



Problemas na Gravidez







Sintomas desagradáveis na gravidez

- 1 Introdução
- 2 Náuseas e vômitos
- 3 Cansaço
- 4 Dor nas costas
- 5 Pirose
- 6 Constipação
- 7 Hemorróidas
- 8 Vaginite
 - 8.1 Candidíase
 - 8.2 Tricomoníase
 - 8.3 Vaginose bacteriana
- 9 Cãibras nas pernas
- 10 Varizes e edema da perna
- 11 Outros sintomas
- 12 Conclusões

1 Introdução

Embora uma gravidez sem complicações geralmente seja considerada um estado de saúde, e não uma doença, amiúde é acompanhada por sintomas que, em outros momentos ou em outras circunstâncias, poderiam ser considerados sinais de doença. Os denominados “sintomas leves” da gravidez, como náusea e vômito, cansaço, dor nas costas, pirose, constipação, hemorróidas, corrimento vaginal, cãibras nas pernas, varizes e edema, são desagradáveis e podem causar desconforto significativo. As muitas mulheres que apresentam esses sintomas podem ter que modificar bastante seu estilo de vida e comportamento. A prevenção ou o alívio desses sintomas são um aspecto importante da atenção pré-natal.

2 Náuseas e vômitos

As náuseas e vômitos estão entre os sintomas mais frequentes, os mais característicos e talvez os mais incômodos do início da gravidez. Quase 75% de todas as gestantes apresentam náuseas, e uma em cada 10 apresenta persistência do distúrbio além do primeiro trimestre. Apesar do nome popular “enjôo matinal”, muitas mulheres têm o sintoma durante todo o dia. Frequentemente é mais intenso e mais duradouro nas mulheres com gravidez múltipla.

Felizmente, a forma mais grave de náusea e vômito (hiperêmese gravídica), com desidratação e distúrbio eletrolítico, é rara hoje. Embora as mulheres que apresentam hiperêmese possam precisar de internação hospitalar e de tratamento ativo, a morbidade e a mortalidade associadas diminuíram dramaticamente.

As causas de náuseas na gravidez ainda são desconhecidas, e a variedade de tratamentos recomendados reflete as muitas teorias sobre as causas. Como poderia ser esperado de uma condição autolimitada, estudos não-controlados desses “tratamentos” mostraram resultados sensacionais, mas falsos. Em contraste, os resultados dos estudos controlados foram menos impressionantes.

Recentemente, o uso de antieméticos diminuiu devido a temores possivelmente justificados dos efeitos da medicação sobre o feto. Frequentemente são preferidas condutas não-farmacêuticas para aliviar náuseas e vômitos, particularmente durante as primeiras semanas, quando o feto em desenvolvimento é mais vulnerável. Sugestões comuns sobre repouso e dieta para mulheres com náuseas ou vômitos durante a gravidez não foram avaliadas em estudos randomizados, mas tendem a ser inofensivas, e podem ser úteis. Pequenas quantidades de carboidratos, como biscoitos ou bananas, podem aliviar algumas mulheres, e se forem retidas proporcionarão a nutrição necessária. O repouso pode ser impossível quando as mulheres têm outras responsabilidades, como um emprego ou filhos pequenos, mas pode ser útil quando possível.

Uma conduta não-convencional, que utiliza acupressão no ponto Neiguan (P6) no punho, foi avaliada em vários estudos randomizados controlados por placebo. Os estudos foram pequenos, mas sugerem que a acupressão pode reduzir a frequência de náusea persistente. As pulseiras antienjôo comuns usadas para enjôos em viagens podem ajudar algumas mulheres, e não tendem a causar danos. O papel da acupressão merece avaliação adicional.

A vitamina B6 (piridoxina) foi testada em dois estudos. Seus resultados sugerem que a vitamina B6 pode ser efetiva na redução da intensidade da náusea, mas não está claro em que grau. As indicações de qualquer efeito sobre o vômito são inconclusivas. No caso de hiperêmese, o gengibre em pó e o ACTH foram comparados com placebo, mas esses estudos

foram pequenos demais para permitir quaisquer conclusões fidedignas.

