

BMJ Best Practice

Cuidados pré-natais de rotina

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Visão geral	3
Introdução	3
Cuidados pré-concepção	3
Cuidados pré-natais	3
Exames de rotina	7
Exames adicionais a serem considerados	8
Ultrassonografia	10
Rastreamento para anormalidades genéticas	10
Rastreamento de defeitos do tubo neural (DTNs)	12
Rastreamento de diabetes mellitus gestacional	12
Rastreamento de Streptococcus do grupo B (SGB)	13
Administração de imunoglobulina Rho D	13
Diagnóstico e tratamento de anemia na gestação	14
Manejo da gravidez pós-termo	14
Obesidade	14
Diretrizes	14
Recursos online	16
Referências	17
Imagens	24
Aviso legal	26

Introdução

Os cuidados pré-natais são um componente importante de uma gestação saudável. Cuidados pré-natais regulares ajudam a identificar e tratar complicações e a promover comportamentos saudáveis. Embora existam poucas evidências diretas, dados de desfecho sugerem que neonatos nascidos de mães que não recebem cuidados pré-natais têm 3 vezes maior probabilidade de apresentar baixo peso ao nascer, e 5 vezes maior probabilidade de morrer, em comparação com neonatos nascidos de mães que recebem cuidados pré-natais. [US Department of Health and Human Services: prenatal care fact sheet] Além de cuidados clínicos, cuidados pré-natais incluem aconselhamento e educação. Este tópico fornece uma visão geral do manejo pré-natal de gestantes saudáveis com gestações unifetais.

Cuidados pré-concepção

O ideal seria dar início aos cuidados pré-natais antes da concepção. Cuidados pré-concepção são definidos como um conjunto de intervenções para identificar e modificar riscos biomédicos, comportamentais e psicossociais na saúde de uma mulher ou o desfecho da gestação por meio de prevenção e tratamento. Esses cuidados não se referem a uma consulta única, mas a cuidados contínuos durante toda a vida reprodutiva de uma mulher.[1] Como uma parcela significativa de gestações não é planejada, as consequências negativas de muitos comportamentos, doenças e medicamentos podem afetar o desenvolvimento fetal no início da gestação; danos ao feto costumam ocorrer mesmo antes da mulher saber que está grávida. Assim, todas as consultas médicas de rotina durante os anos férteis de uma mulher devem incluir aconselhamento sobre cuidados clínicos e comportamentos saudáveis para otimizar o desfecho da gestação.[1] [2] Por exemplo, mulheres saudáveis devem iniciar a suplementação de ácido fólico (400 microgramas/dia) de preferência pelo menos 3 meses antes da concepção e continuar até, pelo menos, 12 semanas de gestação.[1] [3] [4]

Fatores que afetam o desfecho da gestação devem incluir consideração de história familiar, história genética, estado nutricional, ingestão de ácido fólico, exposições ambientais e ocupacionais, e teratógenos. É necessário colher a história de uso de substâncias ilícitas, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, quadro clínico, medicamentos, estado de imunização, fatores de risco para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), preocupações psicossociais (depressão, violência doméstica) e intervalo das gestações. Por exemplo, mulheres com diabetes devem ser aconselhadas a otimizar o controle glicêmico, e a gestação não deve ser incentivada enquanto a diabetes não estiver controlada. [International Diabetes Federation: global guideline on pregnancy and diabetes]

Imunizações frente a rubéola, varicela ou hepatite B devem ser oferecidas a mulheres não gestantes suscetíveis, e mulheres devem evitar engravidar durante 1 mês depois de receberem uma vacina de vírus vivo atenuado (por exemplo, rubéola ou varicela), embora as evidências não sugiram que elas sejam prejudiciais.[5] [6] [CDC: guidelines for vaccinating pregnant women]

Cuidados pré-natais

Cuidados pré-natais precoces e regulares são recomendados para melhorar os desfechos da gravidez. As recomendações incluem consultas pré-natais, cuidados nutricionais, educação e outras questões específicas da paciente.

Consultas pré-natais

- Cuidados pré-natais tradicionais incluem uma série de 7 a 11 consultas; contudo, o número de consultas necessárias para cuidados adequados é controverso. Embora dados limitados estejam disponíveis sobre frequência ideal, tempo e conteúdo das consultas, o número de consultas de cuidados pré-natais deve ser determinado de acordo com as necessidades e o nível de risco de cada mulher e seu feto. Além das consultas de rotina programadas, gestantes devem ter acesso a consultas não programadas ou de emergência 24 horas por dia. No Reino Unido, recomendam-se 10 consultas para mulheres nulíparas sem complicações e 7 para mulheres que já tiveram filhos sem complicações.[7]

- Recomenda-se que as gestantes iniciem os cuidados pré-natais com idade gestacional de 10 a 12 semanas.[8] A primeira consulta pré-natal deve incluir uma história abrangente, investigação laboratorial e educação sobre saúde na gestação. Altura e peso devem ser registrados para calcular o índice de massa corporal (IMC), que fornece informações para determinar as diretrizes de ganho de peso. Registros estruturados ajudam a garantir cuidados abrangentes baseados em evidências.[9]
- Um exame físico completo deve ser realizado na primeira ou segunda consulta.
- Na segunda consulta, a análise dos resultados laboratoriais promoverá uma nova discussão sobre um plano de tratamento.
- Um exame inicial identificará mulheres com mutilação genital feminina (MGF). Como a MGF pode afetar os desfechos da gravidez de modo adverso e aumentar o risco de complicações obstétricas,[10] [11] essas pacientes talvez tenham necessidades especiais de cuidados intraparto.
- Se a mulher já tiver sido submetida a uma cesariana, os riscos e benefícios de um possível parto normal em comparação com uma nova cesariana devem ser analisados.[2] A candidatura para um estudo de parto após cesariana também deve ser considerada
- Consultas de cuidados pré-natais devem ser marcadas em intervalos apropriados para garantir a realização de testes e rastreamentos sensíveis ao tempo, a administração de imunoglobulina anti-D, se necessário, e o monitoramento de complicações comuns.
- Frequência típica de consultas em uma gestação sem complicações:
 - ◊ A cada 4 semanas nas primeiras 28 semanas
 - ◊ A cada 2 a 3 semanas entre as semanas 28 e 36
 - ◊ Semanalmente depois de 36 semanas.
- Consultas mais frequentes podem ocorrer sob orientação do responsável pelos cuidados pré-natais ou a pedido da paciente. Consultas típicas incluem avaliação de pressão arterial, peso, exame de urina para verificar o nível de proteínas e a verificação da frequência cardíaca fetal.
- Em áreas com recursos limitados, programas de consultas reduzidas estão associados a um aumento na mortalidade perinatal em comparação com a prática padrão, embora internações na unidade de terapia intensiva neonatal possam ser reduzidas. As mulheres também preferem a programação padrão de consultas. Embora menos consultas reduzam os custos, uma programação padrão de consultas deve ser recomendada para todas as pacientes.[12]
- Rastreamento de depressão, que é comum durante a gestação e o período pós-parto, pode ser útil, principalmente em mulheres com história de depressão maior. Isso permite reconhecer pacientes que podem se beneficiar com uma terapia direcionada. Doença psiquiátrica não diagnosticada e não tratada é um risco tanto para a mãe quanto para o feto.[13] [14]
- Rastreamento psicossocial para verificar a presença de ansiedade, depressão e outros aspectos (por exemplo, evidência de abuso doméstico) deve ser considerado. O American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda a realização de rastreamento psicossocial pelo menos uma vez por trimestre para identificar problemas que possam exigir uma nova avaliação, intervenção ou encaminhamento para outro especialista.[15]
- O ACOG e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam que todas as mulheres que estarão grávidas durante a época de gripe (influenza), de outubro a maio, tomem a vacina (inativada) de gripe (influenza). Além disso, o ACOG e o CDC recomendam a vacinação com toxoide tetânico, toxoide diftérico reduzido e coqueluche acelular (Tdap) para gestantes, de preferência entre 27 e 36 semanas de gestação.[16]
- O crescimento fetal apropriado pode ser examinado medindo-se a altura do fundo uterino (sífnise até fundo uterino) com 20 a 24 semanas de gestação, embora a maioria dos estudos sugira que a sensibilidade da altura do fundo uterino como uma medida de restrição de crescimento é <50%. A altura do fundo uterino em centímetros é aproximadamente igual à idade gestacional em semanas. Discrepâncias de >3 cm devem exigir uma avaliação por ultrassonografia do índice de líquido amniótico e do crescimento fetal. O médico responsável pelos cuidados pré-natais deve ter em mente que as medições de altura do fundo uterino podem ser influenciadas por diversos fatores, incluindo tamanho da mãe, enchimento da bexiga, miomas uterinos, gestações múltiplas e apresentação fetal.[17] [18]
- Deve-se questionar as gestantes quanto a dores, movimentação fetal, frequência de contrações, sangramento vaginal, perda de líquido ou corrimento, outros sintomas de trabalho de parto prematuro e sintomas de pré-eclâmpsia em intervalos de gestação apropriados, além de outras queixas ou preocupações expressas pela paciente.

