

Assistência Pré-natal: aspectos fundamentais

Prof. Dr. Carlos Antonio Barbosa Montenegro¹

Prof. Dra. Flávia Cunha dos Santos²

Prof. Dr. Jorge de Rezende Filho³

Resumo: A data da última menstruação (DUM) é a referência utilizada para calcular a idade da gravidez e a época provável do parto. Os exames obrigatórios na primeira consulta pré-natal são: grupo sanguíneo e fator Rh; hemograma completo (Hb); glicemia de jejum; EAS e cultura de urina; sorologia para sífilis (VDRL), toxoplasmose, hepatite B (HBsAg) e HIV; rastreamento de clamídia e de gonococo e citologia cervicovaginal (se apropriada). Na gravidez, aconselha-se a vacinação para a gripe (inclusive a H1N1) e a Tdap (tétano, difteria, pertussis). A ultrassonografia transvaginal no primeiro trimestre é obrigatória (11 a 13 semanas), para confirmar a data da gravidez, rastrear aneuploidia, diagnosticar a gravidez gemelar e prever a toxemia. A ultrassonografia transabdominal morfológica (20 a 24 semanas) é obrigatória para diagnosticar malformações, localizar a placenta e a inserção do cordão. Na ocasião, é aconselhável a ultrassonografia transvaginal para medir o colo uterino. A cada consulta pré-natal, são avaliados peso, PA, BCF e fundo do útero. O rastreamento do diabetes deve ser realizado na primeira consulta pré-natal (glicemia de jejum) e entre 24 e 28 semanas da gestação (TOTG-75). É aconselhável a cultura vaginorretal para GBS entre 35 e 37 semanas da gestação. É universal a suplementação multivitamínica diária, contendo 0,4 a 1,0 mg de ácido fólico, especialmente no período periconcepcional. A gravidez é a época ideal para manter ou adotar estilo de vida saudável, incluindo aí o exercício físico.

Abstract: The date of the last menstruation (DUM) is the reference used to calculate the age of the pregnancy and the probable time of delivery. The tests required at the first prenatal visit are: blood group and Rh factor; complete blood count (Hb); fasting blood glucose; EAS and urine culture; serology for syphilis (VDRL), toxoplasmosis, hepatitis B (HBsAg) and HIV; screening of chlamydia and gonococcus and cervicovaginal cytology (if appropriate). In pregnancy, vaccination for influenza (including H1N1) and Tdap (tetanus, diphtheria, pertussis) is advised. Transvaginal ultrasonography in the first trimester is mandatory (11 to 13 weeks) to confirm the date of pregnancy, to track aneuploidy, to diagnose twin pregnancy, and to predict toxemia. Transabdominal morphological ultrasonography (20 to 24 weeks) is obligatory to diagnose malformations, localize the placenta and the insertion of the cord. At the time, it is advisable to transvaginal ultrasonography to measure the cervix. At each prenatal visit, weight, BP, BCF and fundus of the uterus are evaluated. Screening for diabetes should be performed at the first prenatal visit (fasting glucose) and between 24 and 28 weeks of gestation (TOTG-75). Vagino-rectal culture for GBS is advisable between 35 and 37 weeks of gestation. Daily multivitamin supplementation,

¹ Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro Emérito da Academia Nacional de Medicina (ANM). Professor Adjunto da Escola de Medicina da FTESM. Diretor Científico do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro.

² Professora Assistente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Médica Obstetra da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

³ Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro Titular da Academia Nacional de Medicina (ANM). Professor Livre-Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Professor Titular da Escola de Medicina da FTESM e da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).

containing 0.4 to 1.0 mg of folic acid, is especially universal, especially in the periconceptional period. Pregnancy is the ideal time to maintain or adopt a healthy lifestyle, including exercise.

Introdução

Os objetivos básicos da assistência pré-natal são (MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2017):

- | Orientar os hábitos de vida (higiene pré-natal) | Assistir psicologicamente a gestante | Preparar a gestante para a maternidade: instruí-la sobre o parto (parto humanizado), dando-lhe noções de puericultura | Evitar o uso de medicação e de medidas que se tornem prejudiciais para o feto (e.g., teratogênese)
- | Tratar os pequenos distúrbios da gravidez | Realizar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças próprias da gravidez ou nela intercorrentes.

Consultas pré-natal

Primeira consulta

A consulta inicial deve ser no primeiro trimestre; e, em virtude da grande quantidade de informações, pode ser necessária uma segunda consulta inicial.

