

# NORMA DGS

**NORMA: 001/2023**

Organização dos cuidados de saúde na preconceção,  
gravidez e puerpério

---

PUBLICAÇÃO: 27 de janeiro de 2023

PALAVRAS-CHAVE: gravidez; risco gestacional; gravidez de vigilância acrescida; cuidados não-programados na gravidez

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde e da Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil da Direção-Geral da Saúde, com a participação do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através do Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia e do Colégio de Medicina Geral e Familiar.

**Painel de Peritos:** Prof. Doutora. Ana Campos, Dra. Ângela Santos Neves, Dr. Bruno Fernando Reis, Enf. Cláudia Guerreiro, Dra. Cristina Guerreiro, **Prof. Doutor Diogo Ayres-de-Campos (Coordenação científica)**, Dra. Elsa Mota, Dr. Fernando Guerreiro, Dr. José Manuel Furtado, Dr. Leonardo Vinagre, Dra. Maria do Céu Almeida, Enf. Rosália Marques, Dra. Rute Teixeira, Prof. Doutora Susana Santo, Dr. Vasco Varela e Dr. Vasco Freire.

**Coordenação executiva:** Dr. João Furtado, Enf. Dina Oliveira.

**Revisão Científica:** A presente Norma foi submetida a auscultação do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros, da SPMS, E.P.E. e da ACSS, I.P.. A Norma foi submetida a revisão científica pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas (criada pelo Despacho n.º 8468/2015 de 3 de agosto de 2015).

Os peritos envolvidos na elaboração da presente norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.

[normas@dgs.min-saude.pt](mailto:normas@dgs.min-saude.pt)

## NORMA

1. Todas as mulheres que planeiam engravidar devem ter acesso a uma consulta pré-concepcional num prazo máximo de **90 dias** após a sua solicitação, e todas as mulheres grávidas devem ter acesso a uma primeira consulta da gravidez entre as **6 semanas e 0 dias** e as **9 semanas e 6 dias** de gestação. Estas consultas são preferencialmente realizadas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), mas nas situações listadas no Anexo I podem ser realizadas em unidades hospitalares com cuidados obstétricos.
2. As unidades de saúde onde decorre a consulta pré-concepcional ou a primeira consulta da gravidez devem disponibilizar materiais informativos escritos sobre a gravidez, incluindo:
  - a) Modificações fisiológicas na gravidez;
  - b) Alimentação na gravidez;
  - c) Rastreios e exames recomendados durante a gravidez;
  - d) Hábitos e estilos de vida saudáveis na gravidez;
  - e) Planeamento do parto;
  - f) Aleitamento materno;
  - g) Sinais e sintomas de alarme que devem motivar uma observação não-programada nos cuidados de saúde;
  - h) Suporte legal e apoios para a proteção da parentalidade.
3. As informações constantes nos materiais informativos escritos, nos termos do ponto 2 da presente Norma, devem ser reforçadas e complementadas nas interações com os profissionais de saúde ao longo da gravidez.
4. Deve ser evitada a vigilância da gravidez em simultâneo por mais do que uma equipa de saúde, de forma a não haver duplicação de atos clínicos, e de haver responsabilização e consistência nos aconselhamentos prestados.
5. A linha SNS 24 e as unidades de saúde devem informar o horário e o local onde as grávidas podem ter acesso a cuidados de saúde não-programados, nos termos da presente Norma, nomeadamente em:

- a) Consulta aberta nos CSP;
  - b) Consulta aberta do primeiro trimestre em unidades hospitalares com cuidados obstétricos;
  - c) Urgências hospitalares de Obstetrícia e Ginecologia.
6. Todos os intervenientes nos cuidados de saúde, programados e não-programados, na preconção, gravidez e puerpério, são responsáveis pela transmissão de informação clínica essencial à continuidade e à passagem dos cuidados. Para este efeito, em cada interação com a mulher, os profissionais de saúde devem assegurar o preenchimento correto do Boletim de Saúde da Grávida (BSG), ou o seu equivalente informático.
7. A mulher é a proprietária da informação clínica constante do Boletim de Saúde da Grávida, ou equivalente informático que lhe seja disponibilizado, e é responsável pelo controlo do acesso ao seu conteúdo.
8. Em todas as interações, programadas e não programadas, com os cuidados de saúde, a mulher deve fazer-se acompanhar do Boletim de Saúde da Grávida, ou do equivalente informático que lhe seja disponibilizado.

