

Tema: pré-natal de risco habitual

Versão Nº 01

Protocolo Nº 321

1ª Versão: maio de 2022

Atualização: NA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO	2
AGENDAMENTO DAS CONSULTAS	3
PRIMEIRA CONSULTA	3
RASTREAMENTO DE DIABETES	6
PESQUISA DE <i>STREPTOCOCCUS</i> β -HEMOLÍTICO	8
VACINAÇÃO	8
SULFATO FERROSO	9
ÁCIDO FÓLICO	9
CORRIMENTOS VAGINAIS	10
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO	10
MONITORAMENTO	11
CONFLITOS DE INTERESSE	11
REFERÊNCIAS	11
SIGLAS	12
HISTÓRICO DAS VERSÕES	12

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo natural complexo, que traz transformações físicas, hormonais e psicossociais, e que demanda um acompanhamento clínico individualizado.

*“O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas”.*²

A assistência pré-natal de qualidade é um elemento de relevância significativa no período gravídico-puerperal, pois está diretamente associada a melhores desfechos perinatais.³

O atendimento multiprofissional à gestante agrega ações que se completam, de acordo com a fundamentação teórico-prática de cada profissional e especialidade, e isso favorece a qualidade e a eficiência do atendimento ao binômio mãe-feto.⁶

Recomenda-se o estabelecimento de vínculo entre o acompanhamento pré-natal e o local de assistência ao parto, com a inclusão de práticas acolhedoras, detecção precoce de risco gestacional e desenvolvimento de práticas educativas.²

OBJETIVOS

Uniformizar e sistematizar a assistência multiprofissional no pré-natal de risco habitual do Hospital das Clínicas da UFMG/Ebserh (HC-UFMG).

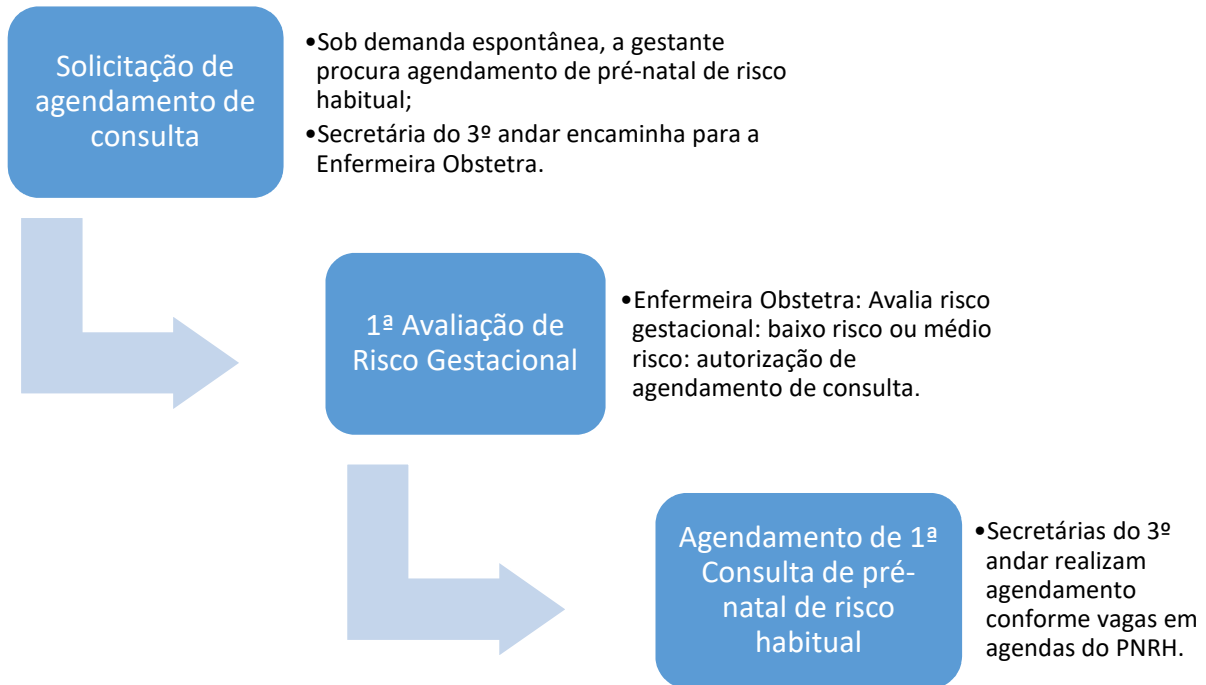
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- Ausência de alto risco gestacional no momento da avaliação inicial.
- Disponibilidade de vaga em agenda do Pré-Natal de Risco Habitual (PNRH).