Na primeira consulta pré-natal, é necessário considerar:

- | Data da última menstruação (DUM), para o cálculo da idade da gravidez e da época provável do parto [American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2017)] | Ultrassonografia de primeiro trimestre (11-13 semanas - época ideal 12 semanas). O ultrassom de primeiro trimestre pode ser transvaginal ou transabdominal. Atualmente, costuma ser oferecido o Modelo Piramidal de assistência pré-natal como o mais importante da gravidez: certifica ou corrige a idade menstrual (datação), diagnostica gravidez gemelar, identifica algumas malformações (anencefalia, onfalocele, megabexiga), rastreia aneuploidias (translucência nucal - TN), prediz toxemia e parto pré-termo. Nessa oportunidade faz-se também o exame do útero e dos anexos [ACOG, 2009; International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG, 2013)] | Teste pré-natal não invasivo (NIPT): realizado a partir de 9 semanas de gestação, rastreia aneuploidias, determina o sexo, Rh fetal e presença de HPA (antígeno plaquetário humano)
- | Peso e pressão arterial (PA)
- | Ausculta fetal com o sonar Doppler é positiva entre 10 e 12 semanas; com o estetoscópio de Pinard, somente com 20 semanas
- | Exames complementares essenciais:
 - Urina (EAS e cultura para rastrear bacteriúria assintomática)
 - Grupo sanguíneo e fator Rh (identificar a mulher Rh-negativo) - Hemograma completo (rastrear anemia)

À conta da hemodiluição fisiológica da gravidez (ACOG, 2008), os níveis de hemoglobina que configuram a anemia são bem mais baixos que os existentes fora da gestação. Assim, os níveis mínimos normais de hemoglobina na gestação definidos pelo Royal College of Obstetricians and

Gynaecologists (RCOG, 2015) são os valores de 11 g/dL no 1º trimestre, 10,5 g/dL no 2º e no 3º trimestres e 10 g/dL no pós-parto.

- ▮ Glicemia de jejum (Estudo Hyperglycemia Adverse Pregnancy Outcome, HAPO-2008)
- ▮ Reações sorológicas: sífilis (VDRL), toxoplasmose, HIV, hepatite B (HBsAg); a sorologia para rubéola não é mais obrigatória no pré-natal (Ministério da Saúde, 2011)
- ▮ Rastreamento de clamídia e gonococo [Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2015)]
- ▮ Citologia cervicovaginal

Pelo menos quatro sociedades americanas [American Cancer Society (ACS), American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP), American Society for Clinical Pathology (ASCP), US Preventive Services Task Force (USPSTF)] não recomendam a citologia de rotina na gravidez, a menos que a grávida esteja qualificada pelas diretrizes de rastreamento correntes ▮ Identificação da mulher que necessita de cuidados adicionais ▮ Exame das mamas visando a promoção do aleitamento não está mais indicado na gravidez [National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2008)].

Feito o exame inicial, a gestante retornará após 1 semana, com as análises clínicas solicitadas, quando lhe será prescrita eventual medicação e as instruções sobre a dieta a ser seguida.

Consultas subsequentes

As consultas subsequentes serão mensais até 32 semanas; quinzenais, de 32 a 36 semanas; e semanais, de 36 semanas até o parto.

A cada consulta, serão avaliados: peso, PA, batimentos cardíacos fetais (BCF) e fundo do útero.

Consultas especiais

Constituem consultas especiais:

- ▮ 20 a 24 semanas: ultrassonografia abdominal morfológica, para avaliar as estruturas fetais, localizar a placenta e o cordão umbilical; avaliar o Doppler das artérias uterinas e medir a circunferência abdominal (CA) para rastrear o crescimento intrauterino restrito (CIR) placentário precoce. Aconselha-se, nessa oportunidade, medir o colo uterino pela ultrassonografia transvaginal, visando à predição do parto pré-termo
- ▮ 24 a 28 semanas: teste oral de tolerância à glicose de 75 g (TOTG75), para o diagnóstico de diabetes melito gestacional (DMG), interpretado de acordo com o Estudo HAPO-2008
- ▮ 26 a 32 semanas: a grávida deve ser conscientizada do significado do movimento fetal
- ▮ 28 semanas: repetir a dosagem da hemoglobina e administrar a primeira dose da imunoglobulina anti-D para mulheres Rh-negativo não sensibilizadas com fetos Rh-positivo pelo NIPT; repetir o VDRL (CDC, 2015)
- ▮ 32 a 36 semanas: medir a CA (rastrear o CIR placentário tardio) ▮ 35 a 37 semanas: cultura vaginorretal para estreptococo do grupo B (GBS)
- ▮ 36 semanas: determinar a posição fetal; para fetos em apresentação pélvica (confirmada pela ultrassonografia), oferecer a versão externa
- ▮ 41 semanas: propor o descolamento das membranas e a indução do parto.

Higiene pré-natal

Asseio corporal. A gestação não contraindica o banho diário e outras medidas de higiene pessoal. O banho recomendado é o de chuveiro; pois o de imersão, quente, prolongado, predispõe a desmaios e vertigens. Irrigações vaginais estão proibidas. A região genitoanal merece especial atenção em virtude do aumento natural de umidade. A higiene dos dentes e das gengivas é obrigatória. Se necessário, a extração dentária pode ser realizada, evitando-se, por precaução, os anestésicos com adrenalina.

Vestuário. As roupas devem ser folgadas, confortáveis e compatíveis com o clima; quando há grande desenvolvimento mamário, o uso de sutiã é obrigatório. Deve-se estimular o uso de meia-calça elástica de média compressão para gestantes, a fim de evitar as varizes e diminuir a dor por estase nos membros inferiores. Os sapatos mais indicados são os do tipo “anabela”, com solado antiderrapante, pois, ao caminhar, estimulam naturalmente a circulação sanguínea nos membros inferiores, colaborando para o bom funcionamento da bomba muscular venosa, além de diminuir dor nas pernas, edema e formação de varizes.