## **CUIDADOS DE SAÚDE PROGRAMADOS**

### **Avaliação do risco gestacional**

9. A mulher deve ser avaliada relativamente ao risco gestacional na primeira consulta pré-concepcional ou de gravidez, e em cada interação subsequente com as equipas de saúde, uma vez que esta avaliação é um fator determinante para a vigilância adequada da gravidez, assim como para a prevenção e controlo atempado de complicações.
10. A avaliação do risco gestacional contempla a informação obtida a partir da história clínica (incluindo aspetos demográficos, culturais e socioeconómicos) e de exames laboratoriais e imagiológicos. A classificação do risco gestacional assenta na avaliação sistemática dos elementos constantes no Anexo I.

11. O risco gestacional deve determinar o plano de vigilância da gravidez (periodicidade das consultas, necessidade de exames ou ecografias, de acordo com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco), bem como determinar a necessidade de vigilância acrescida, incluindo a transferência de cuidados para outras unidades de saúde.

### Cuidados de saúde programados na Gravidez de baixo risco

12. São consideradas **gravidezes de baixo risco** todas aquelas em que não são identificados fatores de risco materno-fetais que motivam vigilância acrescida, tais como os listados no Anexo I.
13. As mulheres com gravidez de baixo risco devem receber cuidados de saúde programados na preconção, na gravidez e no puerpério em CSP, nos termos do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.
14. Os exames laboratoriais e as ecografias devem ser realizados em tempo útil e em locais que assegurem uma resposta de qualidade, nos termos do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.
15. As grávidas devem ser referenciadas **entre as 36 semanas e 0 dias e as 37 semanas e 6 dias** de gestação para uma consulta hospitalar na unidade de saúde onde pretendem ter o parto. Esta consulta deve ser realizada entre a **39 semanas e 0 dias e as 40 semanas e 0 dias de gestação**, ou mais precocemente em caso de aparecimento de fatores de risco, nos termos do Anexo I.

### Cuidados de saúde programados na Gravidez de vigilância acrescida

16. As mulheres que apresentam fatores de risco materno-fetais como os listados no Anexo I, devem ter consultas pré-concepcionais, de vigilância da gravidez e de puerpério em unidades hospitalares com cuidados obstétricos.
17. Nas gestações com vigilância acrescida a periodicidade de consultas, de exames laboratoriais e ecográficos deve ser adaptada à situação clínica, de acordo com uma avaliação individualizada do risco.

18. Nas situações em que a avaliação médica realizada nas unidades hospitalares com cuidados obstétricos não confirma os fatores de risco que motivaram a referenciação, ou nas situações em que este risco deixe de existir, as mulheres devem retomar a vigilância da gravidez nos CSP, fazendo-se acompanhar de informação sobre a avaliação realizada e os motivos pelos quais não necessitam de vigilância em consulta hospitalar.

## CUIDADOS DE SAÚDE NÃO-PROGRAMADOS

19. Durante a gravidez e puerpério podem ocorrer situações que necessitam de prestação de cuidados de saúde não-programados. Nestas situações, as grávidas devem ser preferencialmente encaminhadas através de contacto com a **Linha SNS24**, ou dirigir-se aos locais de acordo com nível de cuidados adequados, previstos nos termos da presente Norma.

## Avaliação em Cuidados de Saúde Primários

20. Nas situações clínicas seguintes, que não estão associadas a risco iminente de desfecho adverso da gravidez, as grávidas devem dirigir-se ou ser encaminhadas preferencialmente ao seu **médico de família** ou, alternativamente, para uma **consulta aberta nos CSP**, a efetivar até ao final do dia seguinte. Estas situações incluem os sinais e sintomas<sup>i</sup> compatíveis com quadros de:

- a) Vulvovaginite;
- b) Infeção urinária baixa;
- c) Infeção respiratória alta (vírica ou bacteriana) não complicada;
- d) Gastreenterite não complicada;
- e) Obstipação sem quadro obstrutivo intestinal;
- f) Crise asmática ligeira/moderada, nos casos de diagnóstico de asma brônquica estabelecido antes da gravidez;
- g) Sintomas depressivos ligeiros na gravidez.