Vários estudos, realizados principalmente nas décadas de 1950 e 1960, demonstraram que diversos anti-histamínicos são melhores que os placebos. Um estudo da dramamina mostrou que ela é menos efetiva isoladamente do que quando associada à benzilamina. Os anti-histamínicos simples geralmente são considerados seguros durante a gravidez, embora algumas vezes causem efeitos colaterais perturbadores, como tonteira e borramento da visão. Não foram realizados grandes estudos epidemiológicos para pesquisar possíveis efeitos adversos sobre o feto.

Antigamente, a droga mais usada no tratamento de náuseas e vômitos da gravidez era uma substância contendo o anti-histamínico succinato de doxilamina e piridoxina (comercializada como Debendox no Reino Unido, como Bendectin nos Estados Unidos e no Canadá e como Lenotan em alguns outros países). Os três pequenos estudos controlados com placebo publicados fornecem indicações razoáveis de que o Debendox aliviava as náuseas durante a gravidez. Foi retirado do mercado em 1983 em consequência de processos judiciais contra os fabricantes. Houve alegações de que a droga causara malformações congênitas quando usada na gravidez. Na época de seu *recall*, o Debendox havia sido usado por mais de 30 milhões de mulheres em todo o mundo. Em muitos países, um quarto a um terço de todas as gestantes usaram Debendox. Se as malformações congênitas ocorrem em 3,5% dos bebês, apenas acidentalmente o Debendox teria sido usado pelas mães de mais de um milhão de bebês nascidos com malformação congênita. Na inevitável busca do que pode ter causado as malformações nas crianças, não causa surpresa que muitas mães tenham apontado o Debendox, e, talvez instigadas por advogados excessivamente gananciosos, algumas decidiram entrar na justiça.

O processo ocorreu apesar de muitas evidências *contra* o fato de o Debendox ser teratogênico. Nos 19 estudos epidemiológicos sobre o Debendox, há um amplo consenso de que a droga *não* está associada a aumento do risco de malformações congênitas. Apesar da súbita retirada do Debendox do mercado, não houve redução correlacionada na incidência descrita de qualquer grupo de malformações. A remoção do Debendox provavelmente levou a aumento do uso de outros medicamentos para tratamento das náuseas e vômitos cujo uso, isoladamente, foi submetido a muito menos estudos em seres humanos.

Se for usado um antiemético durante a gravidez, a opção atual freqüentemente é um anti-histamínico. Essas substâncias parecem ser eficazes, conforme demonstrado pelos estudos iniciais, mas sua segurança não foi tão bem estudada.

3 Cansaço

Muitas mulheres relatam extremo cansaço, principalmente nos primeiros meses e novamente durante as últimas semanas de gravidez. Apesar do efeito adverso sobre suas vidas, foram realizadas poucas pesquisas sobre as causas ou o tratamento desse sintoma. Há questões interessantes sobre a relação entre cansaço e náusea, e sobre fatores que poderiam ajudar, como tirar licença do trabalho. Na ausência de pesquisa controlada, parece prudente assegurar às mulheres que o cansaço é um sintoma comum, que tende a diminuir durante o segundo trimestre, aconselhar aquelas excessivamente cansadas a repouso e a buscar ajuda nos compromissos domésticos e profissionais sempre que possível.

4 Dor nas costas

A dor nas costas é comum na população em geral, e ainda mais comum em gestantes. Até 75% das mulheres relatam sentir dor nas costas em algum momento da gravidez, e um terço considera-a um problema grave. As possíveis causas de dor nas costas na gravidez incluem alteração da postura com aumento da lordose lombar (curvatura da coluna vertebral) e alterações hormonais que causam afrouxamento dos ligamentos e maior retenção hídrica nos tecidos. Os sintomas freqüentemente são mais intensos à noite e contribuem para dificultar o sono, principalmente nos últimos três meses de gravidez. Deve-se assegurar às mulheres que o problema geralmente se resolve espontaneamente logo após o nascimento, particularmente para aquelas que não sentiam dor nas costas antes da gravidez.