Trabalho. A atividade doméstica ou profissional não exagerada é permitida. No último mês, recomenda-se a interrupção das atividades fora de casa.

Contudo, devemos ressaltar que o trabalho doméstico também deve ser diminuído, visto que, muitas vezes, é tão ou mais cansativo. Em geral, a licença-maternidade de 120 dias deve ser concedida por volta de 36 semanas de gravidez.

Atividade sexual. Nos casos de gravidez normal, fica a critério do casal; na ameaça de abortamento e de parto pré-termo, deve ser evitada. No último trimestre, o crescimento do ventre dificulta a atividade sexual.

Fumo, álcool e drogas ilícitas.

A grávida deve ser encorajada a não fumar, pois o tabagismo aumenta a incidência de natimortalidade ante e intraparto.

O alcoolismo crônico é determinante de malformações congênitas em cerca de 30% dos casos (p. ex., microcefalia, retardo no neurodesenvolvimento). A síndrome alcoólica fetal (SAF) pode ser reconhecida no recém-nascido ou demorar a se manifestar (1 a 2 anos).

A maconha é a droga ilícita mais utilizada na gravidez, 2 a 5% em muitas séries e mesmo 15 a 28% em grupo de jovens de baixo nível socioeconômico. A literatura recente tem responsabilizado a maconha como responsável por deficiências neurocomportamentais no bebê. Fala-se também em risco aumentado de anencefalia quando a maconha é utilizada no primeiro trimestre da gravidez. Por essas razões está proibido inclusive o seu uso medicinal na gestação.

O aumento na incidência do uso de opioides na gravidez (2/3 dos casos com prescrição legal), na década passada nos Estados Unidos, levou a um acréscimo de 5 vezes na síndrome de abstinência neonatal.

Viagens aéreas. Os voos comerciais costumam ser seguros para a grávida e seu concepto; no entanto, muitas companhias aéreas restringem o transporte de grávidas. Em geral, mulheres com gestações únicas, não complicadas, podem voar longas distâncias até 36 semanas de gravidez; e após 28 semanas, pode ser exigido um atestado do médico que confirme a normalidade da gestação e a data provável do parto. As grávidas devem ser informadas de que longas viagens aéreas estão associadas a maior risco de trombose venosa, muito embora ainda não haja confirmação de que a gravidez agrave essa complicação. Na população geral, o uso de meias compressivas é efetivo na redução da trombose venosa.

Tintura de cabelo. Não há contraindicação para a utilização das tinturas industrializadas; misturas officinais não são recomendadas e é preferencial o uso de produtos à base de água. São

proibidos alisantes, produtos para os tratamentos chamados de “permanentes” (encacheamento) e descolorantes.

Aspectos nutricionais

Micronutrientes

Vitaminas. Para indivíduo saudável, a dose tradicional de vitamina D recomendada é de 400 a 600 UI/dia. Estima-se que os multivitamínicos que contenham essa posologia atendam apenas a 40% das necessidades corporais. O objetivo atual é alcançar 1.000 UI/dia por meio da alimentação rica em vitamina D e, em alguns casos, com a suplementação.

Minerais e oligoelementos. A dose de ferro elementar recomendada pela OMS (2007) é de 60 mg/dia, e pelo IOM (2001) é de 45 mg/ dia, pois quantidades superiores podem causar efeitos colaterais gastrointestinais (pirose e constipação).

Na gravidez normal, a mulher precisa de 1.000 mg de ferro para suprir as necessidades maternas e fetais. O aumento da massa eritrocitária de cerca de 450 mL solicita 500 mg de ferro; o feto requer outros 300 mg. A quantidade de ferro na dieta e as reservas maternas não são suficientes para as necessidades da gravidez, especialmente durante a segunda metade; a suplementação diária de ferro elementar deverá ser de 60 mg.

Mulheres em idade fértil devem ter aporte diário de 150 µg de iodo, assim como durante o período da gravidez e no pós-parto. As vitaminas pré-natais que contêm 150 a 200 µg de iodo estão indicadas em tomadas diárias; durante o aleitamento, a dose será de 250 µg/dia (Endocrinology Society, dos Estados Unidos, 2012). Preparados que contenham ferro devem ser espaçados em, no mínimo, 4 h, para não interferirem na absorção do iodo.

Aconselhamento pré-concepcional

Uma gestação saudável pode depender da dieta pré-concepcional, da composição relativa do corpo, assim como dos nutrientes consumidos na gravidez (RCOG, 2010).

Nesse contexto, o aconselhamento pré-concepcional inclui a manipulação dietética no sentido de aumentar ou reduzir o IMC, particularmente nas mulheres com infertilidade anovulatória.

Ácido fólico

Tem sido estimado de que cerca da metade de todos os defeitos congênitos pode ser evitada se mulheres em idade de gravidez consumirem quantidade adequada de ácido fólico, seja pela ingestão de alimentos fortificados com a substância ou pela suplementação com multivitaminas.

Os defeitos do tubo neural (DTN) são anomalias congênitas graves decorrentes da falta de fechamento do tubo neural da terceira à quarta semana após a concepção (dia 26 ao dia 28 pós-concepção).

A incidência de DTN nos Estados Unidos varia de acordo com a região de 0,5 a 4,0/1.000 nascimentos. A suplementação com ácido fólico diminui a incidência dos DTN de 1,58/1.000 nascimentos para 0,86/1.000 nascimentos.

