

Assistência Pré-Natal

*Federação Brasileira das
Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*

Elaboração Final: 28 de maio de 2001

Autoria: Alencar Jr. CA

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Revisão de literatura e consensos.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.

B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.

C: Relatos e séries de casos clínicos.

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Oferecer informações atualizadas para realização da assistência pré-natal em gestantes normais, buscando que cada gestação culmine no parto de um recém-nascido saudável, sem prejuízos à saúde da mãe, através de:

a) Prevenção, identificação e/ou correção dos distúrbios maternos ou fetais que afetam a gravidez, incluindo os fatores sociais, econômicos, psicológicos e emocionais, bem como os médicos e/ou obstétricos;

b) Instrução à paciente sobre a gravidez, trabalho de parto, parto, atendimento ao recém-nascido, bem como aos meios de que ela pode se valer para melhorar sua saúde.

PROCEDIMENTOS:

1. Diagnóstico da gravidez;
2. Roteiro de consultas pré-natal;
3. Rotina laboratorial pré-natal;
4. Rotina ultra-sonográfica e avaliação da vitalidade fetal no pré-natal.

EVOLUÇÃO E DESFECHOS:

Redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Q U A N T O A O D I A G N Ó S T I C O D A G R A V I D E Z

O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico, em gestações mais avançadas. As queixas principais incluem o atraso menstrual, fadiga, mastalgia, aumento da frequência urinária e enjôos/vômitos matinais¹(D).

Os testes urinários têm baixa taxa de resultados falso-positivos, mas elevada taxa de falso-negativos, podendo atrasar o início do pré-natal. A pesquisa através de radioimunoensaio da fração beta da gonadotrofina coriônica humana é o método mais sensível e confiável, embora também o mais caro²(D).

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Q U A N T O A O R O T E I R O D E C O N S U L T A S P R É - N A T A I S

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal³(B). Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos⁴(D). Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o número adequado seria igual ou superior a seis. Pode ser que mesmo com um número mais reduzido de consultas, porém com maior ênfase para o conteúdo de cada uma das consultas, em pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos⁵(A).

Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos⁶(A).

As consultas deverão ser mensais até a 28^a semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo⁷(D).

Os componentes da história que precisam ser interrogados na primeira consulta pré-natal são²(D):

Data precisa da última menstruação; regularidade dos ciclos; uso de anticoncepcionais; paridade; intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; detalhes de gestações prévias; hospita-

lizações anteriores; uso de medicações; história prévia de doença sexualmente transmissível; exposição ambiental ou ocupacional de risco; reações alérgicas; história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; gemelaridade anterior; fatores socioeconômicos; atividade sexual; uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; história infecciosa prévia; vacinações prévias; história de violências.

A pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser questionada²(D):

Náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaléia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas.

O aconselhamento genético deverá ser efetuado para as que têm²(D):

Idade materna maior que 35 anos no parto; história pessoal ou familiar de criança com defeito aberto do tubo neural; risco étnico para condições genéticas detectáveis; história pessoal ou familiar de doença cardíaca congênita; anomalias anatômicas fetais detectáveis à ultra-sonografia; resultados anormais do teste sérico triplice; história pessoal ou familiar de anormalidades cromossômicas; diabetes prévio à gestação; abortamento habitual; exposição à drogas teratogênicas na gestação; feto com risco para desordem ligada ao cromossomo X; história de uso de químicos ou radiação; história pessoal ou familiar de: hemofilia, distrofia muscular, fibrose cística, coreia de Huntington, acondroplasia, síndrome de Marfan, deficiência de G6PD, fenilcetonúria, retardo mental ou desenvolvimento anormal.

No exame físico os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na

primeira visita pré-natal são: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireóide, das mamas, pulmões, coração, abdome e extremidades. No exame ginecológico/obstétrico, avaliar a genitália externa, vagina, colo uterino e, no toque bidigital, quando necessário, o útero e anexos. Após a 12^a semana medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 10/12^a semana com o sonar-doppler²(D).

Nas visitas subseqüentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de anemia de mucosas, existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. É obrigatório trabalhar o mamilo para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36^a semana²(D).

