

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

É o conjunto de medidas preventivas e curativas, com o fim de proporcionar condições de bem-estar físico, mental e social durante a gestação e assegurar o nascimento de uma criança saudável, com risco mínimo para a mãe.

OBJETIVOS

- Estratificação do risco gestacional
- Avaliação contínua do bem estar materno e fetal
- Identificação de problemas e intervenção, se possível, para prevenir ou minimizar morbidades.
- Educação da paciente, aprimorando o cuidado e a qualidade de vida das pessoas envolvidas: mãe, filho e familiares.

Neste capítulo, abordaremos a rotina de avaliação obstétrica, assim como de exames complementares, que devem ser realizados em todas as gestantes sem risco identificado. Os ambulatórios especializados, que acompanham gestantes de alto risco, apresentarão suas rotinas em capítulos específicos.

PRIMEIRA CONSULTA

ANAMNESE

- História da gestação atual: determinar da forma mais precisa possível a idade da gravidez; caracterizar se a gravidez foi planejada; perguntar sobre as queixas atuais.
- História obstétrica: registrar a paridade, o peso dos filhos ao nascer, os tipos de parto, o intervalo interpartal, e avaliar o aleitamento nas gestações anteriores. Explorar ainda a história dos pré-natais prévios, com ênfase nas complicações clínicas e obstétricas. Registrar abortamentos / perdas fetais, determinando frequência e época da gestação em que ocorreram.
- História ginecológica:
 - História menstrual: caracterizar com precisão, se possível, o primeiro dia do último ciclo, a menarca e o tipo de ciclo menstrual.
 - História contraceptiva: método de contracepção e época da interrupção. Questionar sobre tratamentos para infertilidade.
 - Sexualidade
 - Avaliar doenças sexualmente transmissíveis
- História clínico-cirúrgica: intervenções prévias, especialmente ginecológicas; patologias clínicas associadas; transfusões; uso regular de medicações; história vacinal.
- História familiar: avaliar doenças hereditárias ou comportando fatores de hereditariedade. Atenção para diabetes, hipertensão, gemelidade, anomalias congênitas, e doenças do parceiro.
- Alergias a fatores ambientais e medicamentosos.
- Hábitos de vida: tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, prática de atividades físicas.

EXAME FÍSICO

- Registrar peso habitual e atual / altura / IMC - avaliação do estado nutricional.
- Aferição da pressão arterial, preferencialmente com a paciente sentada.
- Exame clínico geral.
- Exame ginecológico e obstétrico:
 - exame das mamas.
 - exame obstétrico: palpação abdominal com delimitação do fundo uterino e ausculta dos batimentos cardíacos fetais com Sonar Doppler.
 - exame especular: deve ser realizado sempre na primeira consulta, mesmo que a gestante não tenha queixas, visando identificar vaginites, cervicites, lesões verrucosas, etc.
- A recomendação de ganho de peso total na gravidez de acordo com o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional (*Institute of Medicine*, 2013) está definida conforme a tabela abaixo:

Tabela 1: Faixas de ganho de peso gestacional segundo o Índice de Massa Corporal Pré-gestacional.

IMC pré-gestacional	Ganho de peso total (kg) no 1º. trimestre (até a 14ª. semana)	Ganho de peso semanal (kg) no 2º. e 3º. trimestres (a partir da 14ª. semana de gestação)	Ganho de peso total (kg)
Baixo peso (<18.5 kg/m ²)	1-3	0,51 (0,44 – 0,58)	12,5 - 18
Peso normal (18.5 to 24.9 kg/m ²)	1-3	0,42 (0,35 – 0,50)	11,5 - 16
Sobrepeso (25.0 to 29.9 kg/m ²)	1-3	0,28 (0,23 – 0,33)	7 – 11,5
Obesidade (≥30.0 kg/m ²)	0,2-2	0,22 (0,17 – 0,27)	5 - 9

Legenda: IMC: índice de massa corporal

EXAMES COMPLEMENTARES– vide Quadro 1.

