



NÚMERO: 37/2011

DATA: 30/09/2011

ATUALIZAÇÃO: 20/12/2013

ASSUNTO: Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco

PALAVRAS-CHAVE: Análises; Exames laboratoriais; Gravidez; Vigilância pré-natal

PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde

CONTACTOS: Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil (secretariado.dsr@dgs.pt)
Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a Norma seguinte:

1. Na vigilância da gravidez de baixo risco devem ser realizados, ou estar documentados, de acordo com a calendarização descrita em CRITÉRIOS e no ANEXO, os seguintes exames laboratoriais:
 - a) tipagem ABO e fator Rh, (Nível de evidência: B, grau de recomendação: I);
 - b) pesquisa de aglutininas irregulares, (Nível de evidência: B, grau de recomendação: I);
 - c) hemograma completo, (Nível de evidência: B, grau de recomendação: I);
 - d) rastreio da diabetes gestacional, (Nível de evidência: B, grau de recomendação: I);
 - e) rastreio da sífilis, (Nível de evidência: B, grau de recomendação: I);
 - f) rastreio da rubéola, (Nível de evidência: B, grau de recomendação: I);
 - g) rastreio da toxoplasmose, (Nível de evidência: C, grau de recomendação: II-a);
 - h) rastreio da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), (Nível de evidência: A, grau de recomendação: I);
 - i) rastreio da hepatite B, (Nível de evidência: A, grau de recomendação: I);
 - j) rastreio da bacteriúria assintomática, (Nível de evidência: B, grau de recomendação: I);
 - k) rastreio do Streptococcus β hemolítico do grupo B, (Nível de evidência: C, grau de recomendação: II-a);
 - l) rastreio do cancro do colo do útero, (Nível de evidência: B, grau de recomendação: I);
2. Os resultados dos exames laboratoriais são fornecidos à grávida, registados no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e no processo clínico.
3. As exceções clinicamente fundamentadas, não previstas neste documento, são registadas no BSG e no processo clínico.
4. A presente Norma é aplicada a todas as mulheres que iniciem vigilância da gravidez em janeiro de 2013.
5. É atualizada a Orientação Técnica nº 2, de 1993, da Direção-Geral da Saúde, no que diz respeito aos exames laboratoriais na gravidez de baixo risco.
6. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo.
7. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

8. A presente Norma, atualizada com os contributos científicos recebidos durante a discussão pública, revoga a versão de 30/09/2011 e será atualizada sempre que a evolução da evidência científica assim o determine.

CRITÉRIOS DE SUPORTE À APLICAÇÃO DA NORMA

- A. A todas as grávidas deverá ser proposta a realização dos exames laboratoriais com os critérios e nos períodos que a seguir se definem. Os exames e rastreios definidos na presente Norma devem ser realizados, também, às grávidas com risco acrescido, que fazem, além disso, exames adequados ao risco identificado.
- B. Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal.
- C. Considera-se que o risco, sendo dinâmico ao longo da gravidez, deve ser reavaliado em todas as consultas. A identificação do risco é realizada através da história clínica, exame físico e avaliações clínicas anteriores à gravidez.
- D. O esquema simplificado dos exames laboratoriais a requisitar, que a seguir se enuncia, encontra-se anexo à presente Norma e dela faz parte integrante.
- E. Tipagem ABO e fator Rh:
- i. deve ser realizada no 1º trimestre a todas as grávidas;
 - ii. quando o grupo de sangue é conhecido e está bem documentado, nomeadamente em consulta pré-concepcional, deve dispensar-se a sua determinação.
- F. Pesquisa de aglutininas irregulares:
- i. deve ser realizada no 1º trimestre a todas as grávidas;
 - ii. deve ser repetida entre as 24-28 semanas, mesmo nas que são Rh positivas.
- G. Hemograma completo:
- i. deve ser efetuado nos três trimestres da gravidez;
 - ii. apenas deve ser realizada eletroforese da hemoglobina, nas situações previstas na Circular Normativa n.º18/DSMIA, de 7/9/2004, da Direção-Geral da Saúde “Prevenção das formas graves de hemoglobinopatias”.
- H. Rastreio da diabetes gestacional:
- i. Deve ser feita pesquisa de glicemia em jejum na primeira consulta de vigilância pré-natal e prova de tolerância à glicose oral (PTGO) às 24-28 semanas de gestação.
- I. Rastreio da sífilis:
- i. deve ser efetuado, no primeiro e terceiro trimestres de gravidez, utilizando para esse fim o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory);
 - ii. se VDRL positivo, a confirmação do diagnóstico deve ser realizada com um teste treponémico TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay) ou FTA-abs (fluorescent treponemal antibody absorption).