Caso seja detectado gestação de alto risco, a gestante será encaminhada para a Unidade Básica de Saúde, onde fará o agendamento de pré-natal de alto risco, com a marcação da primeira consulta pela Central de Marcação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, seguindo o fluxo estabelecido.

AGENDAMENTO DAS CONSULTAS

Fluxograma de agendamento de 1ª consulta do pré-natal de risco habitual:



Calendário mínimo de consultas:

- Mensal – até 34 semanas.
- Quinzenal – entre 34 e 38 semanas.
- Semanal – após 38 semanas.
- Não existe “alta do pré-natal”.

PRIMEIRA CONSULTA

- Anamnese geral, obstétrica, ginecológica e familiar; avaliação socioeconômica e histórico vacinal.
- Definição da data da última menstruação, cálculo de idade gestacional e data provável do parto.
- Exame físico: estado geral, avaliação de sinais vitais (pressão arterial assentada), palpação cervical, de mamas e axilas, ausculta cardíaca e respiratória, avaliação de edema e depanturrilhas.
- Exame ginecológico completo na primeira consulta.
- Exame obstétrico: medida de altura uterina, manobras de *Leopold*, mensuração da frequência cardíaca fetal, toque vaginal.
- Solicitar os exames indicados para todas as gestantes de risco usual (Tabela 1).

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

Tabela 1 - Exames laboratoriais indicados para todas as gestantes:

Exame	1º trimestre	24 a 28 semanas	3º trimestre
Grupo sanguíneo e Rh	X		
Coombs indireto (1ª consulta para todas as gestantes; repetição se Rh negativo)	X	X	X (mensal)
Hemograma completo	X	X	X
VDRL	X	X	X
Toxoplasmose (IgG e IgM na primeira consulta e repetição nas susceptíveis)	X	X	X
Anti HIV	X		X
Anti HCV	X		
HBsAg	X		X
Glicemia em jejum	X	X	
Glicemia 1 e 2 h pós 75 g de dextrosol		X	
Urina rotina	X		
Urocultura	X		

Exames indicados para gestantes com fatores de risco:

- Eletroforese de hemoglobina:
 - Negras e pardas
 - Hemoglobina < 11 mg/dl
- Anti-HTLV 1 e 2:
 - História de transfusão ou transplante
 - História de infecções sexualmente transmissíveis (IST)
- Anti-HBs:
 - Pacientes sem histórico de vacinação para hepatite B
 - Avaliação de necessidade da 4ª dose da vacina
- Vitamina D:
 - Histórico de restrições dietéticas (mulheres veganas, p.ex)
 - Obesidade
 - Histórico de hipovitaminose D
 - Baixa exposição solar
 - Má absorção (doença inflamatória intestinal, passado de cirurgia bariátrica, uso de fenitoína)

- TSH:
 - Idade > 30 anos
 - IMC > 30
 - Diabetes melitus tipo 1
 - Diabetes gestacional
 - Doenças autoimunes
 - História familiar ou história pregressa de doença tireoidiana
 - História de irradiação externa da cabeça ou pescoço ou tireoidectomia
 - Uso atual de levotiroxina
 - Presença de autoanticorpos (principalmente anti-TPO)
 - Sinais ou sintomas clínicos sugestivos de hipotireoidismo ou bócio
 - História de infertilidade, abortamento ou parto pré-termo espontâneo

Tabela 2 – Exames indicados para gestantes com fatores de risco:

Exame	1º trimestre	Indicação
Eletroforese de HB	X	Negras e Pardas ou HB < 11 mg/dl
Anti HTLV I e II	X	História de transfusões ou transplantes, IST
Anti Hbs	X	Falta de cartão e de histórico de vacinação
Vitamina D	X	Ver fatores de risco no texto acima
TSH	X	Ver fatores de risco no texto acima

Ultrassonografia:

- 1º trimestre (transvaginal ou abdominal): confirmação da idade gestacional, avaliação morfológica do embrião, diagnóstico de gestação múltipla.
- Avaliação de translucência nugal: idade gestacional sugerida 11 e 13 semanas.
- 20 a 24 semanas: rastreamento de anomalias fetais, avaliação do crescimento fetal, localização da placenta, avaliação do líquido amniótico (via abdominal) e medida do comprimento do colo uterino (via transvaginal).
- Outros exames terão indicação individualizada. A maioria das gestações poderá se beneficiar da avaliação do crescimento fetal entre 32 e 36 semanas.
- No atendimento realizado por enfermeiros obstetras e graduandos de Medicina ou de Enfermagem, é necessário a solicitação do pedido de ultrassonografia por médico do serviço.