- Grupo sanguíneo e fator Rh. Quando Rh for negativo, solicitar tipagem sanguínea do parceiro.
- Pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) da paciente (Coombs indireto).
- Hemograma completo.
- Glicemia de jejum.
- VDRL.
- Sorologia para Toxoplasmose (IgM e IgG) – repetir no 2º e 3º trimestres, apenas se IgG negativo.
- HBsAg.
- Sorologia para HIV, com consentimento da gestante.
- Rotina de urina - EAS e urinocultura com antibiograma.
- Citologia cervicovaginal: deve ser colhida nas gestantes com idade a partir de 25 anos. Após dois exames negativos realizados com intervalo de um ano, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos, EXCETO naquelas pacientes HIV positivas ou imunossuprimidas, para as quais a coleta deve ser feita logo após o início da atividade sexual, independente da idade, e com periodicidade anual.
- Coleta de cultura para GBS (35-37 semanas).
- Ultrassonografia e Dopplervelocimetria - de acordo com Figura 1.

Quadro 1 - Rotina de solicitação de exames complementares durante o pré-natal sem risco identificado

Exames	1º trimestre ou primeira consulta	2º trimestre	3º trimestre
Tipagem sanguínea	X		
Hemograma completo	X	X	X
Glicemia de jejum	X		X
TOTG 75g (24 a 28 semanas)		X	
VDRL	X	X	X
Toxoplasmose	X	X	X
HbsAg	X		X
HIV	X		X
EAS	X	X	X
Cultura de urina	X	X	X
Citologia cérvico-vaginal	X		
GBS (35 a 37 semanas)			X