J. Rastreio da rubéola:

- i. em mulheres com imunidade documentada na consulta pré-concepcional, ou gravidez anterior, o rastreio da rubéola não necessita ser repetido, devendo esta informação ser transcrita para o BSG e processo clínico (quando não seja ele próprio a fonte de informação);
- ii. em mulheres sem imunidade documentada, deve ser realizada serologia para a rubéola (IgG e IgM) no 1º trimestre. Se o resultado for o de ausência de imunidade, então deve repetir-se a serologia para a rubéola antes da realização da ecografia morfológica do 2º trimestre. Todas as puérperas não imunizadas deverão ser vacinadas com VASPR ainda na maternidade ou na consulta de revisão do puerpério, não se perdendo assim oportunidades de vacinação¹;
- iii. na suspeita de infeção por rubéola no 1º trimestre, a grávida deve ser referenciada para um Centro de Diagnóstico Pré-Natal.

K. Rastreio da toxoplasmose:

- i. as mulheres com imunidade documentada em consulta pré-concepcional ou gravidez anterior, não necessitam repetir o exame durante a gravidez. Esta informação deve constar no BSG e no processo clínico (quando não seja ele próprio a fonte de informação);
- ii. deve ser realizada serologia para a toxoplasmose (IgG e IgM) no 1º trimestre de gravidez em todas as mulheres sem imunidade documentada e, caso se encontrem não imunes, deve ser repetido no 2º e 3º trimestre de gravidez;
- iii. na suspeita de infeção por toxoplasmose, a grávida deve ser referenciada para um Centro de Diagnóstico Pré-Natal.

L. Rastreio da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH):

- i. todas as grávidas devem realizar rastreio da infeção pelo VIH, no 1º e 3º trimestre de gravidez;
- ii. às grávidas sem serologia documentada na altura do parto, deve ser realizado teste rápido ante ou intraparto, tal como consta da Circular Normativa n.º1/DSMIA, de 4/2/2004, da Direção-Geral da Saúde "Gravidez e vírus da imunodeficiência humana".

M. Rastreio da hepatite B:

- i. deve ser realizado o rastreio da hepatite B no 1º trimestre de gravidez, incluindo as grávidas que têm história de vacinação prévia documentada, utilizando a pesquisa de AgHBs;
- ii. apenas as grávidas não vacinadas e cujo rastreio foi negativo no 1º trimestre, devem repetir a pesquisa do AgHBs no 3º trimestre.

N. Rastreio da bacteriúria assintomática:

- iii. Realizar o rastreio da bacteriúria assintomática, a todas as grávidas, no primeiro trimestre da gravidez, através do teste de urocultura com eventual teste de sensibilidade aos antibióticos.

O. Rastreio do Streptococcus β hemolítico do grupo B:

- i. deve ser realizado a todas as grávidas entre as 35 e 37 semanas, através da colheita de uma amostra única do 1/3 externo da vagina e ano-retal;

- ii. não necessitam deste rastreio as grávidas a quem foi isolado *Streptococcus* β hemolítico do grupo B na urina (bacteriúria assintomática ou infeção urinária), durante a gestação em curso, nem naquelas com história anterior de sépsis neonatal, por *Streptococcus* β hemolítico do grupo B;
 - iii. têm indicação para profilaxia intraparto todas as grávidas a quem for detetado *Streptococcus* β hemolítico do grupo B através da colheita referida na alínea i) e nos casos referidos na alínea ii).
- P. Rastreio do cancro do colo do útero:
- Q. Realizar a citologia cervical no 1º trimestre, a todas as grávidas com mais de 25 anos, que nunca tenham realizado o exame ou que o tenham feito há mais de 3 anos, após dois exames anuais negativos.

AValiação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- E. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
 - i. % de grávidas do primeiro trimestre, vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais de acordo com a Norma;
 - ii. % de grávidas do segundo trimestre, vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais de acordo com a Norma;
 - iii. % de grávidas do terceiro trimestre, vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais laboratoriais de acordo com a Norma;
 - iv. valor da prescrição de exames laboratoriais realizados por grávida vigiada.

Fundamentação

- A. A gravidez constitui uma ocasião privilegiada de contacto com os serviços de saúde e um momento único para avaliação do estado de saúde da mulher.
- B. Os exames laboratoriais a requisitar no decurso das consultas de vigilância da gravidez, têm como objetivo rastrear, prevenir ou tratar situações passíveis de colocar em risco a saúde materna e/ou fetal ou perinatal.
- C. No início da gravidez importa, assim, verificar os achados clínicos da consulta pré-concepcional.