Há poucas informações de estudos controlados sobre como evitar ou tratar a dor nas costas durante a gravidez. Conselhos comuns sobre o estilo de vida, como usar cadeiras com bom suporte para as costas e evitar levantar pesos, não foram avaliados em estudos controlados, mas parece valer a pena tentar. Um estudo avaliou um programa de exercícios e educação, realizado em duas pequenas sessões em grupo com material escrito, ou em cinco sessões individuais com uma fita e material escrito. Os problemas relacionados à dor foram reduzidos nos dois grupos de tratamento em comparação com o grupo submetido à atenção pré-natal normal, e as mulheres que participaram do programa individualizado ficaram menos tempo afastadas do trabalho. Entretanto, esses resultados devem ser interpretados com atenção devido a falhas metodológicas no estudo.

Um único estudo sobre o travesseiro Ozzlo, um travesseiro desenvolvido na Austrália para dor nas costas, sugeriu que ele



era um pouco melhor que um travesseiro padrão para alívio da dor nas costas no final da gravidez. Pode-se considerar esse tratamento nos lugares em que o travesseiro pode ser encontrado.

5 Pirose

A pirose afeta cerca de dois terços das mulheres em algum momento da gravidez. É outro distúrbio “leve” da gravidez, mas causa mais desconforto e angústia do que muitos distúrbios mais graves. Frequentemente está associada à ingestão de alimentos, à posição abaixada ou deitada. O fator precipitante mais claro é a postura.

As primeiras recomendações para mulheres com pirose devem incluir medidas prudentes, como evitar alimentos gordurosos ou condimentados e evitar inclinar-se ou deitar-se após comer. Se isso for insuficiente, a automedicação com antiácidos é o tratamento mais empregado, e frequentemente proporciona alívio adequado. Há poucas indicações de diferenças na eficácia das várias preparações disponíveis.

As drogas supressoras de ácidos, como a cimetidina ou a ranitidina, e o omeprazol, um inibidor da bomba de prótons, mostraram ser altamente efetivos no tratamento da pirose intensa ou persistente ou do refluxo gastroesofágico. Todos os bloqueadores H_2 atravessam a placenta humana, mas os estudos epidemiológicos com animais e seres humanos não mostraram efeito teratogênico. Há poucas informações sobre os efeitos fetais ou neonatais do uso de bloqueadores H_2 na gravidez avançada, mas os estudos não mostraram diferenças em quaisquer aspectos dos resultados da gravidez ou da saúde neonatal pelo seu uso. Entretanto, são necessários outros estudos para confirmar a segurança desses fármacos no final da gravidez. Um pequeno estudo avaliou o uso de ranitidina em gestantes, e os resultados são promissores.

Nas situações em que medidas alimentares e do estilo de vida simples e prudentes não proporcionaram alívio adequado da pirose, as evidências sugerem que inicialmente devem ser prescritos antiácidos, e o uso de drogas supressoras do ácido deve ser reservado para sintomas persistentes. As pessoas devem escolher seu produto preferido entre diferentes preparações, pois a adesão ao tratamento será maior quando o produto for considerado de gosto aceitável e efetivo.

6 Constipação

A constipação é um problema para muitas mulheres durante a gravidez, particularmente no último trimestre. As mulheres habitualmente constipadas geralmente apresentam agravamento durante a gravidez. A frequência de constipação em

gestantes refletirá seus hábitos alimentares, o consumo de líquidos e o padrão de exercício físico.

Estudos de observação constataram que a modificação da dieta, o consumo de líquidos e o exercício trazem alívio para muitas mulheres. Mais recentemente, o interesse concentrou-se no consumo suplementar moderado de fibras para reduzir a constipação. Em um pequeno estudo randomizado comparando duas formas de dieta com suplemento de farelo e sem suplemento, as gestantes com constipação que receberam suplementação de fibras tiveram seu número de movimentos intestinais aumentado em comparação com as mulheres não-tratadas.