RASTREAMENTO DE DIABETES

- Se a glicemia em jejum for **maior ou igual a 126 mg/dl**, em duas ocasiões, estabelece-se o diagnóstico de diabetes pré-gestacional.
- Se a glicemia jejum estiver entre 92 e 125 mg/dl, deve-se solicitar nova glicemia em jejum imediatamente.
- Se o valor da nova glicemia em jejum for **superior ou igual** a 92 mg/dl: estabelece-se o diagnóstico de diabetes gestacional.
- Se a glicemia de jejum for **menor que 92 mg/dl**, deve-se solicitar, para todas as gestantes, entre 24 e 28 semanas de gestação, a glicemia em jejum e 1 e 2 horas após 75 gramas de dextrosol.
- Considera-se **diabetes mellitus gestacional (DMG)** se qualquer um dos valores abaixo **for atingido ou excedido**:

Tabela 3 – valores de glicemia considerados para o diagnóstico de DMG:

Glicemia	Valores de referência (aplicáveis para gestações a partir de 24 semanas)
Jejum	Até 92 mg/dl
1 hora após 75g de dextrosol	Até 180 mg/dl
2 horas após 75g de dextrosol	Até 153 mg/dl

Caso a gestante tenha realizado a curva glicêmica preconizada em protocolo clássico (glicemia no jejum e 2 horas após 75 g de dextrosol) em idade gestacional igual ou superior a 24 semanas, e a glicemia de 2 horas estiver entre 140 e 153 mg/dl e glicemia de jejum abaixo de 92 mg/dl, **repetir** a curva conforme descrito acima (jejum, 1 e 2 horas).

Fatores de risco para DMG:

- Idade superior a 25 anos.
- Obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez.
- Deposição central excessiva de gordura corporal.
- História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau.
- Baixa estatura (< 1,50m).
- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio.
- Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual.
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrossomia ou diabetes gestacional.

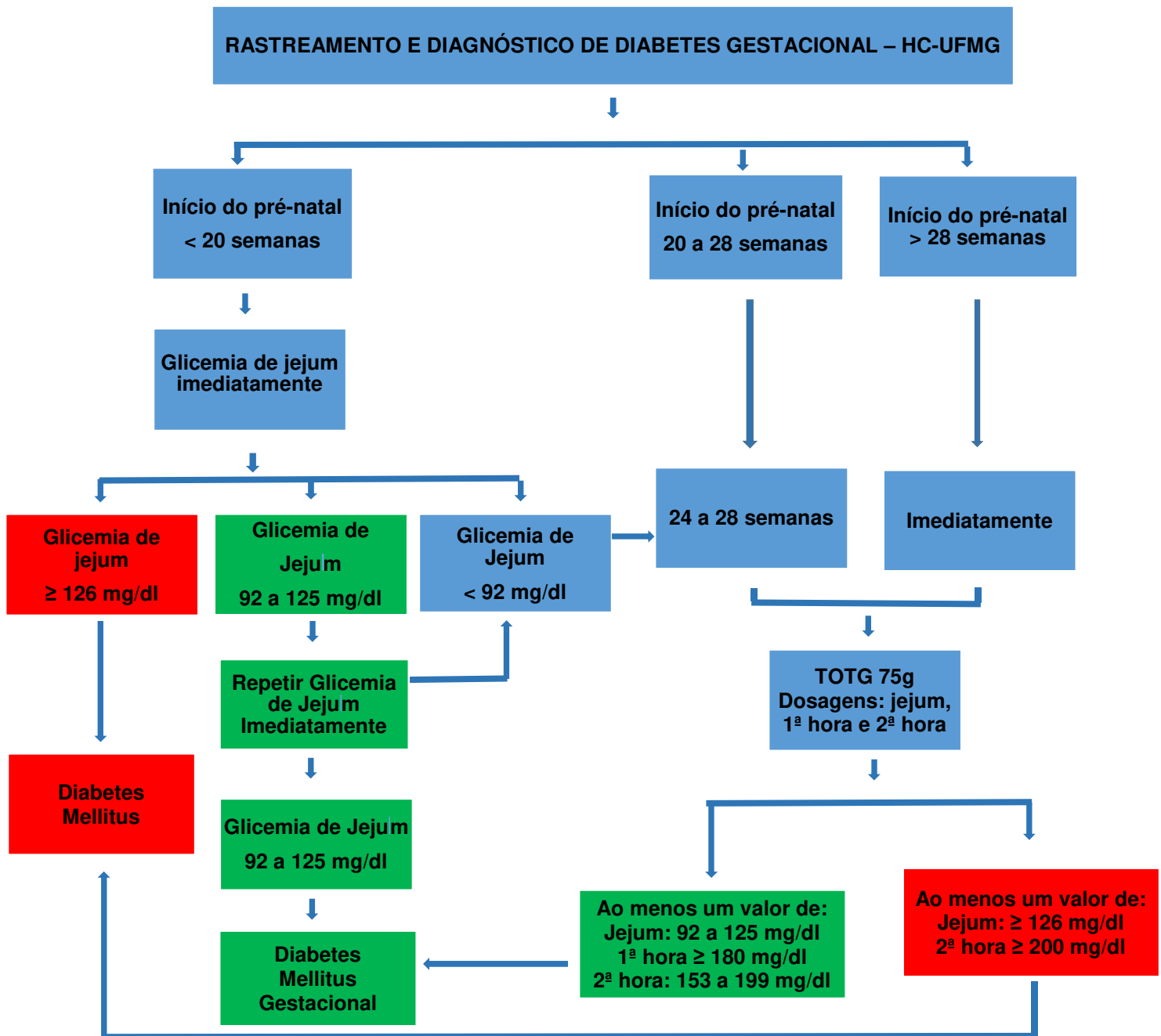
Esses fatores de risco não deverão ser utilizados para definir quais gestantes realizarão rastreamento de DMG, mas são úteis para selecionar gestantes que deverão realizar rastreamento precoce (antes de 24 semanas) ou que terão indicação de repetição do rastreamento entre 32 e 34

