

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL — PARTE II

Autoria: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Participantes: Victor Hugo de Melo, Suzana Maria Pires do Rio

Descrição do método de coleta de evidência:

Revisão bibliográfica de artigos científicos. Os artigos foram selecionados após criteriosa avaliação da força de evidência científica.

Grau de recomendação e força de evidência:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Prevenção com suplementos vitamínicos e minerais Ácido fólico

A suplementação pré-concepcional com folato (ácido fólico) demonstrou forte efeito protetor contra os defeitos do tubo neural (RR-0,3; IC a 95%: 0,1-0,6) e contra a recorrência dos mesmos (RR-0,3; IC a 95%: 0,1-0,7). Informações sobre a suplementação com ácido fólico devem ser amplamente divulgadas para todos os programas de saúde. Não estão determinados os riscos e benefícios do enriquecimento de alimentos com ácido fólico. A utilização de complexo vitamínico isolado não apresenta redução significativa da recorrência de defeitos do tubo neural (RR-0,6; IC a 95%: 0,3-1,5)¹(A).

Mulheres cujos fetos ou recém-nascidos apresentam defeitos do tubo neural devem ser orientadas quanto ao risco de recorrência em novas gestações, devendo manter suplementação contínua com ácido fólico pré-concepcional, diariamente, até a 12^a semana da gestação subsequente (RR-0,3; IC a 95%: 0,1-0,7)²(A).

Ferro

A suplementação rotineira de ferro, e de folato, previne contra baixos níveis de hemoglobina à época do parto (OR-0,2; IC a 95% 0,1-0,3), mantendo ou elevando os níveis séricos de ferritina (OR-0,04; IC a 95% 0,01-0,1), ferro (OR-0,2; IC a 95% 0,1-0,3) e ácido fólico (OR-0,1; IC a 95% 0,06-0,2). A suplementação reduz a incidência de gestantes com hemoglobina menor que 10,0g/dl, no final da gestação. Existem poucas informações a respeito de outros efeitos para mãe e feto^{3,4}(A).

Vitaminas

A utilização de suplementos vitamínicos, isoladamente, ou em complexos multivitamínicos, no período pré-gestacional ou no primeiro trimestre, não previne abortamentos precoces (RR-1,1; IC a 95%: 0,9-1,2), abortamentos tardios (RR-1,1;

IC a 95%: 0,9-1,2) ou perdas fetais (RR-0,9; IC a 95%: 0,6-1,1)⁵(A).

Em locais onde a deficiência de vitamina A é prevalente, a suplementação demonstrou-se benéfica na redução da mortalidade materna (RR-0,6; IC a 95%: 0,37-0,97), embora novos estudos sejam necessários para determinar se ela pode realmente reduzir a morbidade e a mortalidade materna, e por qual mecanismo⁶(A).

Os dados são insuficientes para definir efetividade da suplementação com vitamina D, durante a gravidez, para reduzir o baixo peso ao nascer (OR-0,5; IC a 95%: 0,2-1,3). Na ausência de evidência de benefícios, a suplementação de rotina não deve ser oferecida a toda gestante⁷(A).

Os dados atuais são insuficientes para indicar a suplementação de vitamina C isolada, ou em suplementos combinados, para benefício fetal ou neonatal. Não houve redução da natimortalidade (RR-0,9; IC a 95%: 0,4-1,0), da morte perinatal (RR-1,2; IC a 95%: 0,6-2,2) ou restrição de crescimento fetal (RR-0,7; IC a 95%: 0,5-1,04). Não houve redução de pré-eclâmpsia (RR-0,5; IC a 95%: 0,2-1,2)⁸(A).

Os dados atuais também são insuficientes para indicar a suplementação de vitamina E isolada, ou em suplementos combinados, para benefício fetal ou neonatal. Não houve redução da natimortalidade (RR-0,8; IC a 95%: 0,4-1,7), da morte perinatal (RR-1,3; IC a 95%: 0,7-2,5) ou restrição de crescimento fetal (RR-0,7; IC a 95%: 0,5-1,04). Não houve redução de pré-eclâmpsia (RR-0,4; IC a 95%: 0,2-1,2)⁹(A).

Propedêutica fetal

A dopplervelocimetria da artéria umbilical não traz benefícios maternos ou fetais nas gestações de baixo risco. Não existe redução significativa da taxa de cesariana (OR-1,0; IC a 95%: 0,9-1,2). Não há redução significativa da mortalidade perinatal (OR-0,9; IC a 95%: 0,5-1,5), natimortalidade (OR-0,8; IC a 95%: 0,4-1,6) e da prematuridade (OR-1,1; IC a 95%: 0,9-1,3)¹⁰(A).