Todavia, muitas mulheres com constipação podem necessitar de laxantes se as condutas fisiológicas não proporcionarem alívio. Os laxantes geralmente são classificados pelo seu mecanismo de ação. Os agentes formadores de volume (derivados de polissacarídeos e/ou celulose) e os amolecedores das fezes com detergentes (os dioctilsulfossucinatos) são seguros durante a gravidez, porque são inertes e não absorvidos. Alguns laxantes, como os difenilmetanos (por ex., bisacodil e fenoltaleína), as antraquinonas (aloe, cáscara e sene) e o óleo de rícino, exercem sua ação irritante sobre o intestino. Os efeitos colaterais maternos mais comuns incluem cólica ou dor súbita, aumento da secreção de muco e catarse excessiva com conseqüente perda de líquido. O uso crônico de laxantes irritantes pode resultar em perda da função intestinal normal e dependência de laxantes. Esses laxantes irritantes são todos absorvidos sistemicamente em algum grau. A maioria deles provavelmente atravessa a placenta, mas há poucas informações sobre possíveis efeitos sobre o feto.

Os catárticos salinos (sais de magnésio, sódio e potássio) e lubrificantes (como óleos minerais) não devem ser usados durante a gravidez; os primeiros devido ao risco de induzir distúrbios eletrolíticos e os outros porque interferem com a absorção de vitaminas lipossolúveis.

O conselho inicial para mulheres com constipação deve ser usar medidas fisiológicas e aumentar o consumo de fibras. Os agentes formadores de volume e os amolecedores das fezes são seguros para uso prolongado durante a gravidez e a lactação. Se essas preparações não aliviarem os sintomas, deve-se usar laxantes irritantes como o sene ou o bisacodil padronizados por curto período. Não devem ser usados catárticos salinos e óleos lubrificantes.

7 Hemorróidas

A prevenção ou o tratamento efetivo da constipação ajudarão a reduzir a intensidade das hemorróidas, outro sintoma comum

e doloroso da gravidez. Na ausência de pesquisa confiável sobre a melhor forma de se evitar ou tratar esse distúrbio, recomendações semelhantes às feitas a doentes não-grávidas podem ser apropriadas, tais como repouso, elevação das pernas e controle da constipação. Também se pode assegurar às mulheres que as hemorroidas geralmente melhoram ou desaparecem após o nascimento. Um pequeno estudo controlado com placebo comparou um rutosídeo com o placebo. Embora esse estudo tenha sugerido algum alívio dos sintomas, ainda há poucos indícios sobre a segurança dos rutosídeos durante a gravidez.

8 Vaginite

8.1 Candidíase

A candidíase vaginal (monilíase) é um problema freqüente durante a gravidez, e causa corrimento vaginal pruriginoso, intensamente irritante. A infecção é duas a dez vezes mais freqüente em gestantes que em não-gestantes, e durante a gravidez sua erradicação é mais difícil. Em geral, desaparece espontaneamente logo após o parto.

O diagnóstico clínico de candidíase vaginal não é específico nem sensível. Em algumas mulheres, pode ser difícil distinguir entre sintomas de candidíase e o aumento e as modificações da secreção vaginal normal na gravidez. Os sintomas típicos incluem corrimento vaginal irritante e prurido. O exame mostra eritema da mucosa dos pequenos lábios, intróito e terço inferior da vagina, com placas brancas e um corrimento fino contendo flocos brancos. O diagnóstico definitivo pode ser feito por exame laboratorial.

As infecções por *Candida* podem afetar lactentes com peso muito baixo ao nascimento e causam pneumonia e infecções cutâneas. Entretanto, essas infecções no recém-nascido são raras, considerando-se a alta freqüência de candidíase vaginal em gestantes, e por essa razão não é indicado o rastreamento de gestantes sem sintomas de candidíase.

Foram estudados vários diferentes antifúngicos locais, bem como diferentes dosagens e freqüências de administração. Os imidazóis são mais eficazes que a nistatina. Não há indicações de que um curso de 14 dias de tratamento antifúngico seja mais efetivo para cura da candidíase do que um curso de 7 dias, mas um curso de 7 dias é mais efetivo que um curso de 4 dias. As taxas de cura para um curso de 7 dias são de até 90%. Recentemente, foram usados tratamentos com dose única vaginal, mas não foram descritos estudos comparativos na gravidez.