Em relação à suplementação de vitaminas e nutrientes na gestação:

- Ferro e folato: A suplementação rotineira de ferro e folato parecem prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e puerpério. Existem poucas informações em relação a outros parâmetros de avaliação da mãe e seu recém-nascido⁸(A);

- Folato peri-concepcional: Tem forte efeito protetor contra defeitos abertos do tubo neural. Deve ser usado rotineiramente pelo menos dois meses antes e nos dois primeiros meses da gestação. Esta informação deve ser difundida através de programas educacionais de saúde. Mulheres que tiveram fetos ou neonatos com defeitos abertos do tubo neural, têm que usar folato continuamente se ainda desejam engravidar⁹(A);

- Piridoxina (vitamina B6): Não existem

evidências para avaliar sua suplementação na gravidez, embora os resultados de um trabalho sugiram que seu uso pode ter efeito protetor em relação ao esmalte dentário¹⁰(A);

- Cálcio: Seu uso parece ser benéfico em mulheres que apresentam alto risco de desenvolver hipertensão na gestação e naquelas que têm baixa ingestão de cálcio. Novas investigações são necessárias para definição da melhor dose a ser utilizada na gestação¹¹(A);

- Zinco: Não existem evidências suficientes para avaliar os efeitos do seu uso na gravidez. Os possíveis efeitos benéficos sobre a prevenção do trabalho de parto prematuro necessitam de novas avaliações¹²(A);

- Proteínas: A suplementação balanceada parece melhorar o crescimento fetal e reduzir os riscos de morte fetal e neonatal. As evidências são insuficientes para afirmar se existem outras vantagens potenciais¹³(A).

RECOMENDAÇÕES

GERAIS QUANTO À ROTINA LABORATORIAL PRÉ-NATAL

A rotina laboratorial na primeira consulta, de preferência no primeiro trimestre, baseada em evidências científicas, é¹⁴(D):

- Colpocitologia oncológica;
- Cultura cervical para N. Gonorrhea e C. trachomatis para grávidas de alto risco, com diminuição dos custos decorrentes da menor incidência de trabalho de parto prematuro, parto prematuro, endometrite pós-parto e conjuntivite neonatal;
- Hematócrito e hemoglobina;

- Tipagem sanguínea e fator Rh;
- Coombs indireto em pacientes Rh negativas com fator de risco para doença hemolítica perinatal. Repetir o teste entre 24 e 28 semanas se anteriormente negativo;
- Glicemia de jejum;
- Sorologia para sífilis - VDRL. Se positivo, necessita de confirmação com o FTA-ABS. Repetir com 36 semanas para pacientes de alto risco;
- Sorologia para rubéola. Se negativa, cuidados para evitar exposição desnecessária ao vírus. Vacinar imediatamente no pós-parto;
- HbsAg. Se positivo, novos testes estão indicados. Se negativo, e vacinação prévia não tiver sido efetuada, considerar fazer vacina. Fazer novo rastreio com 36 semanas. Se a mãe for portadora do antígeno, a criança tem 70% a 90% de chance de adquirir hepatite B e 85% a 90% de ser portadora crônica. O tratamento do recém-nascido com imunoglobulina e vacina para hepatite B reduz o risco em 85% a 90%;
- Elisa anti-HIV. As pacientes negativas, de risco, deverão repetir o teste durante os próximos 6 meses. O teste positivo necessita de confirmação com outro teste Elisa e com um teste específico (Western-blot);
- Sorologia para toxoplasmose. Não existe consenso em relação ao rastreio da toxoplasmose. Quando a IgM é positiva, pode indicar infecção nos últimos dois anos. A titulação não auxilia a determinar quando a infecção da paciente ocorreu. Como o rastreio é caro e as vantagens do tratamento ainda não estão claramente definidas, novas pesquisas são necessárias(D);

- Sorologia para citomegalovírus. Infelizmente, não existe imunidade após a primo infecção. Em virtude disso, e da impossibilidade de adoção de condutas específicas, caso a sorologia demonstre infecção, sua utilização na rotina pré-natal vem sendo extremamente questionável;

- Sumário de urina e urocultura. Redução do risco de infecções urinárias baixas sintomáticas e de pielonefrite;

- Análise cromossômica fetal por biópsia de vilos coriônicas. Risco de perda da gestação deverá ser comparado aos riscos do procedimento. Em pacientes de baixo risco é desejável avaliação ultra-sonográfica dos marcadores biofísicos de cromossomopatias, especialmente translucência nucal, antes da decisão de realização do procedimento(D).

Os exames sugeridos no segundo trimestre são¹⁴(D):

- Teste sérico triplice materno. A mensuração da alfa-feto proteína, estriol não conjugado e gonadotrofina coriônica humana pode ser utilizada para rastreio dos defeitos abertos do tubo neural e trissomias, especialmente a trissomia do cromossomo 21. Pode detectar 56% a 91% dos defeitos abertos do tubo neural e evitar 75% das amniocenteses, se oferecido entre 15 e 18 semanas para mulheres com menos de 35 anos. Para mulheres acima dos 35 anos, a recomendação é a realização da amniocentese, independente do resultado do teste;

- Análise cromossômica fetal por amniocentese. Risco de perda da gestação (0,5 a 1%) deverá ser comparado aos riscos do procedimento;

- Teste oral de tolerância à glicose com 50 gramas de glicose entre a 24a e 28a semanas de gestação;

- Glicemia de jejum, segundo recomendação do Estudo Brasileiro do Diabetes Gestacional¹⁵(D);

- Curva glicêmica de 2 horas com 75 gramas de glicose, segundo recomendação do Estudo Brasileiro do Diabetes Gestacional (deverá ser realizado se TOTG maior que 140 mg/dl ou glicemia de jejum maior que 85 mg/dl)¹⁵(D).