Por outro lado, a taxa de recorrência de DTN é reduzida de 3,5% em mulheres não suplementadas com ácido fólico para 1% naquelas em que o suplemento é administrado na dose de 4 mg/dia antes da gravidez e nas suas primeiras 6 semanas (SOGC, 2015).

Suplementos combinando ácido fólico e multivitaminas também reduzem a incidência de outras anomalias congênitas: defeitos cardíacos e de redução de membros, fenda oropalatina, anomalias. Além disso, está igualmente diminuído o risco para neuroblastoma e leucemia na infância.

Recomendações da SOGC (2015) estão descritas a seguir:

- Mulheres em idade reprodutora devem ser avisadas para os benefícios da ingestão do ácido fólico em suplementos multivitamínicos
- É necessário orientá-las a manter dieta adequada com alimentos ricos em ácido fólico: grãos fortificados, espinafre, lentilha, ervilha, aspargo, brócolis, milho, laranja
- Mulheres com suplementação multivitamínica contendo ácido fólico (0,4 a 1,0 mg) devem ser alertadas a não ingerir mais de uma dose diária, como indicado pelo produto. Doses adicionais devem ser administradas com ácido fólico isolado
- A suplementação de 5 mg de ácido fólico não mascara a deficiência de vitamina B₁₂ (anemia perniciosa)
- O algoritmo da Figura 1 resume a suplementação de ácido fólico na gravidez.

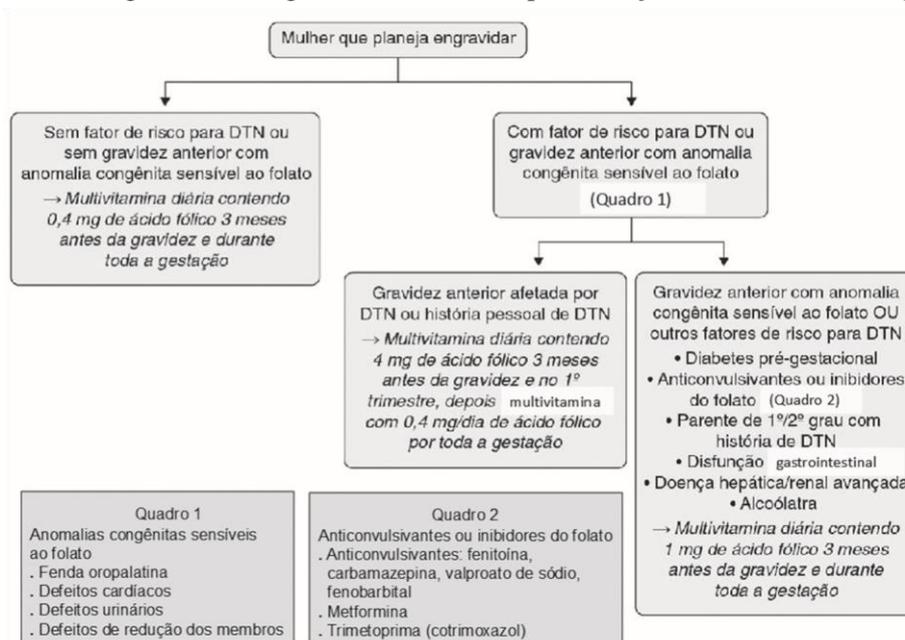


Figura 1 - Suplementação de ácido fólico na mulher que planeja a gravidez. DTN, defeito do tubo neural. (Modificada da SOGC, 2015.)

Ganho de peso na gravidez

É motivo de preocupação de nutricionistas e de obstetras a relação entre o consumo de energia e o crescimento e o desenvolvimento fetal; vale dizer, entre o ganho de peso na gravidez e o seu prognóstico.

O IOM aconselha o aumento de peso na gravidez de acordo com o IMC pré-concepcional referido pela Tabela 1.

Tabela 1
Recomendações para o ganho de peso total na gravidez.

IMC pré-concepcional (kg/m ²)	Ganho de peso total (kg)
Baixo peso (< 18,5)	12,5-18
Peso normal (18,5 a 24,9)	11,5-16
Sobrepeso (25 a 29,9)	7-11,5
Obesidade (> 30,0)	5-9

IMC, índice de massa corporal. Institute of Medicine (IOM, 2009.)

O National Institutes of Health (NIH) postula relação entre o ganho de peso gestacional e a morbidade e mortalidade perinatal, aconselhando a pesagem regular da grávida no pré-natal e a manipulação dietética adequada para mais ou para menos, de tal modo a manter a normalidade ponderal, o que seria benéfico para o prognóstico da gestação. Infelizmente, nenhum estudo controlado randomizado provou ser verdadeiro esse tipo de monitoramento do ganho de peso na gravidez (RCOG, 2010).

Contudo, baixo ganho de peso pode estar relacionado com CIR e pequeno volume do líquido amniótico.

Hytten (1980) estabeleceu o ganho de peso médio na gravidez compartimentalizado:

┆ Útero: 0,9 kg ┆ Mamas: 0,4 kg ┆ Sangue: 1,2 kg ┆

Líquido extracelular: 1,2 kg ┆ Gordura: 3,5 kg.

