

NORMA

Número: 001/2023

Data: 27/01/2023

Atualização: 23/03/2026

Assunto: Organização dos Cuidados de Saúde na Preconceção, Gravidez e Puerpério

Palavras-Chave: Gravidez de Baixo Risco; Risco Gestacional; Gravidez de Vigilância Acrescida; Cuidados Não Programados na Gravidez

Para: Profissionais da Área dos Cuidados de Saúde na Preconceção, Gravidez e Puerpério

Contatos: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Sumário da Atualização:

- Todas as mulheres grávidas devem ter acesso a uma primeira consulta da gravidez até às 9 semanas e 6 dias de gestação;
- Na gravidez de baixo risco, a referenciação da grávida para a consulta hospitalar de termo ocorre até às 34 semanas e 6 dias de gestação. A consulta realiza-se entre as 37 semanas e 0 dias e as 39 semanas e 6 dias de gestação, ou mais precocemente em caso de fatores de risco;
- Atualização da nomenclatura associada aos locais de atendimento em obstetria;
- Atualização dos locais de atendimento de acordo com gravidade e critérios clínicos;
- Atualização dos indicadores.

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do art.º 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta da Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil e do Departamento da Qualidade na Saúde, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

1. Todas as mulheres que planeiam engravidar devem ter acesso a uma consulta pré-concepcional¹, num prazo máximo de 90 dias após a sua solicitação. Todas as mulheres grávidas devem ter acesso a uma primeira consulta da gravidez até às 9 semanas e 6 dias de gestação². Estas consultas são preferencialmente realizadas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Nestas consultas, as mulheres em que é identificado risco gestacional devem ser referenciadas para unidades hospitalares com cuidados obstétricos³, de acordo com o seu nível de diferenciação, nos termos do Anexo I.

2. As unidades de saúde onde decorrem consultas pré-concecionais e/ou consultas 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 presencial não programada nos cuidados de saúde;
 - h) Suporte legal e apoios para a proteção da parentalidade;
 - i) Alterações emocionais na gravidez.
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. Evitar 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 consistência nos aconselhamentos prestados.
5. A linha “SNS 24 – Grávida” 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 hospitalar de obstetria e ginecologia;
 - c) Urgências hospitalares de obstetria e ginecologia.
6. Todos os profissionais de saúde intervenientes nos cuidados de saúde, programados e não programados, na preconceção, gravidez e puerpério, são responsáveis pela transmissão de informação clínica essencial à continuidade e à transição dos cuidadosⁱ. 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)ⁱⁱ, ou o seu equivalente informático.

ⁱ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma N.º 001/2017 de 08/02/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: DGS; 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1773760166215>

ⁱⁱ PORTUGAL. Despacho n.º 1/91, de 1 de fevereiro. Diário da República n.º 27/1991, Série II; 1991. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1-3334533>

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. Recomendar que a grávida tenha consigo o Boletim de Saúde da Grávida, ou o seu equivalente informático em todas as interações com os cuidados de saúde, programadas e não programadas.

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, sendo dinâmica, é um fator determinante para a vigilância adequada da gravidez, assim como para a prevenção e controlo atempado de complicações^{3,4}.
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 imagiológicos⁴. A classificação do risco gestacional assenta na avaliação sistemática de elementos constantes no Anexo I.
11. A referenciação para consulta hospitalar pode ser, a todo o momento, ajustada para um hospital de nível diferente do que a inicial, de acordo com a avaliação do médico especialista em obstetria e ginecologia, em cada contacto com a grávida.
12. 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 Risco⁵), bem como determinar a necessidade de vigilância acrescida³, incluindo a transferência de cuidados para outras unidades de saúde.

Cuidados de saúde programados na "gravidez de baixo risco"

13. 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.
14. As mulheres com gravidez de baixo risco devem receber cuidados de saúde programados na preconceção, na gravidez e no puerpério em CSP, nos termos do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco⁵.

15. 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^{5,6,7}.
16. A referenciação das grávidas para a consulta hospitalar de termo ocorre até às 34 semanas e 6 dias de gestação. A consulta realiza-se entre as 37 semanas e 0 dias e as 39 semanas e 6 dias de gestação, ou mais precocemente em caso de aparecimento de fatores de risco⁷, nos termos do Anexo I.