D. Tipagem ABO e fator Rh:

A tipagem segura dos grupos sanguíneos ABO e RhD assumem um papel muito importante na mulher em idade fértil e na grávida em particular. As mulheres RhD negativas devem ser informadas das medidas de prevenção da aloimunização RhD^{2,3}.

E. Pesquisa de aglutininas irregulares:

A presença de antígenos antieritrocitários, nomeadamente anti-D, mas também anti-C, anti-Kell e anti-E, estão associados à doença hemolítica do recém-nascido, e são passíveis de intervenção fetal².

F. Hemograma completo:

A anemia grave da grávida está associada a um aumento da probabilidade de ocorrência de morte intrauterina fetal, de baixo peso à nascença e de parto prematuro⁴. A causa mais frequente de anemia na gravidez é a deficiência em ferro². Quando a família da mulher é proveniente de zonas de alta prevalência de hemoglobinopatias, ou quando o volume globular médio (VGM) inferior a 80 e / ou (HGM) inferior a 27, deve ser realizado o rastreio das hemoglobinopatias na mãe². Se positivo, o estudo deve ser realizado também no progenitor e ser feita referência para consulta de aconselhamento em diagnóstico pré-natal.

Vários estudos têm demonstrado uma associação inversa entre a hemoglobina e hematócrito (do 2º e 3º trimestre) e o peso de nascimento. A elevação destes 2 parâmetros está associada a uma maior incidência de restrição de crescimento fetal, pré-eclâmpsia e morbilidade perinatal^{5 e 6}. A trombocitopenia materna (PLT <150x10⁹/L) ocorre em 10 % das gestações, sendo mais frequente no 3ºtrimestre. Geralmente associada a uma situação benigna (trombocitopenia gestacional) pode surgir num contexto de doença hipertensiva da gravidez (Pré-eclâmpsia) ou patologia imunológica. O seu achado deve ser enquadrado na situação clínica da mulher e, dependendo desta e dos valores encontrados, poderá ser necessário proceder a uma conduta específica pré e intra-parto⁷.

G. Rastreio da diabetes gestacional:

O controlo da glicemia durante a gravidez diminui a ocorrência de complicações maternas e a morbilidade perinatal⁸. Este benefício é tanto maior quanto mais precocemente for realizado o diagnóstico e iniciado o controlo metabólico⁹. O aumento na prevalência de obesidade na população jovem feminina tem tido como resultado um maior número de casos de Diabetes tipo II não diagnosticada antes da gravidez¹⁰. Na primeira visita pré natal deve ser pedida uma glicemia em jejum como estratégia de diagnóstico e deteção de anomalias da glicemia no decurso da gravidez. A PTGO nunca deve ser pedida como rotina antes das 24-28 semanas^{10,11 e 12}.

H. Rastreio da sífilis:

Em Portugal, os casos de sífilis congénita reportados têm diminuído ao longo dos últimos 10 anos, porém, constituem, ainda, um número mais elevado que no resto da Europa¹³.

Está bem demonstrada a importância de realizar o rastreio da sífilis na vigilância antenatal. Com efeito, o tratamento durante a gravidez diminui as complicações fetais e neonatais que estão associadas a esta doença 2 e 3. Assim, preconiza-se a sua realização duas vezes na gravidez, o mais precocemente possível e anteparto^{14 e 15}.

I. Rastreio da rubéola:

É consensual a importância do rastreio do estado imunitário em relação à rubéola e a vacinação na fase pré-concepcional. Esta deve ser considerada a medida “excelente”¹⁶. Quando o rastreio é realizado desta forma e se conhece o estado imunitário da grávida, não é necessário repetir o exame no início da gravidez, tal como preconizado nesta Norma¹⁷. O objetivo de rastrear para a rubéola nesta fase é a possibilidade de vacinar no pós parto e proteger futuras gravidezes². As grávidas não imunes no 1º trimestre devem repetir o exame no início do 2º trimestre (entre as 18-20 semanas), para assegurar que não ocorreu seroconversão materna em tempo útil, ou seja, antes do prazo legal para interrupção de gravidez.