Aconselhamento nutricional

- Informações nutricionais devem se concentrar em um plano alimentar bem balanceado, variado e nutritivo condizente com as preferências alimentares da paciente. Prestadores de cuidados obstétricos devem calcular o IMC de uma mulher na primeira consulta pré-natal. Usando o IMC como diretriz, deve-se discutir o ganho de peso adequado.[19] [Institute of Medicine: weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines]

Categoria	IMC antes da gestação (kg/m²)	Ganho de peso (kg)	Taxa de ganho de peso* no 2° e 3° trimestres (kg/semana)
Peso abaixo do normal	<18.5	12.6 – 18	0.45 (0.45 – 0.6)
Peso normal	18.5 – 24.9	11.3 – 15.8	0.45 (0.36 – 0.45)
Sobrepeso	25.0 – 29.9	6.8 – 11.3	0.27 (0.23 – 0.32)
Obesidade (todas as classes)	≥30	5 – 9	0.23 (0.18 – 0.27)
*O cálculo presume ganho de peso 0.5 a 2 kg no 1° trimestre			

Ganho de peso durante a gestação

Adaptado de Institute of Medicine. Weight gain during pregnancy: re-examining the guidelines. 2009

- Uma consulta nutricional pode ser oferecida a mulheres grávidas obesas. Mulheres obesas devem ser aconselhadas a seguir uma dieta saudável e a praticar atividades físicas que ajudem a controlar o peso durante e após a gestação.[20] [NICE: weight management before, during and after pregnancy]
- As recomendações sobre ingestão calórica e ganho de peso são mais altas para mulheres grávidas de gêmeos ou gestações múltiplas de ordem superior. A ingestão calórica diária recomendada para mulheres com IMC normal, que estão grávidas de gêmeos, é 40-45 kcal/kg por dia.[21] Suplementação adicional de ferro, folato, cálcio, magnésio e zinco também pode ser necessária para pacientes com gestações múltiplas que ingerem vitaminas como parte dos cuidados pré-natais de rotina.
- O ganho de peso gestacional superior ou inferior às diretrizes do Institute of Medicine parece estar associado a um maior risco de alguns desfechos maternos e neonatais adversos.[22]
- Dieta e intervenções baseadas na atividade física na gravidez são benéficas e podem reduzir o ganho de peso gestacional, bem como a taxa de cesarianas.[23]
- A Food and Drug Administration dos EUA fez recomendações específicas sobre o consumo de peixe para mulheres em idade fértil. [FDA: eating fish - what pregnant women and parents should know]
- Listeriose é uma doença bacteriana que pode ser prejudicial principalmente para gestantes, possivelmente resultando em aborto espontâneo ou feto natimorto. Para prevenir listeriose, gestantes devem evitar leite não pasteurizado, queijos frescos, carne, frango e frutos do mar crus ou malcozidos, patês (de qualquer tipo, incluindo de vegetais) e qualquer refeição pronta para consumo não cozida ou malcozida. Além disso, gestantes podem reduzir o risco de infecção por Salmonella evitando ovos crus ou parcialmente cozidos ou alimentos que possam contê-los (por exemplo, maionese) e carne crua ou parcialmente cozida, especialmente frango.[2] [7]
- Vitaminas pré-natais diárias que contêm folato (400 microgramas/dia) são recomendadas conforme a tolerância durante toda a gestação e, pelo menos, nos 3 primeiros meses de gestação. O ideal é que as mulheres iniciem a suplementação de folato 12 semanas antes da concepção. Algumas manifestações, como gestação prévia complicada por defeito do tubo neural fetal, exigem a ingestão de uma dose maior de folato de 4 mg/dia. Quando iniciada antes da concepção e continuada no decorrer da gestação, a suplementação com ácido fólico pode reduzir o risco associado ao nascimento de neonatos pequenos para a idade gestacional.[24]
- Embora dados observacionais sugiram que a suplementação de ácido graxo ômega-3 docosa-hexaenoico (DHA) tem um efeito benéfico sobre os desfechos de desenvolvimento neurológico pediátrico, ensaios clínicos randomizados e controlados geraram resultados conflitantes. No momento, não há evidências suficientes para dar suporte à suplementação de DHA a fim de evitar

- o nascimento pré-termo.[25] Também não existem evidências de que essa suplementação reduza o risco de pré-eclâmpsia ou diabetes mellitus gestacional.[26]
- O Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) recomenda a suplementação de vitamina D em mulheres com risco de deficiência; contudo, pesquisas adicionais são necessárias para estabelecer a dosagem adequada.[27] Uma diretriz mais recente do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomenda suplementação de vitamina D (10 microgramas/dia) durante a gestação e amamentação.[7]
- A suplementação de vitaminas C e E durante a gestação não evita pré-eclâmpsia.[28] Embora a vitamina C possa ter algum benefício na prevenção de descolamento da placenta e ruptura prematura de membranas, não se provou que ela isoladamente ou em combinação com outros suplementos reduz o risco de morte fetal ou neonatal, baixo crescimento fetal, pré-eclâmpsia ou nascimento pré-termo.[29]
- A ingestão moderada de cafeína não parece ter efeitos negativos na gestação; contudo, a ingestão de cafeína deve se limitar a <200 mg por dia.[30]

Educação

- Educação para promover saúde e segurança materna e fetal é um componente significativo dos cuidados pré-natais. Os tópicos que devem ser discutidos na primeira consulta pré-natal incluem promoção de comportamentos saudáveis, cuidados odontológicos, nutrição, uso de cinto de segurança, exercício regular, evitar exposição a substâncias ilícitas e produtos químicos prejudiciais e uso mínimo de banhos quentes ou sauna, e possível exposição a violência doméstica. A atividade sexual também pode ser discutida. Se as mulheres consumirem produtos de tabaco, deve-se incentivar o abandono do hábito de fumar, bem como oferecer suporte.[31] [NICE: smoking - stopping in pregnancy and after childbirth]
- O consumo de bebidas alcoólicas é contraindicado na gestação. As diretrizes do Departamento de Saúde do Reino Unido recomendam que, para mulheres gestantes e mulheres que planejam uma gravidez, a abordagem mais segura é não consumir álcool para manter mínimo o risco ao bebê.[32] Consumir bebidas alcoólicas no período pré-natal pode gerar consequências graves tanto para a mãe quanto para o feto. Breves questionários de rastreamento padronizados (Tolerance, Annoyance, Cut down, Eye opener [T-ACE], Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT-C], Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, Cut down [TWEAK]) são promissores como ferramentas de rastreamento que identificam o risco de consumir bebidas alcoólicas em gestantes, embora investigações adicionais sejam necessárias.[33]
- Questões específicas a serem consideradas:[8] [34]
 - ◊ Amamentação: durante a fase de cuidados pré-natais, profissionais da saúde devem fornecer informações sobre os benefícios da amamentação, e apoio ao aleitamento materno deve ser oferecido.[35]
 - ◊ Trabalho: a maioria das mulheres com uma gestação sem complicações geralmente pode continuar trabalhando até o início do trabalho de parto. No entanto, se as mulheres tiverem complicações clínicas ou outras complicações da gestação, ou a ocupação envolver trabalho físico, ficar em pé por um período prolongado ou estresse significativo, talvez seja necessário fazer alguns ajustes.
 - ◊ Viagem aérea: mulheres com gestação sem complicações podem voar com segurança até 36 semanas de gestação. Gestantes que pretendem viajar de avião devem ser informadas sobre o aumento do risco de tromboembolismo venoso decorrente da combinação de gestação e estase venosa, e instruídas a tomar as devidas precauções (meias de suporte, movimentação dos membros inferiores, hidratação).[36] [37]
 - ◊ Exercício físico: as mulheres devem ser incentivadas a continuar ou iniciar um programa de exercícios aeróbios moderados durante a gestação. [NICE: weight management before, during and after pregnancy] Embora os limitados dados de ensaios clínicos randomizados e controlados disponíveis não apoiem claramente o benefício do exercício durante a gestação para a prevenção de intolerância à glicose ou diabetes mellitus gestacional,[38] pode haver outros benefícios físicos e psicológicos derivados do exercício aeróbico na gestação. Foi demonstrado que exercícios físicos estruturados reduzem significativamente o risco de dar à luz um neonato macrossômico ou grande para a idade gestacional sem influenciar o risco de ter um neonato pequeno.[39] Quando não contraindicados, exercícios físicos durante a gestação

podem reduzir risco de cesárea.[40] Riscos em potencial de esportes de contato, esportes de alto impacto, atividades com risco de trauma abdominal e mergulho também devem ser discutidos.

