casos.	Surge no 2º- 5º dia, em 50% dos casos.
Dor nos músculos (frequência)	3+/3+	2+/3+	1+/3+
Dor na articulação (frequência)	1+/3+	2+/3+	3+/3+
Intensidade da dor articular	Leve	Leve / moderada	Moderada / intensa
Edema articular	Raro	Frequente e leve	Frequente / moderado a intenso
Conjuntivite	Rara	50 a 90% dos casos	40%
Cefaleia (frequência e intensidade)	3+	2+	2+
Prurido	Leve	Intenso	Moderado
Hipertrofia ganglionar (frequência)	Leve	Intensa	Moderada
Discrasia hemorrágica (frequência)	Moderada	Ausente	Leve
Acometimento neurológico	Raro	Mais frequente que Dengue e Chikungunya	Raro (predominante em neonatos)

Fonte: BRASIL, 2016, p. 8-9.

O aparecimento de doença exantemática, durante a gestação, não representa sempre que seja infecção pelo vírus Zika e que resultará em microcefalia. Todas as patologias com possibilidade de exantema devem ser investigadas, tais como Z-STORCH: sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, entre outros. Entretanto, em todos os casos de gestantes com exantema maculopapular, com ou sem sintomas associados, descritos no quadro 7, deve-se suspeitar da infecção pelo vírus Zika. Caso esteja dentro dos primeiros cinco dias, é indicado coletar material para exame (sangue e urina) para realizar PCR para Zika.

A partir do sexto dia, deve-se realizar teste sorológico para Zika. Deve-se realizar coleta de urina para a realização de PCR para Zika em todas as gestantes com suspeita entre o primeiro e o 15º dia de sintomas. As gestantes com diagnóstico confirmado laboratorialmente para o vírus Zika ou com diagnóstico ultrassonográfico de microcefalia e/ou outras malformações deverão ser encaminhadas para pré-natal de alto risco. Ressaltamos que a infecção pelo vírus Zika é de notificação imediata (BELO HORIZONTE, 2019).

A identificação do vírus Zika na urina, no leite materno, na saliva e no sêmen servem para diagnóstico da doença, mas não se tem demonstrado que essas vias sejam importantes para a transmissão do vírus para outra pessoa (BRASIL, 2016b).

A mulher com infecção pelo Zika pode amamentar, pois não está descrita transmissão pela amamentação, mesmo que se tenha detectado o vírus no leite materno (LOCKWOCK; ROS; NIELSEN- SAINENES, 2020).

Os profissionais da eSF devem saber orientar as mulheres e os casais que desejam engravidar sobre a prevenção da infecção pelo vírus Zika durante a gravidez, principalmente no primeiro trimestre. Essas orientações incluem (BELO HORIZONTE, 2019):

- Evitar horários e lugares com presença de mosquitos. Se necessário, utilizar barreiras para entrada de insetos, como telas de proteção e mosquiteiros.
- Utilizar sempre roupas que protejam partes expostas do corpo, como braços e pernas.
- Eliminar, na casa, possíveis criadouros do mosquito.
- Utilizar repelentes contendo **DEET**– N, N-dietil-m-toluamida – e **Icaridina**, que são seguros e eficazes, sendo recomendados para gestantes. Os repelentes “naturais” à base de citronela, andiroba, óleo de cravo, entre outros, não possuem comprovação de eficácia até o momento. O uso do repelente é recomendado, principalmente, na parte da manhã e no final da tarde/anoitecer. O repelente deve ser o último produto a ser aplicado na pele (após maquiagem, filtro solar ou hidratante).
- Utilizar preservativo masculino ou feminino de forma correta e consciente em todas as relações sexuais (oral, anal e vaginal) para as gestantes e seus parceiros suas parcerias devido à possibilidade de transmissão do vírus Zika por via sexual.