Combinando esse acréscimo dos tecidos maternos ao peso médio do concepto, chegaríamos a ganho de peso médio na gravidez de 13 kg, embora a amplitude de variação seja muito grande (12 a 16 kg) e, ainda assim, o prognóstico da gravidez seja satisfatório.

Alimentação saudável

São sugeridos cinco grupos de alimentos com recomendações (Tabela 2).

Na gravidez, há recomendações especiais para excluir alimentos que possam conter teratógenos, como o retinol, ou que estejam contaminados por listeriose (leite não pasteurizado, queijos fermentados, patê) ou toxoplasmose (carne malcozida ou vegetais contaminados pelo solo). Um dilema: o que recomendar para os óleos de peixe? Embora sejam considerados uma fonte importante de ácidos graxos essenciais, também podem estar contaminados com mercúrio, que pode ser nocivo para o cérebro fetal.

Tabela 2 Cinco grupos de alimentos

Grupo de alimento	Recomendação
Pão, outros cereais e batatas	Comer à vontade
Frutas e vegetais	Comer à vontade: no mínimo 5 porções/ dia
Leite e derivados	Porções moderadas e com baixo teor de gordura
Carne, peixe etc.	Porções moderadas e de baixo teor de gordura
Alimentos contendo gordura e alimentos e bebidas contendo açúcar	Ingerir com muita parcimônia

Adaptada do RCOG, 2010.

Conclusão

A dieta durante a gravidez deve alcançar, no mínimo, 1.600 kcal/ dia para que não haja prejuízo no desenvolvimento fetal. Em populações de países em desenvolvimento, deficiências nutricionais podem ser identificadas, tais como de ferro e de iodo.

Vacinação

Eis algumas das recomendações da SOGC (2008):

┆ Antes da vacinação, todas as mulheres em idade fértil devem ser

- avaliadas sobre a possibilidade de estarem grávidas
- | As vacinas com vírus vivos ou vivos atenuados [rubéola, sarampo, caxumba, pólio-oral (Sabin), varicela, febre amarela] estão contraindicadas na gravidez, devido ao risco teórico ao feto
 - | Grávidas inadvertidamente vacinadas com vírus vivos ou vivos atenuados não devem ser aconselhadas a abortar
 - | Mulheres vacinadas com vírus vivos ou vivos atenuados devem ser aconselhadas a evitar a gravidez por pelo menos 1 mês
 - | Vacinas com vírus inativos [hepatites A e B, gripe (inclusive a H1N1)], pólio-Salk, raiva, vacinas bacterianas e toxoides (tétano, difteria) podem ser seguramente aplicadas
 - | Mulheres amamentando podem ser vacinadas.

As vacinas obrigatórias na gravidez são:

- | Tdap (tríplice bacteriana acelular – tétano, difteria, pertussis). Uma recomendação recente aponta que a ótima janela para atingir o maior nível de anticorpos pertussis para proteger o bebê parece ser administrar a vacina entre 28-32 semanas da gestação | Gripe trivalente. Para 2017, segundo o MS, a vacina trivalente é composta pelo vírus da influenza A - H1N1 - e os sazonais da influenza A (H3N2) e da influenza B. Deve ser administrada no período sazonal (CDC, 2015), no Brasil entre março e junho.
- | Mulheres de risco para hepatite B devem ser vacinadas na gravidez (3 doses) (CDC, 2014/2015).
- | As vacinas de sarampo, caxumba, rubéola e varicela, contraindicadas na gravidez, poderão ser administradas no pós-parto (CDC, 2014/2015).

Tratamento dos pequenos distúrbios da gravidez

Grande parte deles não necessita de tratamento, apenas esclarecimento à paciente, que, a princípio, não costuma compreender a ausência de gravidade.

Náuseas. Estima-se que 70 a 85% das grávidas relatem náuseas e vômitos durante a gravidez. A terapia farmacológica de primeira linha centra-se na combinação doxilamina (10 mg) e piridoxina (10 mg). Para pacientes com sintomas mais acentuados pela manhã, mas persistentes ao longo do dia, recomenda-se tomar dois comprimidos ao deitar, um pela manhã e um à tarde. Deve-se instruir a redução gradual da dose quando há boa resposta à medicação, já que os sintomas podem recorrer caso a interrupção seja abrupta. Outras opções são:

- | Dimenidrinato – 50 a 100 mg a cada 4 ou 6 h VO | Metoclopramida – 5 a 10 mg a cada 8 h VO.

Duas terapias não farmacológicas têm se mostrado efetivas em reduzir as náuseas: gengibre em cápsulas, 250 mg VO, 4/dia; e acupuntura – a estimulação de pontos de acupressão tem se mostrado efetiva para náuseas persistentes, sem riscos associados ao seu uso (FEBRASGO, 2006).

Sialorreia ou ptialismo. No início da gravidez, a salivação excessiva pode ser um incômodo, especialmente quando associada à náusea. Nesses casos, a medicação não obtém resultados satisfatórios.

Além do fator psicogênico, a bromoprida também colabora para alguma melhora; a ingestão de alimentos cítricos e gelados pode ajudar bastante.