---

<sup>i</sup> A informação a transmitir à população sobre os critérios de acesso a esta consulta e sintomatologia compatível com os quadros aqui descritos está exposta no Anexo II.

19. Os Agrupamentos de Centros de Saúde, em articulação com as Unidades Coordenadoras Funcionais, devem garantir:

- a) O funcionamento de uma **consulta aberta** com apoio médico durante todos os dias úteis;
- b) A disponibilização da informação sobre os horários e locais da consulta aberta, durante a primeira consulta de preconção ou gravidez e nas páginas da internet dos ACeS/Unidades funcionais.

### Consulta aberta do primeiro trimestre em hospitais com cuidados obstétricos

20. Nas situações clínicas seguintes, que necessitam de avaliação médica pela especialidade de Ginecologia e Obstetrícia (incluindo geralmente uma avaliação ecográfica via transvaginal), as grávidas devem dirigir-se ou ser encaminhadas a uma **consulta aberta do primeiro trimestre** em hospitais com cuidados obstétricos, a efetivar até ao final do dia seguinte. Estas situações incluem os quadros<sup>ii</sup> de:

- a) Hemorragia vaginal escassa até às 13 semanas de gravidez;
- b) Dor ligeira ou moderada nos quadrantes inferiores do abdómen, sem alívio com repouso ou recorrente após analgesia, até às 13 semanas de gravidez;
- c) Diagnóstico ecográfico de "gravidez não-evolutiva", "gravidez ectópica não-rotas e assintomática" ou "mola hidatiforme"<sup>iii</sup>.

21. As unidades hospitalares com cuidados obstétricos devem assegurar:

- a) O funcionamento de uma consulta aberta do primeiro trimestre, em todos os dias úteis.
- b) A disponibilização da informação sobre os horários e locais da consulta aberta do primeiro trimestre nas páginas da *internet* da unidade hospitalar.

---

<sup>ii</sup> A informação a transmitir à população sobre os critérios de acesso a esta consulta e sintomatologia compatível com os quadros aqui descritos está exposta no Anexo III.

<sup>iii</sup> Nas situações de diagnóstico ecográfico de "gravidez ectópica sem sinais de rotura", em que não seja possível o encaminhamento até ao final do dia seguinte para consulta aberta do 1º trimestre, a grávida deve ser encaminhada ou dirigir-se a uma Urgência de Obstetrícia e Ginecologia.

## Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

22. Nas situações clínicas que podem estar associadas a um risco iminente de desfecho adverso da gravidez, e que necessitam de avaliação médica imediata pela especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, as grávidas devem dirigir-se ou ser encaminhadas para uma **Urgência de Obstetrícia e Ginecologia**. A informação a transmitir à população sobre as queixas que devem levar a esta urgência está exposta no Anexo IV.
23. Deve constar do processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade da aplicação da presente Norma.
24. O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o justifique.

Graça Freitas  
Diretora-Geral da Saúde



## ENQUADRAMENTO E RACIONAL

- A. No âmbito da Rede de Referenciação Materno-infantil do Serviço Nacional de Saúde, considera-se importante a definição de padrões de qualidade e segurança a observar nos cuidados de saúde prestados às mulheres grávidas.
- B. Nesse sentido, a atualização das recomendações e uniformização dos critérios de avaliação do risco gestacional, visa auxiliar os profissionais de saúde no encaminhamento adequado das mulheres grávidas para o nível de cuidados programados – tanto na gravidez de baixo risco, como na gravidez de vigilância acrescida – e, simultaneamente, contribuir para uma utilização eficiente e racional dos recursos existentes.
- C. A par dos cuidados programados, essenciais à vigilância da gravidez, a eventualidade de complicações com necessidade de avaliação não-programada justifica, ainda, a criação de um referencial para o encaminhamento prioritário das mulheres grávidas, de modo a assegurar a qualidade e segurança em todos os momentos da gravidez.
- D. Assim, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012 de 26 de janeiro a Direção-Geral da Saúde emite a presente Norma.