J. Rastreio da toxoplasmose:

A toxoplasmose é considerada uma infeção rara mas potencialmente muito grave¹⁸. Na toxoplasmose a gravidade da infeção fetal por transmissão vertical diminui ao longo da gravidez, em sentido contrário à probabilidade de transmissão vertical que aumenta à medida que progride a gestação¹⁹. É, assim, preconizado, para as mulheres sem imunidade, rastrear a toxoplasmose cada três meses, tendo em conta que, desta forma se aumenta a probabilidade de realizar diagnósticos precoces e com isso possibilitar o início da terapêutica²⁰. Nas mulheres imunocompetentes, com infeção a toxoplasmose antes da conceção, o risco de reinfeção é muito raro. Existem poucos dados sobre o estado imunitário das mulheres em Portugal para a toxoplasmose.

K. Rastreio da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH):

Na infeção pelo VIH o risco de transmissão perinatal sem intervenção é de 15-40%, diminuindo para menos de 2% quando se realiza terapêutica durante a gravidez e se adotam medidas de prevenção no parto e se inibe a amamentação². É, assim, consensual a importância do diagnóstico precoce na gravidez, para iniciar terapêutica materna e diminuir o risco de transmissão materno-fetal²¹.

L. Rastreio da hepatite B:

O rastreio da hepatite B na grávida iniciou-se em 1992²². Identificando as mulheres AgHBs positivas é possível uma intervenção precoce e eficaz no recém-nascido que tem indicação para administração de imunoglobulina específica e vacina nas primeiras 12 - 24 horas de vida, o que reduz o seu risco de infeção em 95% dos casos^{1 e 2}. A vacinação universal contra a hepatite B em Portugal condicionou o controlo e diminuição desta infeção¹⁶. A taxa de cobertura de recém-nascidos, crianças e adolescentes é elevada (> 95%)²³. Atualmente Portugal pode ser considerado um país de prevalência baixa, com uma percentagem estimada de portadores AgHBs de 1%. Contudo, existem subgrupos em que a prevalência é mais elevada, como sejam, migrantes (5%) e utilizadores de drogas endovenosas²⁴. Rastrear apenas as mulheres de risco pode levar a não diagnosticar 50% das mulheres infectadas com o vírus da hepatite B².

M. Rastreio da bacteriúria assintomática:

A urocultura constitui na gravidez o teste de referência para o diagnóstico da bacteriúria assintomática. A sua incidência é de 2% a 10% na grávida. Quando não tratada está associada a pielonefrite (até 30%). O diagnóstico e terapêutica atempados reduzem estas complicações bem como diminuem as situações de baixo-peso ao nascer^{2 e 25}.

N. Rastreio do Streptococcus β hemolítico do grupo B:

O rastreio universal do *Streptococcus* β hemolítico do grupo B permite identificar as grávidas em risco de ter um recém-nascido com sépsis neonatal. Nas mulheres em que foi identificada a colonização por *Streptococcus* β hemolítico do grupo B, deve ser realizada profilaxia intraparto ²⁶.

O. Rastreio do cancro do colo do útero:

A gravidez e o puerpério são uma oportunidade para realizar o rastreio da neoplasia do colo do útero, nas mulheres que o não realizam habitualmente, de acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas ^{27 e 28}.

APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Lisa Ferreira Vicente (coordenação científica) e Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil da Direção-Geral da Saúde.
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- D. A presente Norma tomou em consideração os contributos sustentados cientificamente, recebidos durante o período de discussão pública, foi sujeita a uma avaliação científica e a uma contextualização em termos de custo-efetividade, quer por parte do Departamento da Qualidade na Saúde quer pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas, criada por Despacho n.º 12422/2011, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 8 de setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 181, de 20 de setembro de 2011 e alterada pelo Despacho n.º 7584/2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 107, de 1 de junho de 2012, que procedeu à sua validação científica final.
- E. A avaliação científica feita pelo Departamento da Qualidade na Saúde teve o apoio científico do Professor Doutor Henrique Luz Rodrigues, responsável pela supervisão e revisão científica das Normas Clínicas.