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

semanas.

Rastreamento antes de 24 semanas deve ser feito utilizando os critérios clássicos aplicados fora da gestação, ou seja: glicemia de jejum e 2 horas após ingestão de 75 g de dextrosol.

Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de DMG:



Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

PESQUISA DE *STREPTOCOCCUS* β -HEMOLÍTICO

- Coleta do suabe: entre 36 e 37 semanas.
- Suabe único: colher primeiramente da cavidade vaginal e, em seguida, da ampola retal (não é necessária a colocação de espéculo para a coleta vaginal).
- Se a cultura for positiva: antibioticoprofilaxia durante o trabalho de parto.

VACINAÇÃO

Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa:

- 1 dose por gestação, independente do histórico vacinal.

Dupla de adulto (difteria e tétano) – dT:

- Gestante não vacinada ou histórico vacinal desconhecido:
 - 2 doses de dT e 1 dose de dTpa.
- Gestante vacinada:
 - Previamente vacinada, com pelo menos 3 doses de vacina contendo o componente tetânico: 1 dose de dTpa.
 - Com vacinação incompleta, tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico: 1 dose de dT e 1 dose de dTpa.
 - Vacinação incompleta tendo recebido 2 doses de vacina contendo o componente tetânico: uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
- Observações:
 - A dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação.
 - Deve-se respeitar o intervalo mínimo de um mês entre as doses.
 - Para profilaxia do tétano neonatal, a 2ª dose (no caso de gestantes não vacinadas) ou o reforço (vacinadas previamente) deve ser aplicada pelo menos 20 dias antes do parto.
 - A dTpa está recomendada em todas as gestações, pois, além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a *Bordetella Pertussis* ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto, protegendo-o nos primeiros meses de vida, até que possa ser imunizado.
 - Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério, o mais precocemente possível.
 - Na falta de dTpa, pode ser substituída por dTpa-VIP (difteria, tétano e coqueluche + poliomielite).

Hepatite B:

- 3 doses para gestantes susceptíveis (esquema 0 - 1 - 6 meses):
 - 1ª dose: precoce,
 - 2ª dose: 30 dias após a 1ª dose,
 - 3ª dose: 180 dias após a 1ª dose.

Influenza:

- Dose única, durante as campanhas anuais.

Covid-19:

- Recomendado a gestantes e lactantes dos grupos prioritários.
- 2 doses, com intervalo estabelecido pelo Laboratório fabricante.
- Ficar atento para recomendações de doses de reforço.