## FUNDAMENTAÇÃO

- A. A identificação de fatores de risco – elementos dinâmicos e multifatoriais – é um dos pilares dos cuidados de saúde na preconção e gravidez, determinando o local mais adequado para as consultas de vigilância pré-natal. A identificação do risco obstétrico permite a melhor rentabilização dos recursos existentes, assegurando a prestação de cuidados especializados a quem mais deles necessita, evitando duplicações de cuidados e contribuindo para uma maior eficiência das respostas de saúde.
- B. Vários índices têm sido usados nas últimas décadas para avaliação do risco gestacional, não existindo um consenso internacional alargado sobre este assunto. Em Portugal, dois hospitais universitários propuseram critérios objetivos para a vigilância pré-natal hospitalar e estes documentos serviram de base à presente norma <sup>1,2</sup>.
- C. A maioria dos fatores de risco identificáveis dizem respeito a hábitos de vida, condições de saúde preexistentes, antecedentes obstétricos e à ocorrência de doenças específicas da gravidez <sup>3-14</sup>. Para além dos fatores relacionados com a saúde física, são igualmente relevantes os riscos sociais, emocionais e psicológicos <sup>15</sup>.
- D. Os cuidados de saúde não-programados na gravidez (urgências hospitalares, consultas abertas) necessitam também de rentabilizar os recursos existentes, de forma a garantir uma resposta atempada das urgências hospitalares para quem delas verdadeiramente necessita. Os cuidados de saúde primários possuem a experiência necessária para lidar com as complicações mais comuns e de menor gravidade na gravidez. Para as complicações hemorrágicas do primeiro trimestre da gravidez, a ecografia transvaginal estabeleceu-se, desde há uns anos para cá, como o método mais importante no diagnóstico etiológico, o que condiciona a necessidade de uma avaliação hospitalar especializada. Perante grávidas com hemorragia vaginal escassa e estado clínico estável, é desnecessária a avaliação médica imediata em urgência hospitalar, podendo estas situações ser avaliadas com segurança em consultas hospitalares de livre acesso, abertas em dias úteis durante o horário de expediente, como comprova a experiência de mais de duas décadas de *“Early pregnancy assessment clinics”* existentes nos países anglo-saxónicos <sup>16,17</sup>.

001/2023 de 27 de janeiro

**Organização dos cuidados de saúde na preconção, gravidez e puerpério**

- E. A orientação rápida das situações de maior risco materno-fetal imediato para as urgências hospitalares de Obstetrícia e Ginecologia é essencial para manter a taxa reduzida de desfechos maternos e perinatais adversos existente em Portugal. Na presente Norma, a identificação destas situações baseia-se em documentos produzidos por hospitais universitários nacionais <sup>1,2,18</sup>.

## 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 implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- a) Proporção de grávidas com consulta pré-concepcional:
    - i. Numerador – N° anual de grávidas com consulta pré-concepcional realizada em CSP ou hospitais do SNS (Fonte: SIM@SNS);
    - ii. Denominador – N° anual de nascimentos no SNS (Fonte: INE);
  - b) Proporção de grávidas com vigilância da gravidez iniciada antes das 10 semanas de gestação:
    - i. Numerador – N° anual de grávidas cuja primeira consulta da gravidez foi realizada até às 9+6d semanas inclusive nos CSP ou nos hospitais do SNS (Fonte: SIM@SNS);
    - ii. Denominador – N° anual de nascimentos no SNS (Fonte: INE);
  - c) Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas em Saúde Materna nos Cuidados de Saúde Primários:
    - i. Numerador – N° anual de grávidas com pelo menos 6 consultas de Saúde Materna nos CSP (Fonte: SIM@SNS);
    - ii. Denominador – N° anual de nascimentos no SNS (Fonte: INE);
  - d) Proporção de puérperas com necessidade de vigilância acrescida com consulta de puerpério nos hospitais:
    - i. Numerador – N° anual de mulheres que tiveram o parto há 42 ou menos dias e pelo menos uma consulta de puerpério realizada nos hospitais do SNS (Fonte: SIM@SNS);
    - ii. Denominador – N° anual de grávidas em consulta de vigilância acrescida da gravidez nos hospitais do SNS (Fonte: ACSS, I.P.);
  - e) Proporção de grávidas que recorreram à consulta aberta dos cuidados de saúde primários:
    - i. Numerador – N° anual de grávidas com consulta aberta nos CSP (Fonte: SIM@SNS);
    - ii. Denominador – N° anual de nascimentos no SNS (Fonte: INE);
  - f) Proporção de grávidas que recorreram à consulta aberta do 1º trimestre nos hospitais:
    - i. Numerador – N° anual de grávidas com pelo menos uma consulta aberta do 1º trimestre (Fonte: ACSS, I.P.);