2.10 Sofrimento mental

As mulheres, durante todo o ciclo gravídico puerperal, estão sujeitas a alterações psíquicas, que podem variar em um espectro que vai da ansiedade, do medo, da tristeza a alterações com sofrimento mental grave. Associadas a essas alterações, há alterações prévias do humor em gestantes em uso de medicações ou não. Dessa forma, os profissionais da eSF devem, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com os Centros de Referência de Saúde Mental adulto e infantil (esse último para casos das adolescentes), com os serviços de urgência e de pré-natal de alto risco, constituírem rede de atenção e apoio às gestantes com sofrimento mental.

É importante conhecer a variante clínica do sofrimento mental nas grávidas, assim como as possibilidades terapêuticas não medicamentosas (psicoterapia) e as farmacológicas. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (SSRI) destacam-se pela grande frequência com que têm sido usados em mulheres grávidas ou em idade fértil; por isso, é importante conhecer os efeitos materno-fetais. A fluoxetina, o citalopran e a sertralina não apresentam relação com malformação congênita maior, exceto a paroxetina com possibilidade de defeito congênito cardiovascular. Todas apresentaram possibilidade de hemorragia pós-parto (STEWART; VIGOD, 2018).

Atualmente, outro grupo de drogas que também tem sido utilizado nas mulheres são os inibidores da recaptção de dopamina. A bupropiona, por exemplo, pertence ao grupo de drogas cujos efeitos são ainda desconhecidos, podendo ser preocupantes.

2.11 Infecção do Trato Urinário (ITU)

Esse é o agravo mais frequente na gestação e pode determinar desfechos ruins para a gestação como: parto prematuro, amniorrexe prematura, baixo peso ao nascer, infecção neonatal, mortalidade perinatal. No quadro infeccioso do trato urinário, três situações devem ser consideradas e prontamente tratadas (HOOTON; GUPTA, 2019):

1. Bacteriúria assintomática. Nesta condição, as grávidas não se queixam de nenhum sintoma (assintomáticas) e o exame de urocultura apresenta 100.000 unidades formadoras de colônias (UFC), além de evidenciar o agente etiológico e fornecer o

antibiograma. Em 30 a 40% desses casos, as alterações irão evoluir para ITU. Proposta de tratamento:

- Nitrofurantoína: 100 mg, de 6/6 horas, por 10 dias (evitar no primeiro trimestre e após a 36ª semana de gestação);
- Cefalexina: 500 mg, de 6/6 horas, por sete a 10 dias;
- Amoxicilina-clavulanato: 500 mg, de 8/8 horas, por sete a 10 dias.

Está indicado realizar urocultura sete a 10 dias após a finalização da antibioticoterapia. Caso a mulher apresente novo episódio de bacteriúria assintomática, deve-se iniciar a quimioprofilaxia:

- Nitrofurantoína: 100mg, via oral, à noite, até o final da gestação, ou
- Cefalexina 500mg, via oral, à noite, até o final da gestação.

2. Infecção urinária do trato urinário inferior, não complicada/cistite aguda: A gestante apresenta disúria, polaciúria e/ou urgência urinária de início recente. Nessa condição, pode ser prescrita antibioticoterapia de forma empírica e, posteriormente, se necessário, ajustar o medicamento de acordo com o resultado da urocultura. Também deve ser realizada urocultura de controle de cura e, caso a grávida tenha outro episódio de ITU (cistite recorrente), está indicada a quimioprofilaxia.

3. Pielonefrite/Infecção urinária, do trato urinário superior, complicada. Nessa situação, a gestante apresentará sintomas sistêmicos como: náusea / vômito, febre (38 °C) e / ou sensibilidade do ângulo costovertebral, dor no flanco, com ou sem os sintomas típicos da cistite. A indicação deve ser a de procurar serviço de referência obstétrica do município/maternidade ou serviço de urgência para antibioticoterapia venosa.

Deve ser evitado o uso de nitrofurantoína e de trimetoprim-sulfametoxazol durante o primeiro trimestre e no final da gestação (36 semanas).

Outra situação que também ocorre é ITU recorrentes em mulheres grávidas após terem relações sexuais; nessa situação, está indicada a profilaxia pós-coito com uma dose única pós-coito de cefalexina (250 mg) ou nitrofurantoína (50 mg).