Nas gestações de alto risco, a dopplervelocimetria da artéria umbilical mostra tendência à redução da mortalidade perinatal (OR-0,7; IC a 95%: 0,5-1,01). Existem evidências de redução da internação hospitalar (OR-0,6; IC a 95%: 0,4-0,7) sem relatos de eventos adversos. Entretanto, não há redução do sofrimento fetal intraparto (OR-0,8; IC a 95%: 0,6-1,1) e da taxa de cesariana (OR-0,9; IC a 95%: 0,8-1,1)¹¹(A).

Ultra-sonografia de rotina no primeiro trimestre gestacional detecta precocemente gestações múltiplas (OR-0,08; IC a 95%: 0,04-0,16) e reduz a taxa de indução do parto nas gestações pós-termo (OR-0,6; IC a 95%: 0,5-0,7). No entanto, não reduz a mortalidade perinatal (OR-0,9; IC a 95%: 0,7-1,1)¹²(A).

A realização da ultra-sonografia na segunda metade da gravidez em gestações de baixo risco, ou como rastreamento universal, não confere benefício à mãe ou ao recém-nascido.

Não reduz a taxa de indução do parto (OR-1,0: IC a 95%: 0,9-1,1) ou de cesariana (OR-1,1: IC a 95%: 1,0-1,1). Não reduz a prematuridade (OR-1,0: IC a 95%: 0,8-1,1), a mortalidade perinatal (OR-1,0: IC a 95%: 0,8-1,4) ou a natimortalidade (OR-1,2: IC a 95%: 0,7-1,8). Não existem dados com relação aos potenciais efeitos psicológicos do exame rotineiro nessa fase da gravidez, nem nos resultados neonatais a curto e longo prazos¹³(**A**).

Não há evidência suficiente, a partir de ensaios clínicos randomizados, de que a utilização do perfil biofísico em gestações de alto risco confira benefícios maternos ou ao recém-nato. Não reduz a taxa de indução do parto (OR-2,1: IC a 95%: 1,1-4,0) ou de cesariana (OR-2,0: IC a 95%: 0,8-5,0). Não reduz a admissão em unidade de terapia intensiva neonatal (OR-0,1: IC a 95%: 0,01-2,2) ou a mortalidade perinatal (OR-1,0: IC a 95%: 0,8-1,4) ou a natimortalidade (OR-1,3: IC a 95%: 0,6-2,9)¹⁴(**A**).

A avaliação anteparto pelo perfil biofísico fetal associa-se significativamente com a redução da incidência de paralisia cerebral, quando se compara gestantes que foram ou não submetidas ao teste (0,13% versus 0,47%). Existe uma relação inversa e exponencial entre a última pontuação do perfil biofísico fetal e a taxa de paralisia cerebral, sugerindo que a asfixia antenatal é uma causa importante e potencialmente evitável deste evento¹⁵(**C**).

Não existem evidências suficientes para indicar o uso da Cardiotocografia Basal Anteparto (CTB) na avaliação da vitalidade fetal. Os ensaios clínicos incluídos nesta revisão são da época em que se introduziu a CTB anteparto, tornando difícil a adaptação à prática atual (1970 a 1981)¹⁶(**A**).

A Cardiotocografia Basal Anteparto com Estímulo Vibroacústico reduz a incidência de CTB não-reativa (RR-0,6; IC a 95%: 0,5-0,7). Sugerem-se novos ensaios clínicos para determinar a intensidade, frequência e duração do estímulo¹⁷(**A**).

O texto completo da Diretriz: Assistência Pré-natal está disponível nos sites: www.projetodiretrizes.org.br e www.amb.org.br.

Referências

1. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
2. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group. *Lancet*. 1991;338:131-7.
3. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
4. Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
5. Rumbold A, Middleton P, Crowther CA. Vitamin supplementation for preventing miscarriage (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
6. Van den Broek N, Kulier R, Gülmezoglu AM, Villar J. Vitamin A supplementation during pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
7. Mahomed K, Gülmezoglu AM. Vitamin D supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
8. Rumbold A, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
9. Rumbold A, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
10. Bricker L, Neilson JP. Routine Doppler ultrasound in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
11. Neilson JP, Alfirevic Z. Doppler ultrasound for fetal assessment in high risk pregnancies. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000073.
12. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
13. Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
14. Alfirevic Z, Neilson JP. Biophysical profile for fetal assessment in high risk pregnancies (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
15. Manning FA, Bondaji N, Harman CR, Casiro O, Menticoglou S, Morrison I, et al. Fetal assessment based on fetal biophysical profile scoring. VIII. The incidence of cerebral palsy in tested and untested perinates. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;178:696-706.
16. Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
17. Tan KH, Smyth R. Fetal vibroacoustic stimulation for facilitation of tests of fetal wellbeing (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.