O tratamento inicial da candidíase vaginal sintomática deve consistir em um curso de 7 dias de imidazol tópico, como

clotrimazol, devido à sua comprovada eficácia superior à nistatina. Podem ser necessários cursos repetidos, devido à tendência de recorrência da infecção. Não é indicado tratamento na infecção assintomática.

Agora também estão sendo prescritos medicamentos orais, como fluconazol. Teoricamente, podem ser mais eficazes que os tratamentos vaginais, pois são eficazes contra microorganismos intestinais e vaginais. Entretanto, essa forma de tratamento não foi testada durante a gravidez, e não pode ser considerada segura.

8.2 Tricomoníase

O protozoário *Trichomonas vaginalis* é isolado freqüentemente das secreções vaginais durante a gravidez. A infecção por *Trichomonas vaginalis* na gravidez pode causar vaginite sintomática grave em algumas mulheres, com corrimento vaginal, irritação intensa e dor e micção dolorosa. Não se sabe ao certo se pode causar efeitos adversos sobre o resultado da gravidez ou sobre o recém-nascido. Relatos não-comprovados sugeriram que a ausência de tratamento da vaginite por *Trichomonas* causa parto pré-termo, mas um estudo controlado e randomizado não relatou diferença estatisticamente significativa do peso ao nascimento ou da idade gestacional ao nascimento, tenha a infecção assintomática por *Trichomonas vaginalis* sido tratada com uma dose única de metronidazol ou deixada sem tratamento. A colonização do bebê após parto vaginal parece ser rara.

Como o *Trichomonas vaginalis* freqüentemente está associado a outras infecções sexualmente transmitidas na gravidez, estas devem ser especificamente pesquisadas quando é identificado *Trichomonas vaginalis*.

Até metade das mulheres portadoras do microorganismo é assintomática. O corrimento vaginal é a queixa mais comum, mas o corrimento verde espumoso clássico só é encontrado em uma pequena proporção de mulheres. O exame microscópico a fresco de uma preparação das secreções vaginais é simples e altamente específico, mas sua sensibilidade comparada à cultura pode ser de apenas 50%. Para maximizar a sensibilidade de uma preparação fresca, deve-se examinar imediatamente uma gota de secreção vaginal diluída em solução salina ao microscópio. Os movimentos espasmódicos característicos do microorganismo são perdidos se as secreções esfriarem antes do exame.

A cultura é o melhor método para se diagnosticar *Trichomonas vaginalis*, mas a metodologia é demorada e geralmente não está disponível. Os esfregaços de Papanicolaou foram usados para diagnosticar a doença, mas a sensibilidade desse método comparada à cultura é de apenas 40%.

O metronidazol é um tratamento altamente eficaz da infecção por *Trichomonas vaginalis*. Uma dose única de 2 g tem taxas de cura superiores a 90% por até um mês. Esse tratamento em dose única também maximizará a adesão. O parceiro sexual deve ser tratado junto com a mulher.

O metronidazol atravessa facilmente a placenta. Embora tenha sido considerado carcinogênico em roedores e mutagênico para determinadas bactérias, não há indicações de teratogenicidade em seres humanos após sua administração a gestantes. Entretanto, a maioria dos obstetras evita seu uso durante o primeiro trimestre de gravidez. Os imidazóis, que se mostraram efetivos *in vitro* contra *Trichomonas vaginalis*, podem proporcionar alívio sintomático no início da gravidez.

8.3 Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana é causada por grandes números de um grupo misto de microorganismos, incluindo *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* e vários anaeróbios. É comum, mas frequentemente assintomática. Quando há sintomas, eles incluem corrimento vaginal e prurido vulvar. A infecção geralmente desaparecerá espontaneamente. Entretanto, há indicações de que a vaginose bacteriana está associada ao parto pré-termo, e vários estudos avaliaram a antibioticoterapia em mulheres sintomáticas e assintomáticas. Embora esses estudos mostrem que os antibióticos têm boas taxas de cura, eles são pequenos demais para determinar se há qualquer benefício associado em termos de redução da morbidade e da mortalidade perinatais (ver Cap. 19).

