

| CALENDÁRIO DE EXAMES NO PRÉ-NATAL E CONDUTAS                                                                                                        |                             |                        |                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EXAMES                                                                                                                                              | 1º Trimestre 1ª Consulta    | 2º trimestre (>20 sem) | 3º Trimestre (>28 sem) | RESULTADOS                                                                                                                       | Condutas/ Recomendações importantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Tipagem Sanguínea e Fator Rh                                                                                                                        | X                           |                        |                        | Gestante com Rh - e parceiro com Rh + ou desconhecido                                                                            | Solicite teste de Coombs indireto;<br><b>Se for negativo:</b> repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ªsemana<br><b>Se for positivo:</b> encaminhar a gestante para pré-natal de alto risco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Hemograma                                                                                                                                           | X                           |                        | X                      | Não Reagente Hb > 11g/dl                                                                                                         | Realizar Sorologia no 3º trimestre e na internação para parto ou em abortamentos. Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato/dia (200 mg), que corresponde a 40 mg de ferro elementar. Recomendar ingerir a medicação antes das refeições.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | Hb entre 8g/dl e 11g/dl – Anemia leve a moderada                                                                                 | A) solicitar exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes.<br>B) trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomenda-se 5 drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite) 1 hora antes das refeições;<br>C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias:<br>- Se níveis subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá iniciar a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar); Repita a dosagem no 3º trimestre.<br>- Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou diminuir, referir ao pré-natal de alto risco.                                                                                 |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | Hb < 8 g/dl – Anemia grave                                                                                                       | Será necessário encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Glicemia de Jejum                                                                                                                                   | X                           |                        | X                      | 85 – 119 mg/dl                                                                                                                   | Realizar TTG de 24 a 28 semanas de gestação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | > 110 mg /dl                                                                                                                     | Repita o exame de glicemia de jejum. Se for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| TTGO 75g (se glicemia estiver ≥ de 85mg/dl ou se houver fator de risco – preferencialmente 24ª a 28ª semana)                                        |                             | X                      |                        | Jejum < 110mg dl 2h< 140mg/dl                                                                                                    | Teste negativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | Jejum > 110mg dl 2h> 140mg/dl                                                                                                    | DM gestacional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Exame para Sífilis                                                                                                                                  | X                           |                        | X                      | <b>Teste Rápido – TR</b> (treponêmico) ou <b>VDRL</b> (não treponêmico) <b>Não reagente</b>                                      | Aconselhamento, repetir exame após 28ª semanas e na internação para parto ou aborto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | <b>TR</b> ou <b>VDRL reagente</b>                                                                                                | Seguir esquema terapêutico para sífilis na gestante ( <b>quadro1</b> ) e testar parceiro (iniciar tratamento imediatamente).<br>Nos casos de <b>TR REAGENTE</b> , o <b>VDRL</b> é obrigatório para acompanhamento e controle de cura. VDRL reagente, confirmar com teste treponêmico (TR, FTA-Abs, ou MHA), se for negativo suspende-se a continuidade do tratamento. Na impossibilidade de realizar confirmatório, sem história de tratamento anterior e sem evidências clínicas da fase da doença: considerar como sífilis terciária.<br><b>Controle de Cura sorológica:</b> Controle: VDRL mensal. A elevação de títulos dos testes não treponêmicos em 2 diluições (ex. 1:16 para 1:64) em relação ao último exame realizado, justifica um novo tratamento.   |
| Anti- HIV (preferencialmente Teste Rápido – TR)                                                                                                     | X                           |                        | X                      | <b>HIV Não reagente</b>                                                                                                          | Aconselhamento, repetir exame no 3º trimestre de gestação e na internação para parto ou aborto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | <b>HIV reagente*</b>                                                                                                             | Instituir medidas para <b>Profilaxia de Transmissão Vertical do HIV:</b><br>- <b>Pré-natal:</b> solicitar imediatamente a Carga Viral (CV) e CD4. Agenotipagem esta indicada (conforme fluxo do município). Instituir a terapia antirretroviral (TARV) a partir da 14ª semana em todas gestantes, independente dos exames acima.<br>Orientar sobre o uso do AZT EV no parto e AZT xarope para RN por 4 semanas, contraindicação de amamentação e aleitamento cruzado e de acompanhamento do RN até confirmação diagnóstica. (18 meses).<br><b>O PN da gestante com HIV será compartilhado entre a Atenção Básica e SAE.</b><br><b>*Considera-se HIV reagente</b> resultados conforme o Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção do HIV (Portaria SVS 29/2013). |
| Toxoplasmose                                                                                                                                        | X                           |                        | X                      | <b>IgG e IgM não reagente</b>                                                                                                    | Repetir no 3º trimestre e orientar profilaxia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | <b>IgG reagente reagente e IgM não reagente</b>                                                                                  | Seroconversão prévia: encerrar a investigação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | <b>IgG reagente e IgM reagente</b>                                                                                               | Pode ser doença aguda ou cicatriz sorológica de doença antiga. Solicitar imediatamente teste de Avidex para IgG.<br><b>* Alta Avidex IgG até 16 sem de Idade gestacional (IG):</b> Doença antiga, não tratar, sem risco de transmissão vertical;<br><b>* Baixa avidex de IgG em qualquer IG:</b> Iniciar espiramicina, (2 cp de 8/ 8h VO) até o parto<br><b>Outras situações:</b> encaminhar para serviço de referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| HbsAg                                                                                                                                               | X                           |                        | X                      | <b>Negativo</b>                                                                                                                  | <b>Negativo:</b> vacinar gestante, conforme calendário vacinal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | <b>Positivo</b>                                                                                                                  | Fazer profilaxia no RN com vacina para hepatite B e imunoglobulina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Urocultura + Urina tipo 1 (sumário de urina – SU, EQU)                                                                                              | X                           |                        | X                      | Proteinúria                                                                                                                      | "Traços" repita em 15 dias; caso se mantenha encaminhar gestante Pré-natal de alto risco.<br>"Traços" e hipertensão e/ou edema: é necessário referir ao pré-natal de alto risco.<br>"Maciça": é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | Piúria/ bacteriúria/leucocitúria<br>Cultura positiva (>105col/ml)                                                                | Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) o tratamento deve ser iniciado antes mesmo do resultado do antibiograma.<br>Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | Hematúria                                                                                                                        | Se piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        |                                                                                                                                  | Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | Cilindrúria                                                                                                                      | Referir a gestante ao pré-natal de alto risco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | Outros elementos                                                                                                                 | Não necessitam de conduta especial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Ultra-sonografia                                                                                                                                    |                             | X                      |                        |                                                                                                                                  | Se possível realizar 1 USG obstétrica até 20 semanas, quando houver impossibilidade de determinação da idade gestacional correta e na presença de intercorrências clínicas ou obstétricas, assim como detecção precoce de gestações múltiplas e retardo de crescimento intrauterino. Existem evidências de que sua realização poderá detectar malformações fetais não suspeitas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Citopatológico de Colo Útero                                                                                                                        | Se for necessário           |                        |                        |                                                                                                                                  | Conduta conforme Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. INCA, 2011.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Exame de secreção vaginal                                                                                                                           | Se houver indicação clínica |                        |                        |                                                                                                                                  | Conduta conforme resultado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Parazitológico de fezes                                                                                                                             | X (se for necessário)       |                        |                        |                                                                                                                                  | Tratamento conforme Caderno de Atenção Básica - Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica). | X                           |                        |                        | Hb AA padrão ou normal                                                                                                           | Sem doença falciforme – segue pré natal de rotina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | Hb AS heterozigote para hemoglobina S ou traço falciforme ou Hb AC heterozigote para hemoglobina C ou Hb A com variante qualquer | Sem doença falciforme, porém apresenta traços. Testar parceiro, se houver doença ou traço risco de doença falciforme no RN. Segue pré-natal de rotina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                     |                             |                        |                        | HbSS ou SC                                                                                                                       | Encaminhar para pré-natal de alto risco.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Referencial teórico:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico Infecção pelo HIV**. Brasília, 2013.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.

- Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

- Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da saúde, 2015. 130 p.



**A participação do parceiro da gestante no Pré-natal é fundamental!**

Incluir o parceiro nas consultas estimula a paternidade responsável!

Solicitar os exames de rotina, não esquecendo do exame de **HIV** e **Sífilis**. Testar e tratar o pazeiro é necessário para prevenir a transmissão vertical do HIV e a Sífilis congênita!

| Estadiamento                                                                                      | Esquema Terapêutico                                                                                                                            | Alternativa <sup>A</sup> (exceto para gestantes)                                                                                                               | Seguimento (teste não treponêmico – VDRL ou RPR)                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Sífilis primária, secundária ou latente recente (com menos de 1 ano de evolução)                  | Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo) <sup>B</sup>                                             | Doxicilina 100 mg, 12/12h (VO) por 15 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona <sup>C</sup> 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes | População em geral: trimestral (1º ano) semestral (2º ano)<br><b>Gestante: mensal</b> |
| Sífilis latente tardia (com mais de 1 ano de evolução) ou terciária ou de <b>duração ignorada</b> | Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, <b>semanal por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI</b> , IM                                       | Doxicilina 100 mg, 12/12h (VO) por 30 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona <sup>C</sup> 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes | População em geral: trimestral (1º ano) semestral (2º ano)<br><b>Gestante: mensal</b> |
| Neurossífilis                                                                                     | Penicilina G Cristalina 18-24 milhões UI por dia, EV, administrar em doses de 3-4 milhões UI a cada 4 horas por infusão contínua, por 14 dias. | Ceftriaxona 1g, IV, 1 x/dia por 10 a 14 dias                                                                                                                   | Exame de Líquor de 6/6 meses até normalização                                         |

<sup>A</sup> Para gestantes com alergia confirmada à penicilina: como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina.Na impossibilidade de realizar a dessensibilização, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona. No entanto para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente.

<sup>B</sup> Embora não exista evidência científica de que uma segunda dose de penicilina G benzatina traga benefício adicional ao tratamento para gestantes, alguns manuais recomendam.

<sup>C</sup> Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliadas com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível retratamento caso haja elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex. De 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

- Frente a um indivíduo com sorologia reagente confirmada em que não é possível inferir a duração da infecção, caracteriza-se como sífilis latente tardia, cujo o esquema de tratamento é de 3 séries de 2,4 milhões UI totalizando 7,2 milhões UI de penicilina benzatina.

| OUTRAS IST NA GESTAÇÃO  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tricomoniase            | Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) OU Metronidazol 400mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 7 dias OU Metronidazol 250 mg , 1 comprimido, VO, 3x dia, por 7 dias                                                                                                                 |
| Vaginose Bacteriana     | <b>Primeiro trimestre:</b> Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias<br><b>Após primeiro trimestre:</b> Metronidazol 250mg, 1 comprimido VO, 3x dia, por 7 dias                                                                                                                                                          |
| Candidíase Vulvovaginal | Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação. Miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias |

| Vacina Antitetânica        | Conduta importante                                                                     |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Se nenhuma dose registrada | Iniciar esquema da vacina com 3 doses, com intervalos de 60 dias ou no máximo 30 dias. |
| Menos de 3 doses           | Completar                                                                              |