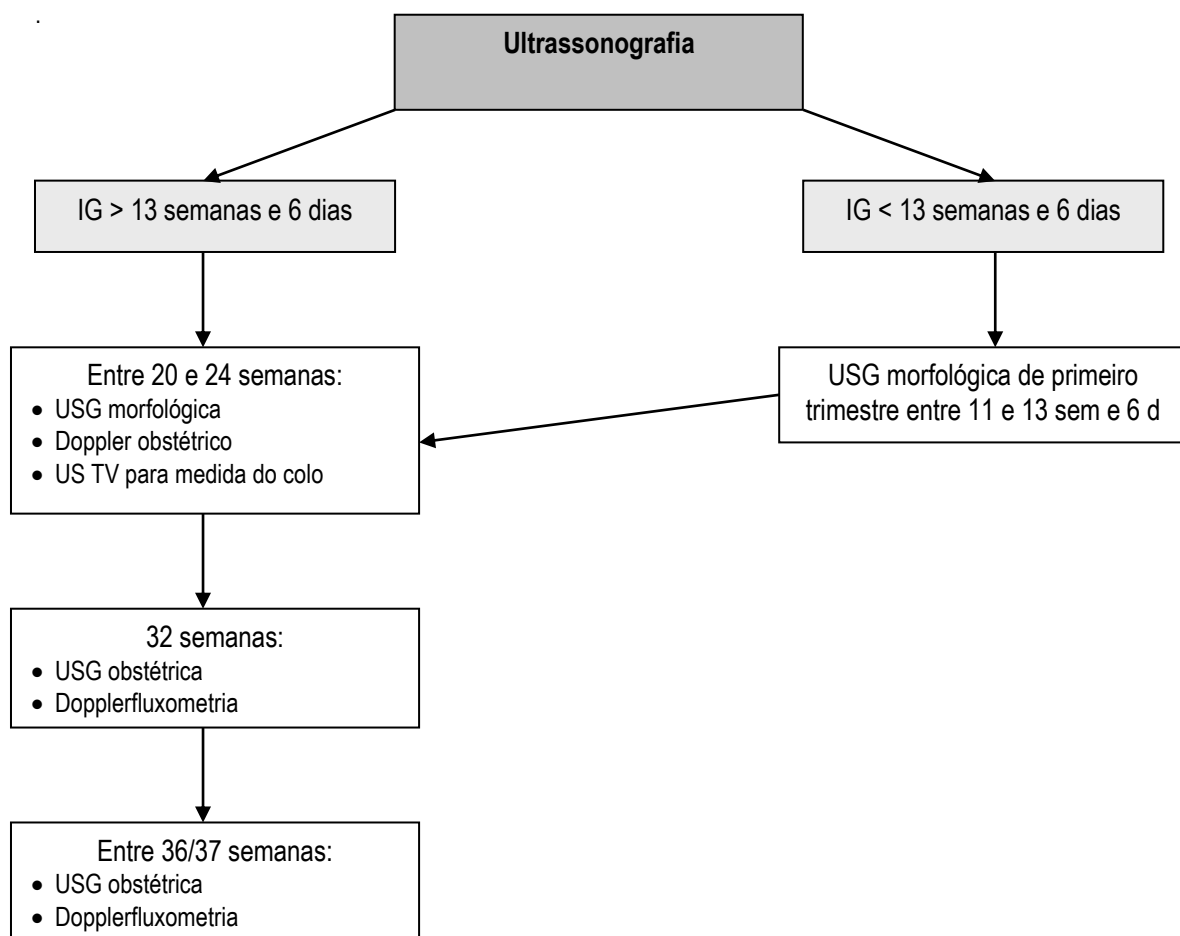


Figura 1 - Rotina de exames ultrassonográficos durante o pré-natal sem risco identificado

DETERMINAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

- Data da última menstruação bem definida.
- Ultrassonografia.

Caso haja diferença menor ou igual a 7 dias entre estas aferições da idade gestacional, no primeiro trimestre, considerar a calculada pela data da última menstruação.

ENCAMINHAR A GESTANTE A SERVIÇO SOCIAL, PSICOLOGIA E NUTRIÇÃO.

PROFILAXIA DA PRÉ-ECLÂMPsia

Pacientes que iniciam o pré-natal antes de 14 semanas serão submetidas ao exame ultrassonográfico morfológico de 1º trimestre, que inclui o rastreio para a pré-eclâmpsia. (Ver capítulo - Pré-eclâmpsia – Eclâmpsia).

ASPIRINA

As gestantes cujo rastreio indicar alto risco para a doença, receberão, na ocasião, a prescrição do **ácido acetilsalicílico (AAS)** na dose **150 mg/dia**, à noite, a partir de **12 semanas, mantendo-o até 36 semanas, ou até o diagnóstico de PE**. A prescrição é de 1 comprimido e meio do AAS de 100mg por dia, desprezando a metade não utilizada¹. Como alternativa, pode ser prescrito 2 comprimidos de 81mg. O obstetra deverá acompanhar a adesão da paciente à profilaxia, registrando a mesma no prontuário.

As gestantes não submetidas ao rastreio de 1º trimestre terão a prescrição do AAS indicada por critérios clínicos. Pacientes portadoras de pelo menos **UMA** das condições abaixo devem iniciar a profilaxia com AAS até 16 semanas de gestação.

- Hipertensão arterial crônica
- História de doença hipertensiva durante a gestação anterior
- Diabetes tipo 1 ou tipo 2 ou Diabetes Mellitus Gestacional
- Doença renal crônica
- Doenças autoimunes, tais como Lúpus Eritematoso Sistêmico ou Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídeo.

OU, pacientes portadoras de pelo menos **DUAS** das condições abaixo devem iniciar a profilaxia com AAS até 16 semanas de gestação.

- Primeira gestação
- Idade materna ≥ 40 anos
- Intervalo entre as gestações superior a 10 anos
- IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$
- História familiar ou pessoal de PE
- Gestação múltipla

Dado o alto valor preditivo negativo do exame de rastreio, gestantes com as condições acima, com resultado do exame de rastreio para pré-eclâmpsia negativo ($<1/100$), não têm indicação de uso da aspirina.

¹ Sugerimos o uso do cortador de comprimidos

CÁLCIO

A suplementação de cálcio para prevenção da PE deve ser realizada na dose de 500mg/dia, via oral, para pacientes com alto risco para PE, seja este risco estabelecido pelo rastreio de 1º trimestre ou pelos fatores clínicos acima descritos, a partir da 12ª semana até o final da gestação (Figura 2).