001/2023 de 27 de janeiro

Organização dos cuidados de saúde na preconção, gravidez e puerpério

- ii. Denominador – N° anual de nascimentos no SNS (Fonte: INE);
- g) Proporção de grávidas que recorreram às Urgências de Obstetrícia e Ginecologia:
- i. Numerador – N° anual de grávidas que recorrem à Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (Fonte: ACSS, I.P.);
  - ii. Denominador – N° anual de nascimentos no SNS (Fonte: INE).

## ANEXO I - Critérios de referência para consulta pré-natal em hospitais com cuidados obstétricos

	Hospital de Nível I	Hospital de Nível II	Hospital de Nível III
Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parto pré-termo</li> <li>- Pré-eclâmpsia grave ou precoce</li> <li>- Restrição de crescimento fetal</li> <li>- Doença gestacional do trofoblasto</li> <li>- Morte fetal ou neonatal precoce</li> <li>- Diabetes gestacional</li> <li>- Tromboembolismo venoso</li> <li>- Malformações uterinas com impacto na gravidez</li> <li>- Aborto recorrente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiência cervical</li> </ul>	
Condições e doenças coexistentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condições sociais adversas</li> <li>- Idade &lt;17 anos ou ≥40 anos</li> <li>- Grande fumadora (&gt;20 cigarros/dia)</li> <li>- Hábitos alcoólicos marcados</li> <li>- Toxicodependência activa</li> <li>- Asma brônquica com crises sob medicação</li> <li>- Diabetes gestacional</li> <li>- Diabetes tipo 2 prévia à gravidez</li> <li>- Hipertensão arterial crónica</li> <li>- Hipotiroidismo não controlado ou hipertiroidismo medicado</li> <li>- IMC ≥35 ou IMC &lt;18</li> <li>- Cirurgia bariátrica prévia</li> <li>- Doença psiquiátrica controlada com necessidade de medicação</li> <li>- Epilepsia ativa ou medicada</li> <li>- Terapêutica teratogénica em curso (cumarínicos, imunossuppressores)</li> <li>- Doença inflamatória intestinal</li> <li>- Miomas com ≥7 cm ou sintomáticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes tipo 1 prévia à gravidez</li> <li>- Doença autoimune (síndrome anti fosfolipídica, lúpus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren)</li> <li>- Doença psiquiátrica não controlada</li> <li>- Neoplasia intraepitelial cervical</li> <li>- Trombocitopenia não-gestacional</li> <li>- Massas anexiais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transplante de órgãos</li> <li>- Aloimunização antieritrocitária ou antiplaquetária</li> <li>- Cardiopatia materna grave</li> <li>- Esclerose múltipla, miastenia <i>gravis</i></li> <li>- Doença oncológica, não em remissão</li> <li>- Doença pulmonar com compromisso da oxigenação</li> <li>- Doença renal crónica</li> </ul>
Complicações da gravidez atual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gravidez gemelar</li> <li>- Anemia refratária a reposição de ferro</li> <li>- Indicação para interrupção médica da gravidez</li> <li>- Colo curto sem indicação para ciclorrafia cervical</li> <li>- Dermatoses da gravidez</li> <li>- Feto leve para a idade gestacional</li> <li>- Polihidrâmnios assintomático</li> <li>- Colestase gravídica</li> <li>- Placenta prévia assintomática no 3º trimestre</li> <li>- Suspeita de macrossomia fetal</li> <li>- Trombocitopenia gestacional</li> <li>- Infecção materna (hepatites víricas, varicela, herpes <i>simplex</i>, tuberculose, VIH)</li> <li>- Malformação fetal <i>minor</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestação múltipla de ordem &gt;2</li> <li>- Gestação gemelar com complicações</li> <li>- Colo curto com indicação para ciclorrafia cervical</li> <li>- Indicação para cirurgia não-obstétrica não urgente</li> <li>- Isoimunização Rh (D)</li> <li>- Placenta prévia sintomática</li> <li>- Restrição de crescimento fetal &gt; 32 semanas</li> <li>- ≥36 semanas e cesariana anterior</li> <li>- ≥34 semanas, apresentação pélvica ou situação transversa</li> <li>- Infecção materna por citomegalovirus, parvovirus B19, <i>Toxoplasma gondii</i> e <i>Treponema pallidum</i></li> <li>- Malformação fetal <i>major</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestação gemelar monocoriónica com complicações</li> <li>- Gestação múltipla de ordem &gt;2 com complicações</li> <li>- Hidrôpsia fetal</li> <li>- Restrição de crescimento fetal &lt; 32 semanas</li> <li>- Suspeita de anemia fetal</li> <li>- Malformações fetais com necessidade de cuidados neonatais específicos (Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, etc)</li> <li>- Neoplasia gestacional do trofoblasto</li> </ul>