Pirose. Queixa comum nas últimas semanas de gestação e consequente ao refluxo do conteúdo estomacal para o esôfago (doença do refluxo gastroesofágico – DRGE) e à pressão do útero gravídico sobre o estômago, determinando certo grau de hérnia de hiato. Na maioria dos casos, os sintomas são leves e aliviados por dieta fracionada e com pequenos volumes, evitando-se a ingestão de alimentos gordurosos, café, chá, mate, além do fumo. Medidas posturais indicadas são: evitar o decúbito horizontal logo após as refeições e a curvatura do tronco para frente quando sentada. Preparações antiácidas podem oferecer considerável alívio, preferentemente as formulações líquidas, que protegem o epitélio mais homoganeamente. O hidróxido de alumínio ou magnésio, isolados ou combinados, são os indicados. Não se utiliza o bicarbonato de sódio. Os bloqueadores H₂ e os da bomba de prótons podem ser úteis.

Constipação. Trata-se de um distúrbio trivial na gravidez, que decorre da diminuição da motilidade intestinal, pela ação da progesterona e pressão com deslocamento dos intestinos, pelo útero cheio.

A conduta terapêutica consiste em:

- | Dieta: consumir alimentos que formem resíduo (legumes e vegetais folhosos, substâncias ricas em fibras, frutas cítricas, ameixa, mamão) e ingestão liberal de água
- | Medicamentos: caso a dieta e os exercícios físicos não sejam suficientes, prescrever laxativos como o Cassia angustifolia-sene, 1 cápsula à noite; ou bisacodil 5 mg, 1 comprimido à noite. Em casos de formação de bolus fecal baixo (reto-anal), pode-se prescrever sorbitol, 1 frasco por via retal. Contudo, o uso regular e crônico desses medicamentos deve ser evitado. Aumentar a ingestão de aveia e de farinha de linhaça pode ser boa profilaxia da constipação crônica.

Hemorroidas. Combater a constipação é a melhor maneira de prevenção, assim como evitar atrito anal com utilização de papel higiênico. É muito importante a utilização de duchas higiênicas para lavagem do ânus após as evacuações. Em casos com extrusão hemorroidária ou fissuras, podem ser utilizadas pomadas proctológicas à base de policresuleno e cloridrato de cinchocaína, um supositório ou uma bisnaga por via retal, de 8/8 h, após as evacuações e antes de dormir à noite.

Edema. Na avaliação do edema na gravidez, é importante diferenciar o generalizado do gravitacional. O edema gravitacional está limitado aos tornozelos e decorre do aumento de pressão nos capilares dos membros inferiores. Quando cessa a pressão na veia cava inferior pelo útero gravídico, por exemplo, no momento em que a paciente fica em decúbito lateral, o edema cede, como habitualmente ocorre à noite. Não apresenta qualquer conotação com o acúmulo de sódio e de água e está destituído de importância clínica.

O edema generalizado, que se anuncia pelo súbito aumento de peso, engrossamento dos dedos, face vultosa e deposição de água na metade superior do corpo, é visto em 25 a 30% das gestantes. Apenas 10% das primíparas, e talvez um percentual menor de múltíparas, têm esse tipo de edema acompanhado de hipertensão e proteinúria, configurando estado patológico específico da gravidez, a toxemia gravídica.

O edema generalizado, na ausência de hipertensão e proteinúria, representa simples exagero do processo fisiológico de retenção de sódio (sistema renina-angiotensina-aldosterona), agravado pela queda de pressão oncótica plasmática, decorrente da relativa hipoalbuminemia gravídica.

Os diuréticos e a dieta hipossódica não são indicados na gravidez.

Varicosidades. Complicações mais comuns nas múltíparas e decorrem da fraqueza congênita das paredes musculares das veias, aumento da pressão venosa nos membros inferiores, inatividade e mau tônus muscular. Embora possam ser assintomáticas, as varicosidades dos membros

inferiores determinam, em geral, dor, edema, ulceração e graves complicações, tais como tromboflebite e flebotrombose. As varizes vulvovaginais, por vezes, sangram profusamente no parto, obrigando a operação cesariana; o tratamento esclerosante e o cirúrgico estão contraindicados na gravidez. As medidas paliativas são:

- ▮ Evitar ortostatismo prolongado e, quando a paciente se sentar ou deitar, é necessário suspender as pernas acima do nível do corpo
- ▮ Meias elásticas de média compressão para gestantes devem ser colocadas com as pernas elevadas, após o esvaziamento das veias por alguns minutos. São utilizadas durante todo o período de deambulação, embora possam ser retiradas por 30 minutos, diversas vezes ao dia, durante o descanso. Para alívio das dores, do edema e da estase, prescreve-se creme cumarina 200 mg e heparina 2.000 UI, aplicado de 8/8 h e sempre antes de dormir, à noite.

Cãibras. Incidem, especialmente nos músculos da panturrilha, no segundo ou no terceiro trimestre de gravidez, enquanto a paciente dorme ou está apenas deitada. A etiologia é desconhecida, mas a fadiga das extremidades pode ser importante. O único tratamento que se mostrou relevante foi a administração de cloreto de magnésio: 100 mg pela manhã e 200 mg à tarde

Sintomas urinários. A frequência e a urgência são comuns no início e no final da gestação. Os fatores relacionados são: no primeiro trimestre – a pressão exercida pelo útero gestante, em anteflexão exagerada, sobre a bexiga; nas duas últimas semanas da gravidez – o contato da apresentação fetal. Outro sintoma urinário descrito é a noctúria, grande volume urinário à noite.