- ◇ Informações sobre o parto: a participação em aulas informativas sobre o parto deve ser incentivada. As aulas ensinam gestantes sobre trabalho de parto, opções de alívio de dor, potenciais procedimentos e complicações obstétricas, cuidados de rotina em neonatos e ajuste pós-parto.
- ◇ Outros: outras questões informativas a serem discutidas durante o período pré-natal incluem contracepção pós-parto e circuncisão de meninos.

Exames de rotina

Todas as pacientes devem ser aconselhadas a fazer um hemograma completo, tipagem de sangue, medição de glicose urinária, tira reagente para exame de urina e cultura, Rhesus e estado de rubéola, com análise do último rastreamento cervical. O rastreamento de ISTs deve ser considerado (incluindo sífilis, hepatite B, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], gonorreia e clamídia).[41] Todas as gestantes devem fazer ultrassonografia. Outras investigações podem ser realizadas conforme indicado.

Trimestre	Semanas	Exame laboratorial/rastreamento	Procedimentos/imagens
1ª	Primeira consulta pré-natal 10-12 semanas	Hemograma completo Tipagem sanguínea, Rh e rastreamento de anticorpos Exame de urina para detectar bacteriúria assintomática (urinálise seguida por cultura de urina se os resultados forem positivos) Rastreamento de rubéola para imunidade Rastreamento de sífilis* Rastreamento de gonorreia e clamídia* Antígeno de superfície do vírus da hepatite B Teste de anticorpo anti-HIV (abordagem opt-out)* Citologia cervical, se apropriado Exames adicionais a serem considerados: <ul style="list-style-type: none"> • Derivado proteico purificado (PPD) – exame para detecção de tuberculose • Outros testes de infecções sexualmente transmissíveis, se houver risco elevado • Rastreamento da tireoide • Vitamina D • Teste de desafio da glicose precoce • Eletroforese da hemoglobina • Teste de anticorpos de varicela • Rastreamento genético se apropriado • Biópsia da vilosidade coriônica (BVC), se necessário 	Ultrassonografia para saber a data precisa se o último período menstrual (UPM) for desconhecido ou houver discrepância de tamanho/datas no exame inicial
	11-13 semanas		Ultrassonografia no primeiro trimestre associada a rastreamento sérico materno
2ª	16-18 semanas	Alfafetoproteína sérica materna	
	15-22 semanas	Rastreamento sérico de marcador quádruplo Amniocentese para anormalidades cromossômicas, se necessário	
	18-20 semanas		Ultrassonografia da anatomia fetal
3ª	28 semanas	Hemograma completo Teste de anticorpos Teste de desafio de glicose Rastreamento de sífilis Teste de anticorpo anti-HIV (abordagem opt-out)	Administrar imunoglobulina anti-D, se necessário
	33-36 semanas	Rastreamento de gonorreia e clamídia Determinar profissional de saúde responsável pelo cuidado neonatal Oferecer aulas de informações sobre o parto	
	+ de 36 sem.	Determinar a apresentação fetal	
	35-37 semanas	Rastrear estreptococos do grupo B	
	41 semanas		Oferecer indução de parto
*Mulheres com risco elevado ou em áreas de alta prevalência devem ser examinadas novamente no 3º trimestre			

Exames de rotina recomendados

Do acervo de Dr L.M. Szymanski and Dr J.L. Bienstock, corrigido por Dr M.E. D'Alton e Dr R.S. Miller

Rastreamento de rotina para vaginose bacteriana em mulheres assintomáticas e em mulheres sem risco de parto prematuro não é recomendado. [Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: No. 211 - screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy]

Exames adicionais a serem considerados

Alguns departamentos de saúde pública exigem exames adicionais (por exemplo, rastreamento de sífilis mais frequente). Além de exames laboratoriais de rotina, vários outros testes de rastreamento também devem ser considerados, muitos dos quais se baseiam em origem racial e étnica ou história familiar.

infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)

- Pacientes que vivem em áreas com altas taxas de ISTs, ou pacientes com infecção por IST pré-parto prévia, devem fazer um novo teste de IST no terceiro trimestre.

Vitamina D

- O rastreamento de deficiência de vitamina D durante a gestação foi defendido por alguns,[42] principalmente para mulheres em risco, incluindo mulheres de pele escura, aquelas que vivem em latitudes do norte e mulheres cuja roupa deixa pouca pele exposta. No entanto, isso continua sendo controverso porque outros especialistas, incluindo o American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), acreditam que os dados existentes não são suficientes para oferecer diretrizes específicas, especialmente sobre a segurança e eficácia da suplementação.[43] No entanto, quando a deficiência for identificada durante a gestação, a suplementação com 1000-2000 unidades/dia de vitamina D é considerada segura.[43] O Institute of Medicine publicou um relatório sobre ingestões dietéticas de referência de cálcio e vitamina D, aconselhando um requisito médio estimado (RME) para vitamina D de 400 unidades internacionais (UI)/dia (10 microgramas/dia) com uma ingestão diária recomendada (IDR) de 600 UI/dia (15 microgramas/dia) durante a gestação.[44] Uma diretriz atualizada do NICE de 2019 recomenda suplementação de vitamina D (10 microgramas/dia) durante a gestação e amamentação.[7]

testes da função tireoidiana

- O rastreamento universal de hipotireoidismo subclínico é controverso. Embora várias sociedades importantes favoreçam o rastreamento de rotina em mulheres grávidas ou que pretendem engravidar,[45] o ACOG continua dizendo que não há dados suficientes para justificar o rastreamento de rotina e continua recomendando testes em mulheres sintomáticas e naquelas com história pessoal de doença tireoidiana ou outros quadros clínicos associados à doença tireoidiana.[46] [47] Até o momento, as evidências não dão suporte ao tratamento de hipotireoidismo subclínico como uma intervenção para melhorar o desfecho da gestação.[46] [47] [48]

Rastreamento de portadores

Idealmente, deve-se realizar aconselhamento genético antes do rastreamento de portadores.[49] O ACOG recomenda que todas as pacientes que pretendem engravidar ou já estão grávidas sejam submetidas a rastreamentos/exames para:[50]

- Fibrose cística
- Atrofia muscular espinhal
- Hemograma completo e rastreamento de talassemias e hemoglobinopatias.

A eletroforese de hemoglobina deve ser realizada em associação com um hemograma completo se houver suspeita de hemoglobinopatia com base em etnia da África, do Mediterrâneo, do Oriente Médio, do Sudeste Asiático ou das Índias Ocidentais.[49]

As estratégias suplementares com base em etnia também incluem:[50]

- Doença de Tay-Sachs (judeus asquenazes, franco-canadenses, cajuns)
- Painéis de rastreamento que detectam mutações associadas a distúrbios que ocorrem com frequência em populações de judeus asquenazes: síndrome de Bloom, doença de Canavan, fibrose cística, disautonomia familiar, anemia de Fanconi do grupo C, doença de Gaucher, doença de depósito de glicogênio do tipo 1a, leucinoze do tipos 1A e 1B, mucopolidose IV, doença de Niemann-Pick do tipo A e doença de Tay-Sachs.