Nas pacientes em que a equipe de Nutrição identifica a baixa ingestão (<600mg), o cálcio deve ser prescrito na dose de 500mg, via oral independentemente do risco para PE, a partir da 12ª semana até o final da gestação (Figura 2).

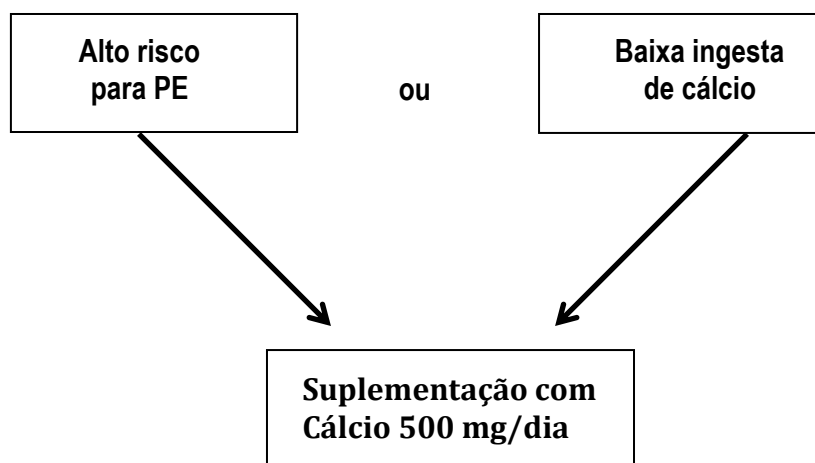


Figura 2: Indicações de suplementação de Cálcio

Orientar a gestante quanto ao uso dos suplementos de cálcio: os comprimidos devem ser ingeridos com algum alimento, por exemplo: antes de deitar, com leite, e devem ser evitados o consumo concomitante de alimentos ricos em fitatos, oxalatos ou ferro (feijão, fígado, espinafre, acelga, couve, beterraba ou batata doce), que podem prejudicar a absorção do cálcio. O suplemento de cálcio deve ser tomado com intervalo mínimo de 2 horas dos comprimidos de ferro ou de polivitamínicos contendo ferro.

Recomendar o aumento da ingestão de líquidos.

Desestimular o consumo excessivo de sal e de alimentos ricos em sal, pois, a dieta rica em sal aumenta a calciúria e diminui a retenção de cálcio no corpo.

Desestimular o consumo excessivo de alimentos ricos em cafeína (refrigerantes e bebidas energéticas) que podem induzir hipercalcúria.

CONSULTAS SUBSEQUENTES

APRAZAMENTO DAS CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Mensais até 32 semanas.
- Quinzenais de 32 a 36 semanas.
- Semanais a partir de 37 semanas.
- Revisão puerperal 30 dias após o parto.

ROTINA DE ATENDIMENTO NAS CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Anamnese direcionada aos pequenos distúrbios da gestação.
- Palpação abdominal.
- Ausculta fetal.
- Toques vaginais de acordo com a indicação clínica.
- Orientação sobre hábitos de vida, sobre o parto e aleitamento.
- Conduzir os pequenos distúrbios da gravidez (ver rotina específica).
- Atenção especial para:
 - Registro do peso.
 - Cálculo do ganho ponderal semanal.
 - Mensuração do fundo do útero – Quadro 2
 - Registro da pressão arterial.
 - Medicações em uso.
 - Registro vacinal (ver rotina específica)
 - Exames complementares –ver Quadro 1.
 - **O correto preenchimento do prontuário e do cartão da gestante com todas as informações relevantes, com assinatura e carimbo do(s) responsável(is) pelo atendimento.**

Caso seja identificado algum fator de risco, a grávida deve ser encaminhada para atendimento em ambulatório especializado.