Os exames sugeridos no terceiro trimestre são¹⁴(D):

- Hematócrito e hemoglobina;

- Cultura cervical para estreptococos do grupo B em pacientes de risco (rotura prematura das membranas com mais de 18 horas, trabalho de parto prematuro, criança anterior afetada pelo estreptococo grupo B, febre materna maior que 38°C e bacteriúria com a presença do estreptococo grupo B).

RECOMENDAÇÕES GERAIS QUANTO À ROTINA ULTRA-SONOGRÁFICA E AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL NO PRÉ-NATAL

As melhores evidências científicas definem sua realização rotineira no 2º trimestre para determinação da idade gestacional e pesquisa de anomalias congênitas. A avaliação no 1º trimestre permite melhor acompanhamento da idade gestacional, detecção precoce de gestações gemelares e de fetos portadores de anomalias¹⁶(A).

A realização de exames rotineiros após a 24ª semana, em pacientes de baixo risco, não confere benefícios à mãe ou ao feto¹⁷(A). Em relação ao diagnóstico do bem-estar fetal, um estudo realizado com mais de 15.000 pacientes de baixo risco não ofereceu subsídios para seu uso rotineiro¹⁸(A).

Na avaliação da vitalidade fetal podemos dispor de:

- Contagem diária dos movimentos fetais: método simples e inócuo de avaliação fetal. A mãe deverá quantificar os movimentos fetais, definindo o tempo necessário para obter-se um determinado número de movimentos ou, por outro lado, quantas vezes o feto se movimenta em período de uma hora;

- Cardiocotografia anteparto: Apesar de ser método seguro e inócuo em relação à mãe, não existem evidências científicas que autorizem seu uso rotineiro em gestações de baixo risco. Os dados incluídos nas últimas revisões, entretanto, são do início da utilização da cardiocotografia e podem não se correlacionar com a prática obstétrica atual¹⁹(A);

- Dopplervelocimetria: Sua utilização em gestações de risco é totalmente justificada, existindo melhora no cuidado obstétrico, parecendo ser promissora em reduzir mortes perinatais²⁰(A).

Em pacientes de baixo risco não existem evidências que justifiquem sua utilização rotineira, não adicionando benefícios à mãe ou ao feto²¹(A).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chard T. Pregnancy tests: a review. Hum Reprod 1992; 7:701-10.
2. Andolsek KM, Kelton GM. Risk assessment. Prim Care 2000; 27:71-103.
3. Amini SB, Catalano PM, Mann LI. Effect of prenatal care on obstetrical outcome. J Matern Fetal Med 1996; 5:142-50.
4. National Committee for Quality Assurance: Medicaid HEDIS: an adaptation of NCQA's Health Plan. Washington: Employer Data and Information, Set. 1998.
5. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
6. McDuffie RS, Beck A, Bischoff K, et al. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low risk women. JAMA 1998; 275:847-51.
7. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, et al. Prenatal care. In: Cunningham FG, Williams J, Whitridge J, editors. Williams obstetrics. 20th ed., Connecticut: Appleton & Lange, 1997; 227-50.
8. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
9. Lumley J, Watson L, Watson M, et al. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). In: The

- Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
10. Mahomed K, Gulmezoglu AM. Pyridoxine (vitamin B6) supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
11. Atallah AN, Hofmeyr GJ, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
12. Mahomed K. Zinc supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
13. Kramer MS. Balanced protein/energy supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
14. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
15. Schimdt MI, Reichelt AJ. Consenso sobre diabetes gestacional e diabetes pré-gestacional. Arq Bras Endocrinol Metab 1999; 43:14-20.
16. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
17. Bricker L, Neilson JP. Routine doppler ultrasound in late pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
18. Ewigman BG, Crane JP, Figoletto FD, et al. Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome: RADIUS Study Group. N Engl J Med 1993; 329:821-7.
19. Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
20. Neilson JP, Alfirevic Z. Doppler ultrasound for fetal assessment in high risk pregnancies (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
21. Bricker L, Neilson JP. Routine doppler ultrasound in pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.