Testes adicionais podem ser considerados dependendo da história familiar ou da preferência do médico e da paciente:

- Síndrome do cromossomo X frágil em mulheres com história familiar de distúrbios relacionados ao cromossomo X frágil ou deficiência intelectual sugestiva de síndrome do cromossomo X frágil ou em mulheres com história pessoal de insuficiência ovariana; pode-se indicar rastreamento adicional com base em história familiar ou ascendência[50]
- Hemocromatose em pessoas de descendência celta (especialmente se houver história familiar positiva)
- Distrofia muscular de Duchenne.

O rastreamento expandido do portador representa uma abordagem alternativa na qual um grande número de condições é rastreado simultaneamente, e produtos modernos podem rastrear até várias centenas de condições. Esta abordagem está ganhando popularidade devido à sua eficiência e valor de custo.[51]

Ultrassonografia

O rastreamento por ultrassonografia no primeiro trimestre é ideal para ter conhecimento da data precisa da gestação; contudo, não é possível realizar uma avaliação anatômica completa no momento. As vantagens da ultrassonografia no primeiro trimestre incluem a capacidade da técnica para determinar a idade gestacional e avaliar a gestação múltipla.[7] Se houver discrepância entre tamanho e data após o exame inicial ou se as datas de menstruação forem incertas, um exame de ultrassonografia é indicado para saber a data exata. Uma ultrassonografia realizada para rastreamento de aneuploidia no primeiro trimestre também fornecerá informações sobre a data exata.[52]

Um exame de ultrassonografia realizado entre 18 e 22 semanas é ideal para fazer uma pesquisa da anatomia fetal e da localização da placenta. Ele também pode confirmar a data precisa da gestação caso uma ultrassonografia não tenha sido realizada previamente. Qualquer gravidez sem ultrassonografia confirmando ou revisando o prazo estimado antes de 22 semanas de gestação é considerada com datação subótima.[53]

A sensibilidade da ultrassonografia para detectar anomalias fetais varia de 13% a 82%, dependendo do tipo de anomalia, do nível de risco na população e da experiência dos operadores. Exames adicionais de ultrassonografia não são necessários, a menos que estejam presentes indicações maternas ou fetais, embora uma prática comum em pesquisas anatômicas incompletas inclua um estudo de ultrassonografia com intervalo de acompanhamento. As mulheres devem ser informadas sobre as limitações da ultrassonografia de rotina.[8] [52] [54] A ultrassonografia na gravidez não está associada a desfechos adversos maternos, perinatais ou infantis, no entanto, recomenda-se que o princípio de "O menos possível" (As Low As Reasonably Achievable, ALARA) seja seguido a fim de expor as pacientes à menor quantidade de energia ultrassônica necessária para obter informações para o diagnóstico.[55] [International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Performance of first-trimester fetal ultrasound scan. January 2013.] Dados de acompanhamento em longo prazo de um ensaio clínico randomizado e controlado não encontraram nenhum efeito significativo da exposição à ultrassonografia no segundo trimestre sobre o desempenho escolar global em adolescentes.[56] Pacientes obesas devem ser informadas que seu feto tem aumento do risco de anomalias congênitas, incluindo anomalias não diagnosticadas.[57] A avaliação anatômica fetal sonográfica pode ser mais bem realizada com 20 a 22 semanas de gestação em pacientes obesas.

O exame de ultrassonografia de rotina no segundo trimestre revelará o local da placenta e a relação com o óstio cervical interno. A placenta prévia complica 0.3% a 0.5% das gestações. A maioria (>80%) dos casos de prévia diagnosticados com 20 semanas remite até o parto. Assim, uma ultrassonografia de acompanhamento no terceiro trimestre, geralmente próximo da semana 32, é recomendada, pois essas informações podem influenciar o planejamento do parto.[7] [52] [58] [59]

Rastreamento para anormalidades genéticas

Aneuploidia

- Definido como número anormal de cromossomos, com 46 cromossomos representando o valor normal em humanos.
- Pode haver menos cromossomos, como na síndrome de Turner (monossomia de X), ou mais cromossomos, como em síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21) ou outras trissomias.
- Anormalidades cromossômicas ocorrem em 1:160 bebês nascidos vivos, com trissomia do cromossomo 21 (síndrome de Down), trissomia do cromossomo 18 e trissomia do cromossomo 13 sendo responsáveis pela maioria dos casos. Tanto a trissomia do cromossomo 18 como do 13 costumam ser incompatíveis com sobrevivência.^[60]
- Embora a frequência de aneuploidias se eleve com o aumento da idade materna, elas podem se manifestar em qualquer idade (a maioria das crianças com síndrome de Down nasce de mulheres com menos de 35 anos de idade). O American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda que todas as gestantes, independentemente da idade, que se apresentem para cuidados pré-natais com menos de 20 semanas de gestação sejam submetidas ao rastreamento de aneuploidia.^[61] As mulheres devem ser informadas sobre o risco relacionado à idade de aneuploidia fetal, as implicações de um diagnóstico e todos os testes de rastreamento disponíveis, incluindo suas vantagens e desvantagens. Além disso, todas as mulheres devem ter a opção de exame pré-natal invasivo (biópsia da vilosidade coriônica [BVC] ou amniocentese) para o diagnóstico de aneuploidia fetal e outras anomalias genéticas.

Exames de rastreamento de aneuploidia

- Diversos testes de rastreamento estão disponíveis, que incorporam idade materna, ultrassonografia e/ou marcadores bioquímicos.
- O rastreamento no primeiro trimestre pode ser realizado com idade gestacional de 11 a 13 semanas e inclui avaliação por ultrassonografia da espessura de translucência nuchal associada ao rastreamento sérico materno (proteína plasmática A associada à gestação, gonadotrofina coriônica humana). A taxa de detecção de síndrome de Down, com uma taxa de rastreamento positivo de 5%, varia de 82% a 90%.^{[60] [61] [62]} A adição da avaliação do osso nasal, que está ausente em 60% a 70% dos fetos com síndrome de Down, pode aumentar a taxa de detecção para 95%. Padrões técnicos e diretrizes estão disponíveis.^[63]
- O rastreamento no segundo trimestre inclui um rastreamento de marcador quádruplo materno (gonadotrofina coriônica humana, alfafetoproteína, estriol e inibina), com uma taxa de detecção de síndrome de Down de 81%.^{[60] [61]}
- Combinar os resultados de rastreamento dos testes realizados no primeiro e segundo trimestres (isto é, rastreamento integrado e sequencial) pode melhorar as taxas de detecção de aneuploidia.^{[60] [61]}
- É importante saber que, quando o soro materno é examinado para as indicações clínicas comuns (isto é, aneuploidia e defeito do tubo neural), resultados de analitos anormais também podem identificar gestações com risco de desfechos adversos, como pré-eclâmpsia, e essas mulheres devem ser encaminhadas para consulta ou acompanhamento apropriado.^[64]
- O rastreamento não invasivo de aneuploidia pré-natal para trissomias dos cromossomos 21, 18 e 13 usando ácido desoxirribonucleico (DNA) livre fetal é uma opção que foi disponibilizada mais recentemente para gestantes que apresentam aumento do risco de aneuploidia.^[65] O rastreamento de DNA livre fetal tem sensibilidade e especificidade altas para trissomias dos cromossomos 18 e 21 e menor sensibilidade para trissomia do cromossomo 13 e anormalidades dos cromossomos sexuais. As pacientes devem ser informadas de que o rastreamento de DNA livre fetal sem células não é um substituto para resultados definitivos de BVC ou amniocentese, e é limitada a sua capacidade de detectar todas as anormalidades cromossômicas e outras afecções genéticas.
- Atualmente, o ACOG desencoraja o rastreamento universal de DNA livre fetal e, em vez disso, recomenda o rastreamento convencional na população obstétrica geral de baixo risco.^[66]
- O ACOG e a Society for Maternal-Fetal Medicine consideram adequado que as possíveis candidatas a rastreamento rotineiro de DNA livre fetal tenham: idade materna de 35 anos ou mais no parto, achados de ultrassonografia fetal que indiquem aumento de risco de aneuploidia, história de gestação anterior com trissomia detectável por rastreamento de DNA livre fetal, resultados de rastreamento positivos para aneuploidia usando outra modalidade de rastreamento e translocação robertsoniana equilibrada paterna com aumento de risco de trissomia fetal do cromossomo 13 ou 21.^{[66] [65] [67]}
- O rastreamento de DNA livre fetal pode ser oferecido a pacientes adequadamente orientadas, independentemente do status de risco.^[66]

- Mais importante, como o exame de DNA livre fetal é um estudo de rastreamento e não um teste diagnóstico, resultados negativos não podem descartar por completo a possibilidade de aneuploidia e resultados positivos devem ser confirmados com teste genético invasivo.
- Ultrassonografia: a ultrassonografia no segundo trimestre pode ser usada para detectar marcadores anatômicos fetais associados à aneuploidia que podem modificar o risco de uma gestante ter um feto afetado. Exemplos desses marcadores sonográficos incluem foco intracardíaco ecogênico, osso nasal ausente, úmero ou fêmur curto e intestino ecogênico.[52] [60] [61]
- Independentemente do teste de rastreamento usado, a paciente deve saber que o rastreamento fornece uma avaliação de risco individual, mas não tem valor diagnóstico. O diagnóstico genético definitivo requer teste genético invasivo.
- Pacientes que desejam informações genéticas definitivas sobre sua gravidez devem ser orientadas a considerar teste genético invasivo. Se houver interesse, essas pacientes devem ser encaminhadas a conselheiros genéticos para uma discussão mais aprofundada.