9 Cãibras nas pernas

Quase metade das gestantes apresenta algum grau de cãibras nas pernas (espasmos dolorosos dos músculos da panturrilha), particularmente nos últimos meses da gravidez. O sintoma tende a surgir à noite, e pode recorrer repetidamente durante semanas ou meses, causando considerável desconforto. A causa e os mecanismos dessas cãibras ainda não são claros. Algumas vezes com base em analogias surpreendentes e hipóteses sem apoio, várias drogas foram amplamente prescritas para tratamento e profilaxia. A quinina, o Benadryl, a vitamina D e o cálcio na alimentação foram declarados benéficos com base em estudos não-controlados.

Comprimidos de cloreto de sódio mostraram ser mais efetivos que o uso de placebo, o não-tratamento ou o lactato de cálcio, em um estudo controlado, mas este estudo teve problemas metodológicos e os resultados não foram confirmados.

Um estudo do cálcio controlado com placebo não mostrou qualquer melhora dos sintomas em mulheres que tomaram 1 g de cálcio duas vezes ao dia durante 3 semanas. Outro estudo sugeriu que 5 mmol de magnésio pela manhã e 10 mmol à noite durante 3 semanas poderiam evitar cãibras, mas esse estudo foi pequeno demais para se chegar a quaisquer conclusões firmes.

Os sais de cálcio ainda são amplamente prescritos para a síndrome de cãibras noturnas da panturrilha na gravidez, apesar da ausência de indícios em estudos controlados de que sejam mais benéficos que um placebo. Infelizmente, não parecem ter sido realizados outros estudos sobre a eficácia do consumo de sódio ou magnésio. É provável que os benefícios observados possam ser restritos a mulheres com deficiência de sódio ou magnésio.

A massagem e o alongamento dos músculos afetados frequentemente proporcionam alívio durante uma crise, e certamente vale a pena experimentar essas medidas inócuas.

10 Varizes e edema da perna

As varizes das pernas e da vulva são muito comuns durante a gravidez. O edema da perna pode afetar até 80% das gestantes, e não deve ser considerado sinal de hipertensão induzida pela gravidez ou pré-eclâmpsia (ver Cap. 10). Os sintomas podem incluir dor, sensações de peso, cãibras noturnas, dormência e formigamento. O tratamento padronizado dos sintomas de varizes durante a gravidez é o uso de meias elásticas. Estas parecem proporcionar alívio, embora não tenham sido testadas em estudos randomizados. Podem ser muito desconfortáveis em épocas de calor.

Dois pequenos estudos fornecem alguns indícios de que os rutosídeos estão associados a melhor alívio dos sintomas de varizes que o placebo, incluindo cãibras, cansaço e edema. São necessários outros estudos para confirmar esses achados, e para assegurar que o uso de rutosídeo na gravidez não tem efeitos prejudiciais sobre o feto. Os estudos também devem ser planejados para avaliar tratamentos físicos, como meias elásticas e exercícios como natação, e para compará-los com os medicamentos.

Outros métodos para se obter alívio sintomático do edema, como compressão pneumática externa intermitente e imersão em água durante aproximadamente uma hora, podem resultar em redução do volume da perna ou aumento do débito urinário em curto prazo, mas têm pequena utilidade prática. A principal importância do edema é o desconforto apresentado por mulheres, e não há indícios de que essas medidas proporcionem alívio sintomático.

11 Outros sintomas

Pequenos estudos tentaram avaliar a efetividade de um creme para evitar estrias, de um creme com filtro solar para melasma (manchas cutâneas escuras), de anti-histamínicos comparados à aspirina para controle do prurido no final da gravidez e de vitamina B para evitar cáries dentárias. Nenhum teve metodologia ou tamanho de amostra adequados para estabelecer claramente se os tratamentos proporcionaram algum benefício ou alívio.

12 Conclusões

Alguns dos sintomas comumente apresentados durante a gravidez podem ser aliviados por condutas simples e fisiológicas. Outros persistem e causam desconforto significativo.

A acupressão mostrou ser promissora para o alívio de náuseas e vômitos da gravidez, e deve ser mais bem investigada. Quando se considera necessário o uso de medicamentos, os anti-histamínicos parecem ser as drogas de escolha, embora nenhum produto isolado tenha sido testado satisfatoriamente quanto à eficácia em estudos suficientes e haja poucos estudos disponíveis para informar-nos sobre possíveis riscos teratogênicos.