## Definição dos níveis de diferenciação hospitalar

### Hospital de Nível I

Possui um Serviço de Obstetrícia e Ginecologia adequado à resolução de patologia não-complexa e um Serviço de Pediatria com a capacidade de prestar cuidados neonatais a recém-nascidos com idade gestacional superior a 34<sup>+0</sup> semanas (ou superior a 32<sup>+0</sup> semanas, caso tenham uma Unidade de Neonatologia com capacidade de prestar cuidados neonatais especiais).

### Hospital de Nível II

Realiza pelo menos 1.000 partos anuais, um Serviço de Obstetrícia e Ginecologia com a capacidade de assegurar todos os cuidados de saúde descritos para os hospitais de nível I (para a população da sua área de influência direta) e adicionalmente os cuidados necessários para a resolução de patologia obstétrica e ginecológica complexa, tendo acesso a uma Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos. Têm também uma Unidade de Neonatologia, que consoante o seu grau de diferenciação, presta cuidados agudos a recém-nascidos acima das 32<sup>+0</sup> semanas (**nível-IIa**) ou a recém-nascidos de qualquer idade gestacional (**nível IIb**), desde que não tenham patologias do âmbito específico das unidades de nível III.

### Hospital de Nível III

Realiza pelo menos 1.500 partos anuais e estão sediados em Hospitais Universitários, com um Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, um Serviço de Obstetrícia, um Serviço de Ginecologia e uma Unidade de Neonatologia. Estes hospitais asseguram todos os cuidados de saúde descritos para os hospitais de nível I e nível II (para a população da sua área de influência direta) e são adicionalmente centros de referência para a resolução de patologia obstétrica e ginecológica de elevada complexidade. A unidade de cuidados intensivos neonatais recebe recém-nascidos com qualquer idade gestacional e presta cuidados agudos a recém-nascidos de termo gravemente doentes, providenciando acesso rápido a subespecialidades pediátricas, como a cirurgia pediátrica e cardiologia pediátrica.