Exames invasivos[68]

- Exames invasivos são necessários para diagnosticar definitivamente anormalidades cromossômicas. Além da determinação do cariótipo convencional, o estudo de hibridização genômica comparativa baseada em microarranjos é recomendado em gestações complicadas por uma anomalia fetal.[69] [70] Entre as mulheres com fetos estruturalmente normais submetidos a testes diagnósticos invasivos, pode-se realizar cariótipo ou análise de microarranjo cromossômico e, em muitas práticas, ambos são realizados.
- Todas as mulheres com um teste de rastreamento positivo, um resultado de risco com o qual estejam desconfortáveis ou interesse em um teste genético invasivo, devem receber aconselhamento genético e fazer exames diagnósticos.
- As opções de teste genético invasivo incluem BVC (com 10-13 semanas) e amniocentese diagnóstica (com ≥ 15 semanas). O aconselhamento da paciente requer uma discussão sobre os riscos e benefícios de cada procedimento, e uma comparação das vantagens e desvantagens associadas entre os procedimentos.
- Toda discussão sobre opções de exames invasivos deve incluir o aviso de que o procedimento pode causar complicações obstétricas como perda da gestação ou ruptura pré-parto das membranas.

Algumas mulheres talvez optem por não fazer o rastreamento e passar diretamente para os exames diagnósticos.[61] A opção de teste genético invasivo deve ser disponibilizada para todas as pacientes, independentemente da idade ou do nível de risco de aneuploidia prévio.

Rastreamento de defeitos do tubo neural (DTNs)

Existem 2 abordagens para rastreamento de DTN:

1. Alfafetoproteína sérica materna (MS-AFP) no segundo trimestre (15 a 22 semanas de gestação, o ideal é com 16 a 18 semanas)
2. Ultrassonografia.

MS-AFP tem sido usada tradicionalmente como teste de rastreamento: o corte de rastreamento padrão, de 2.5 vezes o valor mediano, detecta aproximadamente 80% dos casos de espinha bífida aberta e 90% dos casos de anencefalia. Se o rastreamento da mulher for positivo, uma ultrassonografia detalhada é realizada:

- Para verificar se a gestação é viável e descobrir a data precisa
- Para avaliar a presença de gestações múltiplas
- Para avaliar a anatomia fetal quanto a DTNs e outros efeitos associados a um nível elevado de MS-AFP (onfalocele, gastrosquise, higroma cístico).[2]

A amniocentese pode ser realizada para determinar se a AFP do líquido amniótico está elevada e se acetilcolinesterase está presente, o que é considerado diagnóstico de um DTN.[2] [71] [72]

No momento, a ultrassonografia é preferida à MS-AFP como ferramenta de rastreamento, embora essas 2 modalidades de rastreamento não sejam mutuamente exclusivas. Com ultrassonografistas experientes, a taxa de detecção de DTNs é cerca de 95% a 100%.[71] [72]

Rastreamento de diabetes mellitus gestacional

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomenda a avaliação da probabilidade de risco de diabetes mellitus gestacional usando fatores de risco em uma população saudável.[73] Recomenda-se os seguintes fatores de risco:

- IMC (kg/m²) >30
- Bebê macrossômico na gestação pregressa pesando ≥4.5 kg
- Gestação anterior envolvendo diabetes gestacional
- História familiar de diabetes em parente de primeiro grau
- Origem familiar de minoria étnica com alta prevalência de diabetes.

O NICE recomenda que todas as mulheres devem ser testadas para, ao menos, um fator de risco para diabetes gestacional usando um teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g de glicose de 2 horas.[73] Mulheres com diabetes gestacional em uma gestação anterior devem ser consideradas para um TOTG precoce no primeiro e segundo semestres, ou, alternativamente, elas podem realizar um automonitoramento precoce da glicose sanguínea. Caso esse rastreamento precoce seja normal, recomenda-se o rastreamento adicional por TOTG entre 24 e 28 semanas entre mulheres com história pessoal de diabetes gestacional. Em mulheres com todos os outros fatores de risco, recomenda-se um TOTG único com 24 a 28 semanas. Além disso, a glicosúria de 2+ a qualquer momento na gestação ou 1+ em duas ou mais visitas deve induzir testes adicionais para descartar diabetes gestacional.

O US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomenda o rastreamento para diabetes mellitus gestacional em gestantes assintomáticas após 24 semanas de gestação usando uma abordagem em duas etapas (isto é, teste de desafio da glicose oral de 50 g seguido por um teste de tolerância à glicose de 100 g naquelas cujo teste de desafio de glicose oral foi positivo) ou em uma etapa (isto é, desafio da glicose de 75 g).[74] Embora o USPSTF tenha concluído que há dados insuficientes para dar suporte ao rastreamento de rotina antes das 24 semanas, o rastreamento deve ser considerado entre mulheres com alto risco para diabetes gestacional.

O American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) dá suporte ao rastreamento universal de todas as gestantes por história médica, fatores de risco clínicos ou exame clínico de rastreamento, sendo o rastreamento realizado, em geral, com 24 a 28 semanas.[75] Entre mulheres consideradas em alto risco para diabetes, deve-se realizar o rastreamento precoce. Caso seja normal, recomenda-se repetir o rastreamento com 24 a 28 semanas. O ACOG dá suporte ao rastreamento laboratorial em duas etapas. O ACOG não recomenda um TOTG de uma etapa em virtude da preocupação de que essa prática aumente a incidência de um diagnóstico de diabetes gestacional e dos custos médicos resultantes sem evidência de suporte à melhora nos desfechos maternos ou neonatais.

Rastreamento de Streptococcus do grupo B (SGB)

No Reino Unido, o rastreamento da colonização de SGB não é realizado como procedimento de rotina. O rastreamento pode ser oferecido em outros lugares. Por exemplo, nos EUA, todas as gestantes podem fazer rastreamento de colonização de SGB vaginal-retal às 35 a 37 semanas de gestação.[76] Antibióticos intravenosos devem ser administrados em todas as gestantes identificadas como portadoras de SGB no momento do parto ou de ruptura de membranas. A colonização durante uma gestação prévia não é uma indicação para profilaxia intraparto em uma gestação subsequente. Mulheres com SGB isolado na urina em qualquer concentração durante a gestação ou que tiveram um bebê com infecção por SGB também devem receber profilaxia intraparto.[76] Em pacientes com estado de colonização de SGB desconhecido, parto prematuro previsto para <37 semanas, ruptura de membranas 18 horas ou mais antes do parto e temperatura materna de 38.0 °C (100.4 °F) ou mais sem evidência de corioamnionite são considerados motivos para iniciar a profilaxia intraparto.

Administração de imunoglobulina Rho D

Mulheres Rhesus (Rh) negativo deverão receber imunoglobulina Rho D se apresentarem uma das seguintes condições:[2]

- Uma gravidez ectópica
- Aborto espontâneo ou interrupção da gestação
- Qualquer procedimento invasivo (amniocentese, biópsia da vilosidade coriônica)
- Possibilidade de hemorragia fetal-materna (trauma abdominal, descolamento da placenta)
- Se derem à luz um neonato com Rh positivo.