APOIO EXECUTIVO

Na elaboração da presente Norma o apoio executivo foi assegurado pela Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil e Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação, Orientações Técnicas nº 10. Circular Normativa nº 08/DT de 21/12/2005.
- ² National Institute for Health and Clinical Excellence. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. 2nd edition London: Andrew Welsh; 2008.
- ³ Di Mario S et al. (2005). What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>, accessed 28 December 2005).
- ⁴ Reveiz L, Gyte GML, Cuervo LG. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD003094. DOI: 10.1002/14651858.CD003094.pub2.
- ⁵ Amburgey OA, Ing E, Badger GJ, Bernstein IM. Maternal hemoglobin concentration and its association with birth weight in newborns of mothers with preeclampsia. J Maternal Fetal Neonatal Med 2009 September; 22(9):740-744. doi:10.3109/14767050902926947.
- ⁶ Steer PJ. Maternal hemoglobin concentration and birth weight. Am J Clin Nutr 2000; 71(suppl):1285S-7S. (Downloaded from www.ajcn.org on 13, 2012).
- ⁷ Khellaf M, Loustau V, Bierling P, Michel M, Godeau B. Thrombocytopenia and pregnancy. Rev Med Interne 2012 Aug; 33(8):446-52. Epub 2012 Jun 27.
- ⁸ Crowther CA, Hiller JE, Moss jr, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS). Effect of Treatment of Gestacional Diabetes on Pregnancy Outcomes. New England Journal of Medicine 2005 June 16; 352: 2477-2486.
- ⁹ The Hapo Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. New England Journal of Medicine 2008 May 8; 358:1991-2002.
- ¹⁰ International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups. Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. Diabetes Care 2010 March; 33(3): 676-682.
- ¹¹ Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 7/2011-Diagnóstico e Conduta na Diabetes Gestacional. 31 /1/2011.
- ¹² Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SPEDM), Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF), Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez. Janeiro de 2011.
- ¹³ European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe, 1990-2009. Stockholm: ECDC; 2011.
- ¹⁴ Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. Recommendations and reports 2010 December 17; 59 (RR-12).
- ¹⁵ Viroj Wiwanitkit. Screening for syphilis in pregnancy: which is the proper method? Arch Gynecol Obstet 2007; 276:629-631.

- ¹⁶ Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Avaliação do programa nacional de vacinação e melhoria do seu custo efectividade: 2º Inquérito Serológico Nacional: Portugal Continental 2001- 2002. Lisboa: DGS; 2004.
- ¹⁷ American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 6ª edição: AAP - ACOG; 2007.
- ¹⁸ Di Mario S, Basevi V, Gagliotti C, Spettoli D, Gori G, D'Amico R, Magrini N. Prenatal education for congenital toxoplasmosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue1. Art. No.: CD 006171. DOI: 10.1002/14651858. CD006171.pub2.
- ¹⁹ Peyron F, Wallon M, Liou C, Garner P. Treatments for toxoplasmosis in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 3. Art. No.: CD001684. DOI: 10.1002/14651858.CD001684.
- ²⁰ Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandation pour la pratique clinique. HAS; 2007.
- ²¹ Centers for Disease Control and Prevention. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR. 2006 September 22; 55 (RR14): 1-17.
- ²² Direção-Geral da Saúde. Determinação sistemática do AgHBs nas grávidas e imunização dos recém-nascidos filhos de mães portadoras. Circular Normativa nº 6/DTP de 28/07/92.
- ²³ Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença (DSPCD). PNV-Avaliação 2011. Boletim de Vacinação. Março de 2012; nº 1:1-2.
- ²⁴ Marinho R, Lavanchy D. Burden and Prevention of Viral Hepatitis in Portugal. Viral Hepatitis Prevention Board 2011 June; 19 (2).
- ²⁵ Smaill F, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD000490. DOI:10.1002/14651858.CD000490.pub2.
- ²⁶ Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Revised Guidelines from CDC, 2010. MMWR 2010; 59 (Nº. RR-10):1-32.
- ²⁷ Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010.
- ²⁸ Plano Oncológico Nacional 2001-2005. D.R. Iª Série - B nº 190, 17/8/2001, 5241-7.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Anexo I: Quadros, tabelas e gráficos

1º Trimestre	
<13 semanas	
1. Citologia cervical – Conforme recomendações do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 para as mulheres não grávidas	
2. Tipagem ABO e fator Rh	8. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (se desconhecido ou não imune em consulta preconcecional)
3. Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)	9. Ac VIH 1 e 2
4. Hemograma completo	10. AgHBs
5. Glicémia em jejum	11. Urocultura com eventual TSA
6. VDRL	
7. Serologia Rubéola - IgG e IgM (se desconhecido ou não imune em consulta preconcecional)	
2º Trimestre	
18-20 semanas	
12. Serologia Rubéola (IgG e IgM, nas mulheres não imunes)	
24-28 semanas	
13. Hemograma completo	16. Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)
14. PTGO c/ 75g (colheita às 0h, 1h e 2 horas)	
15. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (não imunes)	
3º Trimestre	
32 -34 Semanas	
17. Hemograma completo	20. Ac. VIH 1 e 2
18. VDRL	21. AgHBs (as grávidas não vacinadas e cujo rastreio foi negativo no 1º trimestre)
19. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (nas mulheres não imunes)	
35-37 Semanas	
22. Colheita (1/3 externo da vagina e ano-retal) para pesquisa de <i>streptococcus</i> β hemolítico do grupo B	