Seção 3

Cuidado à puérpera

O puerpério compreende a etapa fisiológica que se inicia após o parto. Esse período requer dos profissionais da eSF cuidados específicos, centrados e singularizados para cada puérpera e seu recém-nascido.

3.1 Alterações fisiológicas e intercorrências frequentes no período puerperal

O puerpério pode ser cronologicamente subdividido em três fases:

- Imediato: primeiro ao 10º dia;
- Tardio: 11º ao 45º dia;
- Remoto: a partir do 45º dia.

A involução uterina ocorre imediatamente após o parto, e o útero logo atinge a cicatriz umbilical. Regrida um cm/dia, até tornar-se pélvico em mais ou menos 10 dias, quando o colo já não se apresenta mais pérvio ao toque. Após quatro semanas, o útero alcança o tamanho não gravídico.

Em relação aos lóquios, é importante reconhecer que, fisiologicamente, as modificações são:

- sanguíneos até o quinto dia;
- serossanguíneos do quinto ao 10º dia;
- serosos a partir do 10º dia.

Os cuidados que visam ao puerpério saudável iniciam-se no pré-natal com as orientações preparatórias, que fazem parte da pauta de discussões nas ações de educação em saúde coletivas e/ou individuais, desenvolvidas pelos profissionais da eSF. A partir do parto, ainda na maternidade, iniciam-se cuidados propriamente ditos do puerpério, a saber:

- **Avaliação imediata após o parto:** aferição dos dados vitais e da temperatura; avaliação de lóquios e do útero. O estímulo à deambulação precoce ajuda na redução de complicações vesicais, de constipação intestinal e atua na prevenção de fenômenos tromboembólicos.
- **Na alta hospitalar:** a puérpera deve ser orientada da possibilidade de alterações, como: febre, lóquios aumentados e fétidos, sinais de infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia. Nessas situações, há necessidade de retorno imediato à maternidade ou ida ao serviço de saúde mais perto e/ou de vinculação.
- **Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI):** nesta semana, recomenda-se aos profissionais da eSF uma visita domiciliar. Caso o recém-nascido seja classificado de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta. Deve ser incentivado no pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, entre sete a dez dias após o parto. Na primeira semana do puerpério, alguns sinais e sintomas devem ser monitorados:

- √ Níveis pressóricos elevados: PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 110 mmHg. Nessa situação, a puérpera deverá ser encaminhada para a maternidade de referência;
- √ Lóquios sanguíneos excessivos: podem ser sinal de retenção intrauterina de restos placentários. Nessa situação, a curetagem uterina está indicada, o que pode evitar a anemia e a infecção;
- √ Febre: a vigilância da temperatura corporal faz parte de um cuidado importante. Fisiologicamente, ela pode alcançar até 37,9 °C nas primeiras 24 horas e elevar-se novamente por volta do quarto dia, coincidindo com ingurgitamento mamário (entre o 3º e 5º dia de pós-parto). Puérpera com febre mensurada maior ou igual a 38 °C deve ser encaminhada para a maternidade de referência.

A partir da primeira semana de puerpério, são evidenciadas algumas mudanças fisiológicas:

- **Alterações no hemograma:** podem estar normalmente presentes leucocitose sem desvio para esquerda, trombocitose, linfopenia relativa, eosinopenia absoluta. Hemoglobina e hematócrito flutuam, retornando à normalidade após duas semanas.
- **Alterações vaginais e urinárias:** também é normal certa atrofia vaginal após o parto. Na terceira semana de puerpério, as pregas vaginais reaparecem. A mulher deve estar ciente de que pode ocorrer incontinência urinária transitória até três meses após o parto.
- **Peso corporal:** apresenta perda de cinco a seis quilos no dia do parto (recém-nascido, placenta, líquido amniótico, perda sanguínea) e mais dois a três quilos com a diurese

puerperal. Geralmente, retorna ao peso pré-gestacional após seis meses.