Mulheres Rh negativo devem receber imunoglobulina Rho D às 28 semanas de gestação. A paciente pode recusar a administração se a paternidade for conhecida e se saiba que o pai do neonato é Rh negativo.[\[2\]](#) [\[7\]](#) [\[77\]](#)

Diagnóstico e tratamento de anemia na gestação

Anemia na gestação é definida como níveis de hemoglobina (Hb) <110 g/L (<11 g/dL) e níveis de hematócrito (Hct) <33% no primeiro e no terceiro trimestres, e níveis de Hb <105 g/L (<10.5 g/dL) e níveis de Hct <32% no segundo trimestre.[\[78\]](#)

A anemia na gestação pode ser diluidora (fisiológica), devido ao ferro, folato ou outras deficiências vitamínicas, resultado de talassemia ou resultado de outras causas. Prestadores de cuidados obstétricos devem considerar uma investigação para causas de anemia na gestação. No Reino Unido, a suplementação de ferro de rotina não é recomendada.[\[79\]](#) Nos EUA, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam a suplementação de ferro elementar diária para profilaxia ou tratamento de anemia ferropriva. A absorção de ferro pode ser facilitada com vitamina C.[\[80\]](#) [\[81\]](#) [\[82\]](#)

Manejo da gravidez pós-termo

Gravidez pós-termo é definida pela Organização Mundial da Saúde como uma gestação que se estendeu ou durou mais de 42 semanas. A mortalidade perinatal com >42 semanas de gestação é o dobro da mortalidade a termo. Embora existam diferenças entre as diretrizes de prática publicadas, pode ser oferecida indução do parto a mulheres com 41 semanas de gestação (gestação tardia) para evitar os riscos da gravidez pós-termo.[\[83\]](#) [\[NICE: inducing labour\]](#) Se a gravidez continuar além das 41 semanas, o teste fetal deve ser iniciado, embora o tipo ideal ou a frequência do teste não seja conhecida.[\[83\]](#) [\[84\]](#)

Obesidade

Mulheres obesas também devem ser informadas sobre o risco de complicações da gestação a que podem estar sujeitas, incluindo hipertensão gestacional, diabetes mellitus gestacional, doença cardíaca, doença pulmonar, apneia obstrutiva do sono e parto por cesariana.[\[57\]](#) Exercícios aeróbios regulares durante a gestação podem reduzir alguns desses riscos. Embora as evidências indiquem que a atividade física monitorada parece limitar o ganho de peso gestacional entre gestantes obesas ou com sobrepeso, os efeitos sobre a saúde materna e neonatal não foram comprovados.[\[85\]](#) Modificações alimentares pré-natais em gestantes obesas podem reduzir o ganho de peso materno durante a gestação sem afetar de modo adverso o peso ao nascer neonatal.[\[86\]](#)

Pacientes obesas também podem ter aumento do risco de tromboembolismo venoso, especialmente se outros fatores de risco estiverem presentes. Tromboprofilaxia deve ser considerada em cada caso com base no perfil de risco da paciente. A consulta pré-natal com um anestesista deve ser considerada para pacientes com obesidade de classe III (IMC de 40 ou superior) para discutir intervenções (como uma epidural precoce) que podem limitar o risco intraparto.

A obesidade também parece estar associada a um aumento do risco de algumas malformações fetais e feto natimorto, bem como maior limitação para detectar anormalidades por ultrassonografia durante o período pré-natal.[\[87\]](#)

Diretrizes

No Reino Unido, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) elaborou as seguintes diretrizes e orientações:

- Antenatal care for uncomplicated pregnancies[7]
- Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period[73]
- Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance[88]
- Routine antenatal anti-D prophylaxis for women who are rhesus D negative.[77]

Também existem diretrizes de diversas sociedades profissionais sobre o rastreamento de anormalidades cromossômicas e defeitos do tubo neural:

- Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (UK). Amniocentesis and chorionic villus sampling[89]
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and Canadian College of Medical Geneticists. Prenatal screening for foetal aneuploidy in singleton pregnancies[90]
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Evaluation of prenatally diagnosed structural congenital anomalies[91]
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Genetics Committee. Obstetrical complications associated with abnormal maternal serum markers analytes.[64]

Diretrizes específicas incluem:

- Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (UK). Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium[36]
- Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (UK). Air travel and pregnancy[37]
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Immunization in pregnancy[92]
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Pre-conception folic acid and multivitamin supplementation for the primary and secondary prevention of neural tube defects and other folic acid-sensitive congenital anomalies[93]
- Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (UK). Female genital mutilation and its management.[11]

Recursos online

1. [US Department of Health and Human Services: prenatal care fact sheet \(external link\)](#)
2. [International Diabetes Federation: global guideline on pregnancy and diabetes \(external link\)](#)
3. [CDC: guidelines for vaccinating pregnant women \(external link\)](#)
4. [Institute of Medicine: weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines \(external link\)](#)
5. [NICE: weight management before, during and after pregnancy \(external link\)](#)
6. [FDA: eating fish - what pregnant women and parents should know \(external link\)](#)
7. [NICE: smoking - stopping in pregnancy and after childbirth \(external link\)](#)
8. [Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: No. 211 - screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy \(external link\)](#)
9. [International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Performance of first-trimester fetal ultrasound scan. January 2013. \(external link\)](#)
10. [NICE: inducing labour \(external link\)](#)

Artigos principais

- American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8th ed. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017.
- National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. February 2019. <http://www.nice.org.uk> [Texto completo](#)
- Driscoll DA, Gross S. Clinical practice: prenatal screening for aneuploidy. N Engl J Med. 2009;360:2556-2562. [Resumo](#)
- American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 640: Cell-free DNA screening for fetal aneuploidy. Obstet Gynecol. 2015;126:e31-e37. [Resumo](#)
- National Institute for Health and Care Excellence. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. August 2015. <http://www.nice.org.uk> [Texto completo](#)
- National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. June 2015. Updated April 2018. <http://www.nice.org.uk/> [Texto completo](#)

Referências

- Posner SF, Johnson K, Parker C, et al. The national summit on preconception care: a summary of concepts and recommendations. Matern Child Health J. 2006;10(suppl):S197-S205. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8th ed. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017.
- Korenbrodt CC, Steinberg A, Bender C, et al. Preconception care: a systematic review. Matern Child Health J. 2002;6:75-88. [Resumo](#)
- Johnson K, Posner SF, Biermann J, et al. Recommendations to improve preconception health and health care - United States. MMWR Recomm Rep. 2006;55:1-23. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care - part II: third-trimester care and prevention of infectious diseases. Am Fam Physician. 2005;71:1555-1560. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Gruslin A, Steben M, Halperin S, et al. Immunization in pregnancy. [Erratum in J Obstet Gynaecol Can. 2009;31:209]. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30:1149-1154. [Resumo](#)
- National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. February 2019. <http://www.nice.org.uk> [Texto completo](#)
- Phelan ST. Components and timing of prenatal care. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008;35:339-353. [Resumo](#)

9. Lilford RJ, Kelly M, Baines A, et al. Effect of using protocols on medical care: randomised trial of three methods of taking an antenatal history. *BMJ*. 1992;305:1181-1184. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Banks E, Meirik O, Farley T, et al. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006;367:1835-1841. [Resumo](#)
11. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists. Female genital mutilation and its management. Green-top guideline no. 53. July 2015. <http://www.rcog.org.uk/> [Texto completo](#)
12. Dowswell T, Carroli G, Duley L, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD000934. [Texto completo](#) [Resumo](#)
13. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 453: screening for depression during and after pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2010;115:394-395. [Resumo](#)
14. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31:403-413. [Resumo](#)
15. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG committee opinion no. 343: psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet Gynecol*. 2006;108:469-477. [Resumo](#)
16. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion no. 566: update on immunization and pregnancy: tetanus, diphtheria, and pertussis vaccination. *Obstet Gynecol*. 2013;121:1411-1414. [Resumo](#)
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Risk factors for intrauterine growth restriction. Practice bulletin no. 12. Washington, DC: ACOG; 2000.
18. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care - part I: general prenatal care and counseling issues. *Am Fam Physician*. 2005;71:1307-1316. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. Kaiser L, Allen LH; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc*. 2008;108:553-561. [Resumo](#)
20. Fitzsimons KJ, Modder J; Centre for Maternal and Child Enquires. Setting maternity care standards for women with obesity in pregnancy. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2010;15:100-107. [Resumo](#)
21. Goodnight W, Newman R, Society of Maternal-Fetal Medicine. Optimal nutrition for improved twin pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*. 2009;114:1121-1134. [Resumo](#)
22. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2017 Jun 6;317(21):2207-2225. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. International Weight Management in Pregnancy (i-WIP) Collaborative Group. Effect of diet and physical activity based interventions in pregnancy on gestational weight gain and pregnancy outcomes: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *BMJ*. 2017 Jul 19;358:j3119. [Texto completo](#) [Resumo](#)