Quadro2–Medida do fundo uterino

Idade da Gestação (Semanas)	Medida do Fundo-do-útero (cm)		
	Percentil 10	Percentil 50	Percentil 90
20	16	18,5	23
21	17	19,5	23,5
22	18	20,5	24
23	19	21,5	24,5
24	20	22,5	25
25	20,5	23,5	26
26	21,5	24,5	27
27	22,5	25,5	28
28	23,5	26,5	29
29	24,5	27,5	30
30	25	28,5	31
31	26	29,5	32
32	27	30,5	33
33	28	31	34
34	29	32	35
35	30	33	36
36	30,5	33,5	36,5
37	31	34	37
38	31,5	34	37,5
39	32	34,5	38
40	32	34,5	38,5
41	32	34,5	38,5

MEDICAÇÕES DE ROTINA

- Suplementação de ferro: 60 mg de ferro elementar VO, preferencialmente na forma de ferro quelato,

após 20 semanas.

- Ácido fólico: 400mcg/dia VO, até 12 semanas. Recomenda-se a ingestão 1 hora antes das refeições.

RECOMENDAÇÕES DURANTE O PRÉ-NATAL SEM RISCO IDENTIFICADO

- Realizar atividade física regularmente sob supervisão.
- Não há contraindicação para atividade sexual, em qualquer fase da gestação.
- Fornecer orientações sobre amamentação e cuidados com as mamas (ver capítulo específico).
- Fumo e álcool estão proibidos.

NUTRIÇÃO

Ver capítulo específico de “Assistência Nutricional no Pré-Natal”- Protocolo Assistencial da Nutrição.

LEMBRETES

- As gestantes adolescentes são acompanhadas em ambulatório especializado, mas seguem a mesma rotina de exames proposta para o pré-natal sem risco identificado. O diferencial deste ambulatório está na atividade de Ação Educativa Multidisciplinar, realizada em grupo e voltada especificamente para a faixa etária em questão.
- As pacientes com exame colpocitológico alterado (lesões de alto grau) deverão ser encaminhadas à Patologia Cervical para colposcopia.
- Oferecemos ainda em nosso pré-natal ambulatórios especializados no acompanhamento de gestantes portadoras de Hipertensão Arterial, Diabetes, Gestação Múltipla, Pós-cirurgia bariátrica e Obesidade, Patologias Tireoidianas, Doença Trofoblástica Gestacional e Patologias Fetais.

LEITURA SUGERIDA

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTIS. ACOG Practice Bulletin, n.157.Cervical cancer screening and prevention. **Obstet. Gynecol.**, v.127, n.1, p. 1-20, 2016.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTIS, Group Prenatal Care, ACOG Committee Opinion N° 731. **Obstet Gynecol.**,2018; 104:131.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - ACOG. ACOG Practice Bulletin. n. 202. Gestational hypertension and preeclampsia. **Obstet. Gynecol.**, v.133, n.1, p.e1–e25, 2019.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - ACOG. ACOG Committee Opinion. n. 743. Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. **Obstet. Gynecol.**, v.132, n.1, p.e44–e52, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n.18). Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad18.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2013.

- FIGO WORKING GROUP ON GOOD CLINICAL PRACTICE IN MATERNAL-FETAL MEDICINE - FIGO. Good clinical practice advice: first trimester screening and prevention of pre-eclampsia in singleton pregnancy. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v.144, n.3, p.325-329, 2019.
- HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR, Hadden DR, McCance DR, Hod M, McIntyre HD, Oats JJ, Persson B, Rogers MS, Sacks DA, Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study Co-operative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008;358:1991–2002.
- International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. ISUOG Practice Guidelines: performance of first-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 102.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy **Nice Clinical Guideline**, n.107, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13098/50418/50418.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2013.
- Nicolaides KH. A model for a new pyramid of prenatal care based on the 11 to 13 week's assessment. *Prenat Diagn* 2011; 31:3.
- Liona C. Poon,* | Andrew Shennan| Jonathan A. Hyett | Anil Kapur |Eran Hadar | Hema Divakar | Fionnuala McAuliffe | Fabricio da Silva Costa |Peter von Dadelszen | Harold David McIntyre | Anne B. Kihara¹ | Gian Carlo Di Renzo | Roberto Romero | Mary D'Alton |Vincenzo Berghella | Kypros H. Nicolaides | Moshe Hod The International Federation of Gynecology and Obstetrics(FIGO) initiative on pre-eclampsia:A pragmatic guide for first-trimesterscreening and prevention