- **Edema:** simétrico de membros inferiores, pode ser observado até o 10º - 12º dia pós-parto.
- **Ciclo menstrual:** O retorno da menstruação e ovulação é bastante variável, principalmente na vigência de aleitamento materno exclusivo, podendo ocorrer entre o segundo e o 18º mês. Nas mulheres que não amamentam, os ciclos geralmente retornam entre a sexta e a oitava semanas.

Dentre os agravos mais frequentes do período puerperal, os quais as equipes da rede de APS devem investigar, acompanhar e monitorar, estão as infecções puerperais que podem ocorrer no útero, na ferida cirúrgica, na vagina e na mama (BERENS, 2020):

- A infecção uterina (endometrite) no puerpério é mais frequente entre o terceiro e o sétimo dia de pós-parto. O processo infeccioso envolve basicamente a decídua e miométrio adjacente. O quadro clínico apresenta-se com febre, calafrios, dor abdominal, dor à palpação abdominal e dos paramétrios, útero amolecido e aumentado de volume, colo dilatado e doloroso à mobilização, lóquios fétidos e/ou purulentos; o exame de hemograma evidencia leucocitose com desvio para a esquerda. Os fatores predisponentes são: cesariana; rotura prematura das membranas por tempo prolongado e trabalho de parto prolongado; parto múltiplo; colonização vaginal por estreptococo beta-hemolítico, clamídia, micoplasma, Gardnerella. Os agentes etiológicos identificados são:

- √ aeróbios; estreptococo A, B e D; enterococos; E. coli; Klebsiella; Proteus; estafilococos;
- √ bactérias anaeróbias, micoplasma e clamídia.

O médico e/ou enfermeiro da eSF, ao suspeitar e/ou diagnosticar essa patologia – endometrite – deve encaminhar a puérpera à maternidade de referência para prosseguir propedêutica e terapêutica (antibioticoterapia venosa inicial).

- A infecção de ferida cirúrgica (cesariana) ou de canal de parto (episiotomia, laceração) apresenta o quadro clínico com bordas vermelhas, edemaciadas, deiscência de sutura, exsudação de material seroso, serossanguinolento ou purulento e dor local. Tem como fatores predisponentes: obesidade, diabetes, imunossupressão, anemia, parto múltiplo. Nas situações com comprometimento do estado geral, a internação com antibioticoterapia é indicada. Os casos sem comprometimento do estado geral, considerados leves (acometimento apenas da pele/epiderme) podem ser tratados na APS e indica-se o uso de:

✓ cefalexina 500mg, via oral, 6/6h, por sete a 10 dias; ou

✓ amoxicilina/clavulanato 500/125mg, via oral, 8/8h, por sete a 10 dias.

- A infecção nas mamas denomina-se mastite e é frequente no puerpério. Geralmente, surge após a primeira semana de pós-parto, com os seguintes sinais e sintomas: ingurgitamento mamário, mama vermelha e dolorosa, calafrios, febre, taquicardia. Pode também desenvolver abscesso mamário. A etiologia, em geral, é *S. aureus*. Não é recomendável suspender a amamentação durante o tratamento da mastite. A antibioticoterapia indicada é:

✓ Cefalexina, 500 mg, VO, 6/6 horas – 10 dias; ou

✓ Amoxicilina, 500 mg, VO, 8/8 horas – 10 dias; ou

✓ Amoxicilina + ácido clavulânico (500 mg/125mg), VO, 8/8 horas – 10 dias;
Eritromicina, 500 mg, VO, 6/6 horas – 10 dias, em pacientes alérgicas aos demais medicamentos (BRASIL, 2016b).