24. Hodgetts VA, Morris RK, Francis A, et al. Effectiveness of folic acid supplementation in pregnancy on reducing the risk of small-for-gestational age neonates: a population study, systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2015;122:478-490. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. Coletta JM, Bell SJ, Roman AS. Omega-3 fatty acids and pregnancy. *Rev Obstet Gynecol*. 2010;3:163-171. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Zhou SJ, Yelland L, McPhee AJ, et al. Fish-oil supplementation in pregnancy does not reduce the risk of gestational diabetes or preeclampsia. *Am J Clin Nutr*. 2012;95:1378-1384. [Resumo](#)
27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Vitamin D in pregnancy. Scientific impact paper no. 43. June 2014. <http://www.rcog.org.uk/> (last accessed 5 April 2017). [Texto completo](#)
28. Conde-Agudelo A, Romero R, Kusanovic JP, et al. Supplementation with vitamins C and E during pregnancy for the prevention of preeclampsia and other adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204:503. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Rumbold A, Ota E, Nagata C, et al. Vitamin C supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD004072. [Texto completo](#) [Resumo](#)
30. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 462: moderate caffeine consumption during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2010;116:467-468. [Resumo](#)
31. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee opinion no. 471: smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2010;116:1241-1244. [Resumo](#)
32. Department of Health. UK Chief Medical Officers' low risk drinking guidelines. August 2016. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. Burns E, Gray R, Smith LA, et al. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010;105:601-614. [Resumo](#)
34. Berghella V, Buchanan E, Pereira L, et al. Preconception care. *Obstet Gynecol Surv*. 2010;65:119-131. [Resumo](#)
35. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical protocol number #19: breastfeeding promotion in the prenatal setting. *Breastfeed Med*. 2009;4:43-45. [Resumo](#)
36. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists. Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium. Green-top guideline no. 37a. April 2015. <http://www.rcog.org.uk/> [Texto completo](#)
37. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists. Air travel and pregnancy. Scientific impact paper 1. May 2013. <http://www.rcog.org.uk> [Texto completo](#)
38. Han S, Middleton P, Crowther CA. Exercise for pregnant women for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(7):CD009021. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Wiebe HW, Boulé NG, Chari R, et al. The effect of supervised prenatal exercise on fetal growth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2015;125:1185-1194. [Resumo](#)
40. Domenjoz I, Kayser B, Boulvain M. Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211:401.e1-401.e11. [Resumo](#)

41. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis B virus infection in pregnancy: reaffirmation recommendation statement. *Am Fam Physician*. 2010;81:502. [Resumo](#)
42. Wagner CL, Greer FR; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*. 2008 Nov;122(5):1142-52. [Erratum in: *Pediatrics*. 2009 Jan;123(1):197.] [Texto completo](#) [Resumo](#)
43. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion no. 495: vitamin D: screening and supplementation during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2011;118:197-198. [Resumo](#)
44. Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, et al. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. 1st ed. Washington, DC; 2011. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. Gharib H, Tuttle RM, Baskin HJ, et al. Subclinical thyroid dysfunction. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90:581-585. [Texto completo](#) [Resumo](#)
46. Committee on Patient Safety and Quality Improvement, Committee on Professional Liability. ACOG committee opinion no. 381: subclinical hypothyroidism in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2007;110:959-960. [Resumo](#)
47. Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA*. 2004 Jan 14;291(2):228-38. [Texto completo](#) [Resumo](#)
48. Spong CY. Subclinical hypothyroidism: should all pregnant women be screened? *Obstet Gynecol*. 2005;105:235-236. [Resumo](#)
49. Committee on Genetics. Committee Opinion No. 691: carrier screening for genetic conditions. *Obstet Gynecol*. 2017;129:e41-55. [Resumo](#)
50. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 690: carrier screening in the age of genomic medicine. *Obstet Gynecol*. 2017;129:e35-e40. [Resumo](#)
51. Committee on Genetics. Committee Opinion No. 690: Carrier Screening in the Age of Genomic Medicine. *Obstet Gynecol*. 2017 Mar;129(3):e35-e40. [Texto completo](#) [Resumo](#)
52. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 101: ultrasonography in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2009;113:451-461. [Resumo](#)
53. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 688: Management of Suboptimally Dated Pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2017 Mar;129(3):e29-e32. [Texto completo](#) [Resumo](#)
54. Cargill Y, Morin L, Bly S, et al. Content of a complete routine second trimester obstetrical ultrasound examination and report. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31:272-280. [Resumo](#)
55. Torloni MR, Vedmedovska N, Merialdi M, et al; ISUOG-WHO Fetal Growth Study Group. Safety of ultrasonography in pregnancy: WHO systematic review of the literature and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;33:599-608. [Texto completo](#) [Resumo](#)
56. Stalberg K, Axelsson O, Haglund B, et al. Prenatal ultrasound exposure and children's school performance at age 15-16: follow-up of a randomized controlled trial. *Ultrasound Obstetr Gynecol*. 2009;34:297-303. [Texto completo](#) [Resumo](#)
57. Davies GA, Maxwell C, McLeod L, et al. SOGC clinical practice guidelines: obesity in pregnancy. No. 239, February 2010. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;110:167-173. [Resumo](#)

58. Berghella V. Placenta previa, placenta accrete, and vas previa: obstetric evidence based guidelines. New York, NY: Informa Healthcare USA, Inc; 2009.
59. Oyelese Y. Placenta previa: the evolving role of ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;34:123-126. [Resumo](#)
60. Driscoll DA, Gross S. Clinical practice: prenatal screening for aneuploidy. *N Engl J Med.* 2009;360:2556-2562. [Resumo](#)
61. ACOG Committee on Practice Bulletins. ACOG practice bulletin no. 77: screening for fetal chromosomal abnormalities. *Obstet Gynecol.* 2007;109:217-227. [Resumo](#)
62. Driscoll DA, Gross SJ; Professional Practice and Guidelines Committee. First trimester diagnosis and screening for fetal aneuploidy. *Genet Med.* 2008;10:73-75. [Resumo](#)
63. Palomaki GE, Lee JE, Canick JA, et al; ACMG Laboratory Quality Assurance Committee. Technical standards and guidelines: prenatal screening for Down syndrome that includes first-trimester biochemistry and/or ultrasound measurements. *Genet Med.* 2009;11:669-681. [Resumo](#)
64. Gagnon A, Wilson RD, Audibert F, et al; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Genetics Committee. Obstetrical complications associated with abnormal maternal serum markers analytes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30:918-949. [Texto completo](#) [Resumo](#)
65. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 640: Cell-free DNA screening for fetal aneuploidy. *Obstet Gynecol.* 2015;126:e31-e37. [Resumo](#)
66. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, Committee on Genetics, and the Society for Maternal-Fetal Medicine. Practice Bulletin No. 163: Screening for Fetal Aneuploidy. *Obstet Gynecol.* 2016 May;127(5):e123-37. [Texto completo](#) [Resumo](#)
67. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Genetics. Committee Opinion No. 545: Noninvasive prenatal testing for fetal aneuploidy. *Obstet Gynecol.* 2012 Dec;120(6):1532-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
68. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 88, December 2007. Invasive prenatal testing for aneuploidy. *Obstet Gynecol.* 2007;110:1459-1467. [Resumo](#)
69. Wapner RJ, Martin CL, Levy B, et al. Chromosomal microarray versus karyotyping for prenatal diagnosis. *N Engl J Med.* 2012;367:2175-2184. [Texto completo](#) [Resumo](#)
70. Committee on Genetics and the Society for Maternal-Fetal Medicine. Committee Opinion No.682: Microarrays and Next-Generation Sequencing Technology: The Use of Advanced Genetic Diagnostic Tools in Obstetrics and Gynecology. *Obstet Gynecol.* 2016 Dec;128(6):e262-e268. [Texto completo](#) [Resumo](#)
71. Cheschier N; ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin: neural tube defects. Number 44, July 2003. (Replaces committee opinion number 252, March 2001). *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;83:123-133. [Resumo](#)
72. Cameron M, Moran P. Prenatal screening and diagnosis of neural tube defects. *Prenat Diagn.* 2009 Apr;29(4):402-11. [Resumo](#)
73. National Institute for Health and Care Excellence. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. August 2015. <http://www.nice.org.uk> [Texto completo](#)

74. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014;160:414-420. [Texto completo](#) [Resumo](#)
75. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol.* 2018 Feb;131(2):e49-e64. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Verani JR, McGee L, Schrag SJ, et al. Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR Recomm Rep.* 2010 Nov 19;59(rr-10):1-36. [Resumo](#)
77. National Institute for Health and Care Excellence. Routine antenatal anti-D prophylaxis for women who are rhesus D negative. August 2008. <http://www.nice.org.uk/> [Texto completo](#)
78. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2003;26(suppl 1):S103-S105. [Texto completo](#) [Resumo](#)
79. Pavord S, Myers B, Robinson S, et al. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *Br J Haematol.* 2012;156:588. [Resumo](#)
80. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 95: anemia in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2008;112:201-207. [Resumo](#)
81. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR Recomm Rep.* 1998;47:1-36. [Resumo](#)
82. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, et al. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD004736. [Texto completo](#) [Resumo](#)
83. Clinical Practice Obstetrics Committee; Maternal Fetal Medicine Committee; Delaney M, Roggensack A, Leduc DC, et al. Guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30:800-823. [Resumo](#)
84. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 146: Management of late-term and postterm pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2014 Aug;124(2 pt 1):390-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
85. Sui Z, Grivell RM, Dodd JM. Antenatal exercise to improve outcomes in overweight or obese women: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91:538-545. [Resumo](#)
86. Quinlivan JA, Julania S, Lam L. Antenatal dietary interventions in obese pregnant women to restrict gestational weight gain to Institute of Medicine recommendations: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2011;118:1395-1401. [Resumo](#)
87. Racusin D, Stevens B, Campbell G, et al. Obesity and the risk and detection of fetal malformations. *Semin Perinatol.* 2012;36:213-221. [Resumo](#)
88. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. June 2015. Updated April 2018. <http://www.nice.org.uk/> [Texto completo](#)
89. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists. Amniocentesis and chorionic villus sampling. Green-top guideline no. 8. June 2010. <http://www.rcog.org.uk/> [Texto completo](#)
90. Chitayat D, Langlois S, Wilson RD; Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; Prenatal Diagnosis Committee of the Canadian College of Medical

- Geneticists. Prenatal screening for fetal aneuploidy in singleton pregnancies. J Obstet Gynaecol Can. 2011;33:736-750. [Texto completo](#) [Resumo](#)
-
91. Gagnon A, Wilson RD, Allen VM, et al; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Evaluation of prenatally diagnosed structural congenital anomalies. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31:875-881, 882-889. [Texto completo](#) [Resumo](#)
-
92. Gruslin A, Steben M, Halperin S, et al; Infectious Diseases Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Immunization in pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31:1085-1101. [Texto completo](#) [Resumo](#)
-
93. Wilson RD, Audibert F, Brock JA, et al; Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Pre-conception folic acid and multivitamin supplementation for the primary and secondary prevention of neural tube defects and other folic acid-sensitive congenital anomalies. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37:534-552. [Texto completo](#) [Resumo](#)
-

Imagens

Categoria	IMC antes da gestação (kg/m²)	Ganho de peso (kg)	Taxa de ganho de peso* no 2° e 3° trimestres (kg/semana)
Peso abaixo do normal	<18.5	12.6 – 18	0.45 (0.45 – 0.6)
Peso normal	18.5 – 24.9	11.3 – 15.8	0.45 (0.36 – 0.45)
Sobrepeso	25.0 – 29.9	6.8 – 11.3	0.27 (0.23 – 0.32)
Obesidade (todas as classes)	≥30	5 – 9	0.23 (0.18 – 0.27)
*O cálculo presume ganho de peso 0.5 a 2 kg no 1° trimestre			

Figura 1: Ganho de peso durante a gestação

Adaptado de Institute of Medicine. Weight gain during pregnancy: re-examining the guidelines. 2009

Trimestre	Semanas	Exame laboratorial/rastreamento	Procedimentos/imagens
1ª	Primeira consulta pré-natal 10-12 semanas	Hemograma completo Tipagem sanguínea, Rh e rastreamento de anticorpos Exame de urina para detectar bacteriúria assintomática (urinálise seguida por cultura de urina se os resultados forem positivos) Rastreamento de rubéola para imunidade Rastreamento de sífilis* Rastreamento de gonorreia e clamídia* Antígeno de superfície do vírus da hepatite B Teste de anticorpo anti-HIV (abordagem opt-out)* Citologia cervical, se apropriado Exames adicionais a serem considerados: <ul style="list-style-type: none"> • Derivado proteico purificado (PPD) – exame para detecção de tuberculose • Outros testes de infecções sexualmente transmissíveis, se houver risco elevado • Rastreamento da tireoide • Vitamina D • Teste de desafio da glicose precoce • Eletroforese da hemoglobina • Teste de anticorpos de varicela • Rastreamento genético se apropriado • Biópsia da vilosidade coriônica (BVC), se necessário 	Ultrassonografia para saber a data precisa se o último período menstrual (UPM) for desconhecido ou houver discrepância de tamanho/datas no exame inicial
	11-13 semanas		Ultrassonografia no primeiro trimestre associada a rastreamento sérico materno
2ª	16-18 semanas	Alfafetoproteína sérica materna	
	15-22 semanas	Rastreamento sérico de marcador quádruplo Amniocentese para anormalidades cromossômicas, se necessário	
	18-20 semanas		Ultrassonografia da anatomia fetal
3ª	28 semanas	Hemograma completo Teste de anticorpos Teste de desafio de glicose Rastreamento de sífilis Teste de anticorpo anti-HIV (abordagem opt-out)	Administrar imunoglobulina anti-D, se necessário
	33-36 semanas	Rastreamento de gonorreia e clamídia Determinar profissional de saúde responsável pelo cuidado neonatal Oferecer aulas de informações sobre o parto	
	+ de 36 sem.	Determinar a apresentação fetal	
	35-37 semanas	Rastrear estreptococos do grupo B	
	41 semanas		Oferecer indução de parto
*Mulheres com risco elevado ou em áreas de alta prevalência devem ser examinadas novamente no 3º trimestre			

Figura 2: Exames de rotina recomendados

Do acervo de Dr L.M. Szymanski and Dr J.L. Bienstock, corrigido por Dr M.E. D'Alton e Dr R.S. Miller

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Mary E. D'Alton, MD

Chair

Department of Obstetrics and Gynecology, Columbia University Medical Center, New York, NY

DIVULGAÇÕES: MED declares that she is a member of the advisory board for Merck for Mothers.

Russell S. Miller, MD

Associate Professor of Obstetrics and Gynecology

Department of Obstetrics and Gynecology, Columbia University Medical Center, New York, NY

DIVULGAÇÕES: RSM declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Mary E. D'Alton and Dr Russell S. Miller would like to gratefully acknowledge Dr Linda M. Szymanski and Dr Jessica L. Bienstock, the previous contributors to this topic. LMS and JLB declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Chris Chisholm, MD

Associate Professor

Residency Program Director, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Virginia Health System, Charlottesville, VA

DIVULGAÇÕES: CC declares that he has no competing interests.

Eva Pressman, MD

Director of Maternal Fetal Medicine

University of Rochester, School of Medicine and Dentistry, Rochester, NY

DIVULGAÇÕES: EP declares that she has no competing interests.

Jan Dickinson, MBBS(WA), MD, FRANZCOG, DDU, CMFM

Professor Maternal Fetal Medicine

School of Women's and Infants' Health, The University of Western Australia, Perth, Western Australia, Australia

DIVULGAÇÕES: JD declares that she has no competing interests.

Greg Ofili, FRCOG

Consultant Obstetrician and Gynaecologist

Wishaw General Hospital, Netherton Wishaw, UK

DIVULGAÇÕES: GO declares that he has no competing interests.