Não há informações disponíveis para ajudar no alívio do cansaço. Quando possível, as mulheres devem ser incentivadas a repousar, e a buscar ajuda para as tarefas domésticas e profissionais.

Quando os sintomas de pirose deixam de responder às intervenções posturais e nutricionais, devem ser usados antiácidos ou drogas supressoras de ácidos. No caso de constipação na gravidez, a modificação da dieta, incluindo aumento do consumo de fibras e líquidos, deve ser considerada antes de se recorrer aos laxantes. Os fármacos de volume, se necessário combinados aos amolecedores de fezes, devem ser usados se as medidas não proporcionarem alívio suficiente. Os laxantes irritantes (como sene padronizado) devem ser reservados para uso por curto período em casos refratários.

Os sintomas da candidíase vaginal respondem bem a cursos breves de clotrimazol, que frequentemente também proporcionarão alívio dos sintomas de vaginite por *Trichomonas*. Não é indicado tratamento na infecção assintomática. O metronidazol, que é mais eficaz para *Trichomonas vaginalis*, atravessa facilmente a placenta, e provavelmente deve ser evitado durante o primeiro trimestre.

Ainda não há tratamento farmacêutico para cãibras das pernas firmemente baseado em evidências científicas. Atualmente, há poucos indícios para se recomendar qualquer tra-

tamento para o edema que seja efetivo ou aceitável. Apesar da ausência de dados objetivos, as meias elásticas ainda são o tratamento padrão para varizes e edema.

A prevenção e o tratamento dos sintomas “leves”, frequentemente muito desagradáveis, da gravidez foram objeto de pequeno exame sistemático nos estudos clínicos. Devido à sua ampla prevalência, e ao desconforto significativo que causam, é urgente a necessidade desse estudo sistemático.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Bracken, M., Enkin, M., Campbell, H. and Chalmers, I., Symptoms in pregnancy: nausea and vomiting, heartburn, constipation, and leg cramps.

Biblioteca Cochrane

Brocklehurst, P. and Rooney, G., Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy.

Brocklehurst, P., Hannah, M. and McDonald, H., Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy.

Gulmezoglu, A.M., Interventions for trichomoniasis in pregnancy.

Jewell, M.D. and Young, G., Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy.

Interventions for preventing and treating backache in pregnancy.

Interventions for treating constipation in pregnancy.

Mahomed, K. and Gulmezoglu, A.M., Pyridoxine (vitamin B6) supplementation in pregnancy.

Young, G.L. and Jewell, M.D., Interventions for varicosities and leg edema in pregnancy.

Antihistamines versus aspirin for itching in late pregnancy.

Creams for preventing stretch marks in pregnancy.

Interventions for leg cramps in pregnancy.

Topical treatment for vaginal candidiasis in pregnancy.

Revisões pré-Cochrane

Jewell, M.D., Antacid therapy for heartburn in pregnancy.

Compound antacid preparations for heartburn in pregnancy.

Young, G.L., Sunscreen cream for melasma in pregnancy.

Outras fontes

Bardhan, K.D., Müller-Lissner, S., Bigard, M.A., Bianchi Porro, G., Ponce, J., Hosie, J. et al. (1999). Symptomatic gastro-oesophageal reflux disease: double blind controlled study of intermittent treatment with omeprazole or ranitidine. *BMJ*, 318, 502–7.

Magee, L.A., Inocencion, G., Kamboj, L., Rosetti, F. and Koren, G. (1996). Safety of first trimester exposure to histamine H₂ blockers. *Dig. Dis. Sci.*, 41, 1145–9.

Östgaard, H.C., Zetherström, G., Roos-Hansson, E. and Svanberg, B. (1994). Reduction of back and posterior pelvic pain in pregnancy. *Spine*, 19, 894–900.

Wijayanegara, H., Mose, J.C., Achmad, L., Sobarna, R. and Permadi, W. (1992). A clinical trial of hydroxyethylrutosides in the treatment of hemorrhoids of pregnancy. *J. Int. Med. Res.*, 20, 54–60.