## ANEXO II – Informação a ser transmitida à população

### Quando deve recorrer de forma não programada ao seu médico de família ou à consulta aberta nos cuidados de saúde primários<sup>iv</sup>

- Se tiver corrimento vaginal alterado, associado a comichão, ardor ou cheiro intenso.
- Se sentir ardor ao urinar e vontade de urinar muitas vezes.
- Se tiver temperatura acima de 38,0°C associada a arrepios, suores, dor de garganta, tosse, rouquidão, cansaço, dor de cabeça ou muscular, comece por tomar dois comprimidos de 500 mg de paracetamol (venda livre), ou seja, 1.000 mg de paracetamol, caso não tenha indicação clínica contrária, que repete a cada 8 horas (máximo de três tomas em 24 horas).
- Se tiver náuseas e vômitos frequentes e/ou diarreia ligeira/moderada.
- Se tiver obstipação (prisão de ventre) há pelo menos 5 dias.
- Se tiver asma diagnosticada antes da gravidez e iniciar tosse seca e ruído tipo assobio ao respirar, sem melhoria com a medicação habitual.
- Se tiver uma sensação de tristeza persistente ou de desespero.

<sup>iv</sup> Nestas situações, contacte o SNS24 para receber aconselhamento e ser encaminhada à consulta aberta nos Cuidados de Saúde Primários.



## ANEXO III – Informação a ser transmitida à população

### Quando deve recorrer à consulta aberta do 1º trimestre num hospital com cuidados obstétricos<sup>v</sup>

- Se nas primeiras 13 semanas de gravidez perder uma quantidade escassa de sangue vermelho vivo pela vagina.
- Se nas primeiras 13 semanas de gravidez tiver uma dor ligeira ou moderada na zona inferior da barriga. Atente primeiro se a dor alivia com o repouso, com uma massagem local, ou com calor local (duche, botija de água). Se a dor não passar, tome dois (2) comprimidos de 500 mg de paracetamol (venda livre), ou seja, 1.000 mg de paracetamol. Dirija-se à consulta aberta do 1º trimestre no hospital se 2 horas após a toma do comprimido a dor não tiver passado ou se a dor voltar quando o medicamento deixar de fazer efeito (6-10 horas depois).
- Se um médico, após a realização de uma ecografia, lhe transmitir que existe a suspeita de ter uma “gravidez não-evolutiva” (uma gravidez situada dentro do útero mas que deixou de crescer), ou uma “gravidez ectópica sem sinais de rotura” (uma gravidez situada fora do útero).

<sup>v</sup> Nestas situações, contacte o SNS24 para receber aconselhamento e ser encaminhada à consulta aberta do 1º trimestre num hospital com cuidados obstétricos.