Também no puerpério, uma das condições que comumente aflige as mulheres são os transtornos do humor. Os profissionais da eSF devem estar atentos e preparados para identificar se a puérpera está passando por sofrimento mental, de depressão a tristeza. Nessa situação, a mulher deve ser acolhida, apoiada e acompanhada, inclusive por um processo terapêutico multidisciplinar. As variantes clínicas do transtorno de humor no pós-parto, geralmente, são (BRASIL, 2013):

- Tristeza puerperal (Blues pós-parto, blues de maternidade ou blues de bebê): apresenta alteração psíquica leve com tristeza, choro, irritabilidade, ansiedade, insônia, exaustão e diminuição da concentração, labilidade do humor, podendo incluir exaltação. Tem duração transitória de dois a três dias de pós-parto e desaparece em duas semanas, em remissão espontânea.
- Depressão pós-parto ou puerperal: nessa situação, os sintomas são mais persistentes; iniciam-se, lentamente, na segunda e na terceira semanas. A puérpera apresenta: tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual. Quanto mais precocemente é iniciada a terapêutica, melhor o prognóstico.
- Psicose pós-parto: o quadro clínico é grave, com confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o recém-nascido, comportamentos estranhos, insônia, sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas. Em geral, o início é abrupto, ocorre na

segunda ou terceira semana de puerpério, podendo evoluir para depressão e demanda intervenção precoce.

Ressalta-se que os antidepressivos tricíclicos são úteis no tratamento da depressão pós-parto, quando não há boa resposta aos SSRI ou quando já estavam sendo utilizados pela gestante, com boa resposta clínica.

3.2 Considerações sobre o aleitamento materno

O aleitamento materno constitui um dos aspectos mais importantes que os profissionais da eSF, na UBS, devem focar, devido às repercussões benéficas para a saúde materno-infantil.

A assistência à mulher, para que tenha amamentação adequada (AMAMENTAÇÃO, 2015) começa no pré-natal com a orientação sobre as vantagens do aleitamento e os cuidados com as mamas, como o uso de sutiãs de forma confortável, a aeração das mamas e os banhos de sol.

É importante informar a gestante sobre o colostro, mostrando que ele proporciona benefícios para a saúde do recém-nascido. Deve-se tranquilizar a mãe quanto ao leite materno, que poderá iniciar-se a partir do primeiro ao quinto dia de puerpério.

Em caso de ingurgitamento mamário acentuado, orientar para o uso de bolsa de gelo, de analgésicos e a realização de esvaziamento mamário. Em algumas situações, a inibição da lactação é necessária, e o manejo dessa situação pode ser realizada na APS, pelos profissionais da eSF, especialmente pelo médico, quando for necessária terapêutica medicamentosa.

As medidas não medicamentosas para a suspensão da amamentação incluem o uso de compressas frias e analgésicos. Outra medida é manter as mamas comprimidas (enfaixá-las ou usar sutiã apertado). A inibição mecânica da lactação, pelo enfaixamento das mamas, deve ser indicada apenas quando a terapêutica medicamentosa não estiver disponível.

Na terapêutica farmacológica para inibição da lactação, está indicada 'cabergolina', com as seguintes orientações:

- No primeiro dia pós-parto: 1 mg (dois comprimidos de 0,5 mg), dose única.
- Após a supressão da lactação: a dose recomendada é de 0,25 mg (metade de um comprimido de 0,5 mg), a cada 12 horas, por dois dias (dose total de 1 mg).

No processo de trabalho cotidiano, é comum os profissionais da eSF serem questionados sobre quais medicamentos a mulher pode utilizar no período de amamentação. Alguns fármacos são contraindicados de forma absoluta ou relativa ao aleitamento materno; o acesso a essa informação é disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

PARA SABER MAIS:

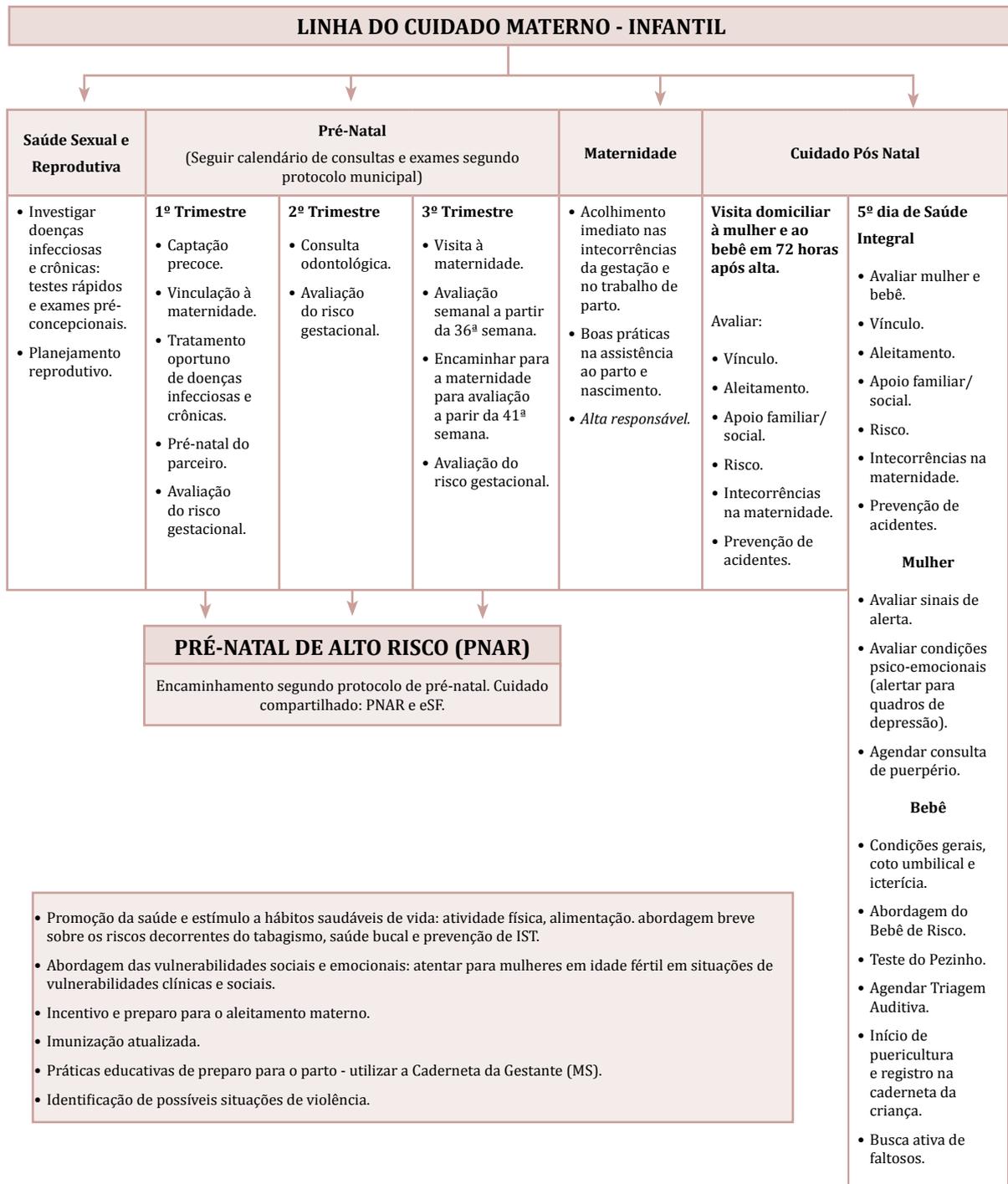
Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_outras_substancias_2edicao.pdf

Uma ação básica das equipes das unidades e serviços de APS é incentivar a doação de leite humano. Entretanto, essa doação deve ser realizada por meio de “Bancos de Leite Humano” ou de “Postos de Coleta de Leite Humano” que apresentam recursos e seguem normas e protocolos para viabilizar o procedimento, garantindo a segurança sanitária do leite humano ordenhado.

Para sintetizar as orientações descritas nesta unidade, é didático conhecer a linha de cuidado materno-infantil proposta em Belo Horizonte (2019), a qual permite aos profissionais da eSF avaliar ações que o serviço, ao qual estão vinculados tem desenvolvido e propor adequações, se necessário (Quadro 8).

Quadro 8 - Linha do cuidado materno-infantil



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2019, p.114).