Tonteiras e vertigens. A instabilidade vasomotora, geralmente associada à hipotensão ortostática, determina insuficiência sanguínea cerebral transitória em virtude do acúmulo de sangue das pernas, nos territórios esplâncnico e pélvico. Outro fator sinalado é a tendência hipoglicemiante no intervalo das refeições. É necessário lembrar-se de que a síndrome de hipotensão supina, que ocorre após 20 semanas da gestação, tem mecanismo diverso.

Fadiga. A grávida está predisposta à fadiga no último trimestre, em consequência das alterações da postura e do aumento de peso. A anemia deve ser combatida e períodos frequentes de repouso são recomendados.

Síndrome dolorosa. Pode ser abdominal baixa ou lombossacra. A primeira é descrita como sensação de peso no baixo-ventre, na prega inguinal, em virtude da pressão do útero gravídico nas estruturas pélvicas de sustentação e na parede abdominal, tensão dos ligamentos redondos, relaxamento das articulações da bacia, contrações uterinas (Braxton-Hicks), além de gases, distensão e cólicas intestinais. O segundo tipo é muito comum no último trimestre; tem origem na embebição das articulações sacroilíacas, fadiga, espasmo muscular decorrente de alterações posturais (lordose exagerada) e ventre pêndulo. Os níveis de evidência apontam para um forte efeito positivo da acupuntura e do uso de cintas para o tratamento da dor lombopélvica, mas resultado ineficaz de exercícios específicos. Por outro lado, o Ambulatório Pré-natal da Maternidade Escola da UFRJ refere bons resultados com a fisioterapia.

Leucorreia. Durante a gestação, é comum o aumento da secreção vaginal (produção exacerbada de muco cervical, maior descamação do epitélio e transudação elevada pelo incremento da vascularização); trata-se de um corrimento branco, leitoso e não produz irritação. Diante das modificações na acidez vaginal ocorridas na gravidez, é muito frequente a inflamação por cândida. O corrimento está associado à coceira e ocorre dor à micção. O tratamento é feito com nitrato de isoconazol – 1 aplicador (5 g) intravaginal ao deitar, por 7 noites.

Em torno de 10 a 30% das grávidas apresentam vaginose bacteriana resultante de deficiência da flora normal de *Lactobacillus sp.* na vagina e crescimento relativo de bactérias anaeróbias, incluindo *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus sp.*, *Prevotella sp.*, ureaplasma e micoplasma (CDC,

2015). Isso provoca redução da acidez vaginal, com mau cheiro, embora 50% das mulheres com vaginose bacteriana sejam assintomáticas.

A vaginose bacteriana é causa de parto pré-termo; em geral, o tratamento está reservado às grávidas sintomáticas, embora estudos recentes tenham sugerido que a erradicação da infecção reduziria a taxa de parto pré-termo em mulheres com história de interrupção. Nos casos de mulheres com história de parto pré-termo, há indicação, na gravidez (12 a 16 semanas), de rastreamento para vaginose bacteriana e, nessas condições, o tratamento deve ser oral (SOGC, 2008): preferencialmente com clindamicina, 300 mg, 2 vezes/dia, durante 7 dias.

A tricomoníase é tratada com metronidazol geleia vaginal – 1 aplicador intravaginal ao deitar, à noite, por 10 dias.

Efeitos no feto de medicamentos administrados à mãe

Durante a gravidez, especialmente no primeiro trimestre, é prudente evitar qualquer medicação, a menos haja indicação absoluta para a sua administração.

Exames de imagem

Várias modalidades de imagem estão disponíveis para o uso na gravidez, incluindo ultrassom, radiografia, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e procedimentos de medicina nuclear. Desses exames, a radiografia é o que causa mais preocupação ao médico e à paciente, devido à possibilidade de a radiação iônica causar malformação ou carcinogênese no feto. Contudo, um exame simples radiográfico diagnóstico não resulta em exposição radioativa suficiente para ameaçar o desenvolvimento do feto e não é indicação para o abortamento terapêutico. O risco fetal de anomalia, CIR ou abortamento não aumenta com exposição à radiação < 5 rad, nível bem acima da faixa a que o feto está exposto nos procedimentos diagnósticos (ACOG, 2004) (Tabela 3). Além disso, durante a gravidez, é necessário proteger o útero gravídico com placa de chumbo em procedimentos extrapélvicos. O risco de leucemia infantil também é pequeno, e não excede 1 em 1.000 crianças por rad. Quando múltiplos procedimentos diagnósticos de radiografia forem antecipados na gravidez, devem ser preferidos, quando possível, aqueles não associados à radiação ionizante, tais como ultrassom e RM (sem gadolínio). A utilização de isótopos radioativos de iodo está contraindicada para uso terapêutico na gravidez (p. ex., tratamento de hipotireoidismo).