## ANEXO IV – Informação a ser transmitida à população

### Estando grávida, quando deve recorrer a uma Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

- Se perder sangue vermelho vivo pela vagina em quantidade igual ou superior ao primeiro dia da sua menstruação.
- Se perder líquido transparente pela vagina em quantidade suficiente para molhar francamente a sua roupa.
- Se tiver mais de 24 semanas de gravidez e sentir uma diminuição franca do número de movimentos fetais ao longo de um dia.
- Se sentir contrações uterinas rítmicas com intervalos inferiores a 10 minutos, que não cedem com o repouso e persistem durante pelo menos 90 minutos. Pode ocorrer dor ao fundo da barriga, que pode irradiar para as costas, tendo início e fim graduais, com duração entre 30 segundos e 2 minutos, acompanhada de sensação de “barriga dura”. As contrações ocasionais e irregulares são normais na gravidez e não a devem preocupar.
- Se sentir uma dor forte na região lombar ou abdominal ou. Veja primeiro se a dor alivia com o repouso, com o alongamento do tronco, com uma massagem local, ou com a aplicação local de calor (duche, botija de água). Se a dor não passar, tome dois comprimidos de 500 mg de paracetamol (venda livre), ou seja, 1.000 mg de paracetamol, caso não tenha indicação clínica contrária. Se 2 horas após a toma do comprimido a dor não tiver passado, dirija-se à urgência.
- Se sentir uma dor forte na região do estômago. Comece por tomar um antiácido de venda livre à base de (carbonato de cálcio e carbonato de magnésio). Se em 1 a 2 horas depois a dor não tiver passado, dirija-se à urgência.
- Se sentir uma dor de cabeça forte. Atente primeiro se a dor alivia com o repouso em ambiente com pouca luz, ingestão de líquidos ou com uma massagem na zona temporal. Se a dor não passar, tome dois comprimidos de 500 mg de paracetamol (venda livre), ou seja, 1.000 mg de paracetamol, caso não tenha indicação clínica contrária. Se 2 horas depois a dor não tiver passado ou se a pressão arterial estiver elevada (máxima superior a 140 mmHg e/ou mínima superior a 90 mmHg), dirija-se à urgência.
- Se tiver vômitos persistentes (após praticamente todas as refeições), ou se tiver pelo menos dois episódios de vômitos seguidos nos últimos 3 meses da gravidez.
- Se tiver uma perda da consciência (exceto num quadro de doença já conhecida).
- Se tiver pressão arterial elevada (máxima superior a 140 mmHg e/ou mínima superior a 90 mmHg), medidas após 10 minutos de repouso, em duas avaliações com intervalo de pelo menos 2 horas, devendo em cada avaliação ser efetuada pelo menos 3 vezes com intervalo de 1 a 2 minutos entre as avaliações.;
- Se tiver alterações da visão (aparecimento de luzes, visão turva persistente, ou manchas pretas).
- Se sentir comichão em todo o corpo (pode ser mais intensa nas palmas das mãos e plantas dos pés).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pimenta M, Pinto L, Milhinhos C, Ayres-de-Campos D. Vigilância pré-natal de rotina. In: Protocolos de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (Ayres-de-Campos D, Pinto L: eds) Lidel, Lisboa 2022:5-12.
2. Ramalho C, Ayres-de-Campos D. Critérios para vigilância da gravidez em consulta hospitalar. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal (Montenegro N, Rodrigues T, Ramalho C, Ayres-de-Campos D: eds) Lidel, Lisboa 2014:3-5.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine. Severe maternal morbidity: screening and review external icon. *Am J Obstet Gynecol* 215, 17–22 (2017).
4. Campbell KH, Savitz D, Werner EF, *et al.* Maternal morbidity and risk of death at delivery hospitalization. *Obstet Gynecol* 122, 27–633 (2013).
5. Callaghan WM, Creanga AA, Kuklina EV. Severe maternal morbidity among delivery and postpartum hospitalizations in the United States. *Obstet Gynecol* 120, 1029–1036 (2012).
6. Guglielminotti J, Deneux-Tharaux C, Wong CA, *et al.* Hospital-level factors associated with anesthesia-related adverse events in cesarean deliveries, New York State, 2009-2011. *Anesth Analg* 122, 1947-56 (2016).
7. Ananth CV, Lavery JA, Friedman AM, *et al.* Serious maternal complications in relation to severe pre-eclampsia: a retrospective cohort study of the impact of hospital volume. *BJOG* 124, 1246 - 53 (2017).
8. Wright JD, Herzog TJ, Shah M, *et al.* Regionalization of care for obstetric hemorrhage and its effect on maternal mortality. *Obstet Gynecol* 115, 1194-1200 (2010).
9. Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, *et al.* Maternal morbidity in cases of placenta accreta managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care. *Obstet Gynecol* 117, 331-337 (2011).
10. Yser KL, Lu X, Santillan DA, *et al.* The association between hospital obstetrical volume and maternal postpartum complications. *Am J Obstet Gynecol* 207, 42 (2012).
11. Hnat MD, Sibai BM, Caritis S, *et al.* Perinatal outcome in women with recurrent preeclampsia compared with women who develop preeclampsia as nulliparas. *Am J Obstet Gynecol* 186, 422-6 (2022).
12. Forrester KJ, Barton JR, O'Brien JM, *et al.* The effect of gestational hypertension and gestational diabetes on neonatal outcome. *Obstet Gynecol* 107, S26 (2006).

13. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, *et al.* The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: a pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet* 145, 1-33 (2019).
14. Kim C, Berger DK, Chamany S. Recurrence of gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care* 30, 1314-9 (2007).
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing (2022).
16. Bigrigg MA, Read MD. Management of women referred to early pregnancy assessment units: care and cost effectiveness. *BMJ*, 302:577-9 (1991).
17. Tunde-Byass M, Cheung VYT. The value of the early pregnancy assessment clinic in the management of early pregnancy complications. *J Obstet Gynecol Can*, 31:841-4 (2009).
18. Protocolos de atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa - 3ª edição, Lidel, Lisboa:2017.