SULFATO FERROSO

A partir 16ª semana:

- Hb normal: 30 a 40 mg de ferro-elemento por dia:
 - 30 mg de ferro elemento equivale a 150 mg de sulfato ferroso, 90 mg de fumarato ferroso ou 250 mg de gluconato ferroso.
 - Gestantes com HB \geq 12/dl poderão fazer suplementação semanal.
- Gestantes com HB \geq 13,5 g/dl não necessitam de suplementação rotineira de ferro, devendo o eritrograma ser repetido no 2º trimestre para reavaliar a introdução da suplementação de ferro.
- Anemia ferropriva: 120 a 240 mg de ferro-elemento por dia:
 - Doses terapêuticas até atingir Hb $>$ 10,5 g/dl. Após isso, manter 60 a 80 mg/dia.
 - Solicitar avaliação médica, quando atendida por enfermeiro.

ÁCIDO FÓLICO

- Profilaxia: 0,4 mg/dia.
 - Doses profiláticas acima de 0,4 mg/dia podem mascarar anemia perniciosa, e devem ser evitadas.
 - Nas gestações múltiplas, iniciar precocemente 1 a 2 mg por dia. Gestantes em uso de anticonvulsivantes e com hemoglobinopatias devem receber 4 mg por dia.

- O uso de ácido fólico para prevenção de defeitos de tubo neural só se faz adequado se iniciado **antes** da gravidez (um mês antes da concepção, na dose de 0,4 mg/dia) e deve ser mantido até pelo menos 8 semanas de gravidez.

CORRIMENTOS VAGINAIS

- Realizar exame especular, teste do KOH a 10% e exame a fresco em soro fisiológico.
- Solicitar avaliação médica, quando atendida por enfermeiro.

Candidíase

- Nistatina: creme vaginal 5 g, intravaginal, por 10 dias.
- Clotrimazol: creme vaginal sete dias ou óvulo vaginal em dose única.
- Miconazol: creme vaginal, por 7 dias.

Tricomoniase

- Metronidazol: 250 mg VO de 8/8h, sete dias; ou 500 mg VO de 12/12 h por sete dias (não utilizar no primeiro trimestre).
- Metronidazol: 250 mg, 8 comprimidos VO, dose única (dose total 2 g).
- Clotrimazol: creme vaginal por sete dias ou óvulo vaginal dose única.
- Tratamento do parceiro com dose única de metronidazol ou secnidazol.

Vaginose bacteriana

- Metronidazol: creme vaginal, por 7 dias.
- Metronidazol: 250 mg VO de 8/8h ou 500 mg VO de 12/12 h, por sete dias (não utilizar no primeiro trimestre).
- Clindamicina: 300 mg, VO, 12/12h, sete dias.
- Vaginose bacteriana por *Mobiluncus mullieris* não responde à terapia com metronidazol. Deve-se tratar com clindamicina ou ampicilina.

CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Estratificação e identificação de risco gestacional em qualquer idade gestacional, encaminhar para o pré-natal de alto risco.

MONITORAMENTO

Número de gestantes de risco habitual assistidas no serviço.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendário de vacinação gestante 2019/2020. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n° 32. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>.
3. Viellas, E.F.D, *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 30 Supl. 1. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016#:~:text=A%20realiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20assist%C3%A2ncia%20pr%C3%A9,com%20maior%20n%C3%BAmero%20de%20gesta%C3%A7%C3%B5es>.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2019. 57 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/busca-avancada/?post_types=biblioteca&_sft_eixo-bib-type=mulher&_sf_s=PRE-NATAL>.
5. Peixoto, S. Manual de assistência pré-natal: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2 ed. São Paulo, 2014.
6. Barbosa, R.V.A. *et al.* Pré-natal realizado por equipe multiprofissional da atenção primária à saúde. Cadernos ESP. Ceará.2020, JAN. JUN.; 14(1): 63–70
7. ISSN: 1808-7329/1809-0893 disponível em: <<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/247/197>>.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Gestantes, puérperas e lactantes: Saúde orienta vacinação contra covid-19 para mulheres de grupos prioritários. Disponível em: <<https://www.gov.br>>. Publicado em 16/04/2021.

SIGLAS

PNRH: pré-natal de risco habitual

HC-UFMG: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

FCF: frequência cardíaca fetal

DMG: Diabetes mellitus gestacional

dTpa: Vacina contra difteria, tétano e coqueluche

dTpa-VIP: Vacina contra difteria, tétano, coqueluche e poliomielite

dT: Vacina contra difteria e tétano

Hb: Hemoglobina

KOH: Hidróxido de potássio

VO: Via oral

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão

- Elaborada em maio de 2021 por: Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar e Adriane de Carvalho Oliveira.
- Responsável técnico: Mário Dias Corrêa Júnior.
- Aprovada em maio de 2022 por: Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretora técnico.