Tabela 3
Exposição fetal estimada para alguns procedimentos radiodiagnósticos mais comuns

Procedimento	Exposição fetal
Radiografia de tórax (2 imagens)	0,02 a 0,07 mrad
Radiografia simples de abdômen (1 imagem)	100 mrad
Pielografia intravenosa	≥ 1 rad*
Radiografia do quadril (1 imagem)	200 mrad
Mamografia	7 a 20 mrad
Enema baritado ou seriado de intestino delgado	2 a 4 rad
TC da cabeça ou do tórax	< 1 rad
TC do abdômen e da coluna lombar	3,5 rad
TC pelvométrica	250 mrad

*A exposição depende do número de filmes. TC, tomografia computadorizada. ACOG, 2004.

Aspectos emocionais da gravidez e preparação para o parto

Gravidez e parto são eventos fundamentalmente fisiológicos que ocasionam inúmeras modificações físicas e emocionais na mulher, o que demanda acompanhamento dos profissionais de saúde (assistência pré-natal) e da família. Esta assistência consiste em processo imprescindível no preparo da gestante para a maternidade e parto, bem como sua família e requer atenção individualizada e humanizada para a prevenção de eventos clínico-obstétricos e emocionais ao longo da gestação.

Exercício na gravidez e no pós-parto

Recomendações do ACOG (2015)

A gravidez é a época ideal para manter ou adotar estilo de vida saudável:

- | O exercício físico na gravidez tem riscos mínimos, mas benefícios para a maioria das mulheres, embora algumas modificações da programação sejam necessárias em virtude das alterações normais anatômicas e fisiológicas do estado gestacional
- | Uma avaliação clínica completa deve ser conduzida antes de recomendar o programa de exercícios para assegurar que a paciente não tenha razões para evitá-lo
- | Mulheres com gravidez não complicada devem ser engajadas em exercícios aeróbios e de força, durante a gestação e no pós-parto | O médico deve avaliar cuidadosamente as mulheres com complicações médicas e obstétricas antes das recomendações sobre a atividade física na gravidez. Embora frequentemente prescrito, o repouso no leito raramente está indicado e, na maioria dos casos, deve ser permitida a deambulação
- | O exercício regular durante a gravidez melhora ou mantém o condicionamento físico, ajuda o controle do peso, reduz o risco de DMG em mulheres obesas e aumenta o bem estar psicológico.

Em 2008 o Department of Health and Human Services dos Estados Unidos (DHHS) estabeleceu diretrizes da atividade física para americanos. Para a mulher grávida e puérpera saudáveis as diretrizes recomendam no mínimo 150 minutos por semana de atividade aeróbia de intensidade moderada (ie, o equivalente à caminhada acelerada). Essa atividade deve ser distribuída na semana e ajustada após supervisão médica que analisa as contraindicações para o exercício aeróbio na gravidez (ACOG, 2015) (Quadros 1 e 2).

Exercício no pós-parto

A rotina de exercícios pode ser reativada gradativamente após a gravidez, logo que for medicamente segura, dependendo do tipo de parto, vaginal ou cesáreo, e da presença ou da ausência de complicações médicas ou cirúrgicas (ACOG, 2015).

Início de exercício de fortalecimento do assoalho pélvico no pós-parto imediato pode reduzir o risco de incontinência urinária futura (RCOG, 2006).

Referência Bibliográfica

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy**. ACOG COMMITTEE OPINION N° 299. OBSTET GYNECOL 2004; 104: 647.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Anemia in pregnancy**. ACOG Practice Bulletin N° 95. Obstet Gynecol 2008; 112: 201.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Ultrasonography in pregnancy.** ACOG Practice Bulletin N° 101. *Obstet Gynecol* 2009; *113*: 451.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Method for estimating the due data.** ACOG COMMITTEE OPINION N° 700. *OBSTET GYNECOL* 2017; *129*: E150.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Physical activity during pregnancy and the postpartum period.** ACOG Committee Opinion N° 650. *ObstetGynecol* 2015; *126*: e135.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Sexually transmitted diseases.** Treatment Guidelines, 2015. *MMWR* 2015; *64*: 1.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **(ACIP): guidance for vaccine recommendations for pregnant and breastfeeding women.** Advisory Committee on Immunization Practices 2014 (updated 2015).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices,** United States 2015-2016 influenza season. *MMWR* 2015; *64*: 818.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DHHS). **2008 physical activity guidelines for Americans.** Washington, DC, 2008.

INTERNATIONAL SOCIETY OF ULTRASOUND IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. **ISUOG Practice Guidelines: performance of first-trimester fetal ultrasound scan.** *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; *41*: 102.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia,** 13ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE.
Antenatal care: routine care for the healthy pregnant women NICE Guidelines CG 62., 2008.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **Exercise in pregnancy.** RCOG Statement N° 4, 2006.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **Nutrition in pregnancy.** RCOG Scientific Impact Paper N° 18, revisado 2010.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **Blood transfusion in obstetrics.** RCOG Green-top Guideline N° 47, 2015.

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. **Immunization in pregnancy.** SOGC Clinical Practice Guideline N° 220. *J Obstet Gynaecol Can* 2008; *30*: 1149.

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA.
Pre-conception folic acid and multivitamin supplementation for the primary and secondary prevention of neural tube defects and other folic acid-sensitive congenital anomalies. SOGC Clinical Practice Guideline N° 324. *J Obstet Gynaecol Can* 2015; *37*: 534.