Cuidados de saúde programados na "gravidez de vigilância acrescida"

17. As mulheres que apresentam fatores de risco materno-fetais, como os listados no Anexo I, devem ter consultas pré-concecionais, de vigilância da gravidez e de puerpério em unidades hospitalares³ tipos I, II ou III com cuidados obstétricos.
18. 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.
19. 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 programados no período pós-parto

20. Todas as puérperas devem ter acesso à consulta de pós-parto realizada até ao 42º dia após o parto.
21. O momento e o local da realização da consulta de pós-parto são definidos com base na avaliação do risco clínico identificado e a necessidade de cuidados especializados, de forma a garantir a vigilância adequada e a continuidade de cuidados.

CUIDADOS DE SAÚDE NÃO PROGRAMADOS

22. Durante a gravidez e o puerpério podem existir intercorrências que necessitam de prestação de cuidados de saúde não programados, mas que nem sempre necessitam de uma avaliação urgente. Assim, as unidades de saúde e a linha "SNS24 - Grávida" devem assegurar a informação

necessária ao encaminhamento das grávidas para os locais de avaliação, nos termos da presente Norma.

Avaliação em cuidados de saúde primários

23. Nas situações clínicas com sinais e sintomas que estão associados a baixo risco de desfecho adverso da gravidez e não necessitam de avaliação por médico especialista em ginecologia e obstetria, as grávidas devem ser encaminhadas, preferencialmente, pela Linha "SNS24 - Grávida", para uma consulta aberta nos CSP.
24. A avaliação clínica nos CSP deve ser realizada até ao final do dia útil seguinte, idealmente, pela equipa de família responsável pela vigilância da gravidez.
25. Podem ser avaliadas nos CSP as mulheres que apresentem sinais e sintomas sugestivos das seguintes condições clínicas:
 - a) Vulvovaginite;
 - b) Infecção urinária baixa;
 - c) Infecção respiratória alta 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) Ansiedade persistente que afeta o desempenho nas atividades diárias;
 - h) Sintomas depressivos ligeiros na gravidez.
26. Os CSP 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 preconceção ou gravidez e nas páginas da *internet* das unidades de saúde.

Avaliação em consulta aberta hospitalar de obstetria e ginecologia

27. Nas situações clínicas que estão associadas a um baixo risco de desfecho materno adverso, mas que necessitam de avaliação médica pela especialidade de ginecologia e obstetria (incluindo geralmente uma avaliação ecográfica), as grávidas devem ser encaminhadas para uma consulta aberta hospitalar de obstetria e ginecologia, a efetivar até ao final do dia seguinte, preferencialmente após referenciação pelo "SNS24 - Grávida" ou pela equipa de

família/responsável pela vigilância da gravidez. Estas situações incluem as situações elencadas no Anexo II.

28. As unidades hospitalares com cuidados obstétricos devem assegurar:

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

Avaliação em urgência de obstetria e ginecologia

29. Nas situações clínicas com sinais e sintomas associados a um alto risco de desfecho adverso da gravidez ou a uma complicação grave do puerpério e que necessitam de avaliação médica imediata pela especialidade de ginecologia e obstetria, como as definidas no Anexo III, as grávidas devem ser encaminhadas, de imediato, para uma urgência de obstetria e ginecologia.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

30. Deve constar no processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade da aplicação da presente Norma.
31. O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o justifique.

Rita Sá Machado

Diretora-Geral da Saúde

ENQUADRAMENTO E RACIONAL

- A. No âmbito da Rede de Referência Hospitalar de Obstetria e Ginecologia do Serviço Nacional de Saúde (SNS), considera-se importante a definição de padrões de qualidade e segurança a observar nos cuidados de saúde prestados às mulheres grávidas. 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.
- B. A par dos cuidados programados, essenciais à vigilância da gravidez, a eventualidade de ocorrência 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 dos cuidados de saúde em todos os momentos da gravidez.

FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

- A. A identificação de fatores de risco – elementos dinâmicos e multifatoriais – é um dos pilares dos cuidados de saúde na preconceção 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. A definição do risco gestacional corresponde à estratificação do risco da gravidez em função da probabilidade de desfechos adversos maternos e/ou perinatais, baseada na identificação sistemática de fatores de risco preexistentes ou adquiridos durante a gestação, com impacto na organização e periodicidade da vigilância clínica da gravidez^{4,8,9}.
- C. 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, bem como o contexto epidemiológico nacional, evidência e recomendações internacionais, serviram de base à presente Norma¹⁻¹⁹.
- D. 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 e do feto²⁰. Para além dos fatores relacionados com a saúde física, são igualmente relevantes os riscos sociais, emocionais e psicológicos²¹.
- E. Os cuidados de saúde primários possuem a experiência necessária para abordar as complicações mais comuns e de menor gravidade na gravidez. Para as complicações hemorrágicas do primeiro trimestre da gravidez e do puerpério, a ecografia estabeleceu-se como o método mais importante no diagnóstico etiológico, o que condiciona a necessidade de uma avaliação hospitalar especializada. Perante grávidas com sintomatologia escassa e estado clínico estável, muitas situações podem ser avaliadas com segurança em consultas hospitalares de livre acesso, abertas em dias úteis durante o horário de expediente, como comprova, a título de exemplo, a experiência de mais de duas décadas de "*Early pregnancy assessment clinics*" existentes nos países anglo-saxónicos¹⁶.
- F. A orientação imediata das situações de maior risco materno-fetal para as urgências hospitalares de obstetrícia e ginecologia é essencial para manter a taxa reduzida de desfechos adversos

maternos e perinatais, em Portugal. Na presente Norma, a identificação destas situações baseia-se em documentos produzidos por hospitais universitários nacionais, bem como, o contexto epidemiológico nacional, outra evidência e recomendações internacionais^{10,11,13-22-29}.

ANEXO I

Critérios de referência para consulta pré-natal em hospitais com cuidados obstétricos, por nível de diferenciaçãoⁱⁱⁱ

Quadro 1. Critérios de referência para consulta pré-natal em hospitais com cuidados obstétricos, por nível de diferenciação.

	HOSPITAL DE NÍVEL I	HOSPITAL DE NÍVEL II	HOSPITAL DE NÍVEL III
ANTECEDENTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parto pré-termo; ▪ Pré-eclâmpsia grave ou precoce; ▪ Restrição de crescimento fetal; ▪ Neoplasia gestacional do trofoblasto; ▪ Morte fetal ou neonatal precoce; ▪ Aborto recorrente; ▪ Tromboembolismo venoso; ▪ Cirurgia bariátrica; ▪ Perturbação mental severa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficiência cervical/colo curto, com indicação para ciclorrafia cervical. 	
CONDIÇÕES/DOENÇAS COEXISTENTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IMC <18 ou IMC ≥35 e ≤45; ▪ Condições sociais adversas; ▪ Idade <17 anos ou ≥40 anos na altura da conceção; ▪ Consumo de mais de 20 cigarros/dia; ▪ Consumo nocivo de álcool; ▪ Toxicodependência ativa; ▪ Asma brônquica com crises sob medicação; ▪ Malformações uterinas com impacto na gravidez; ▪ Diabetes gestacional; ▪ Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 prévia à gravidez, sem lesão de órgão-alvo; ▪ Hipertensão arterial crónica; ▪ Hipotireoidismo não controlado ou hipertireoidismo medicado; ▪ Anemia refratária à reposição de ferro; ▪ Hemoglobinopatias; ▪ Perturbação mental controlada com necessidade de medicação; ▪ Dermatoses na gravidez; ▪ Epilepsia ativa ou medicada; ▪ Medicação teratogénica (cumarínicos, imunossuppressores, etc.); ▪ Doença inflamatória intestinal (doença de Crohn e colite ulcerosa); ▪ Miomas com dimensões ≥ 7cm ou sintomáticos; ▪ Neoplasia intraepitelial cervical não tratada; ▪ Outras doenças maternas com potencial repercussão na gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1 prévia à gravidez ou tipo 2 com lesão de órgão alvo; ▪ Doença autoimune grave (síndrome antifosfolipídica, lúpus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren); ▪ Perturbação mental descompensada; ▪ Trombocitopenia não-gestacional; ▪ Doença materna sem apoio de especialidade em hospital de nível I; ▪ Cardiopatia materna grave (OMS grau I e II). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IMC >45; ▪ Recetor de transplante de órgãos; ▪ Aloimunização antieritrocitária não-D ou antiplaquetária; ▪ Cardiopatia materna grave (OMS grau III e IV); ▪ Esclerose múltipla, miastenia <i>gravis</i>; ▪ Doença oncológica que não está em fase de remissão; ▪ Doença pulmonar com compromisso da oxigenação; ▪ Doença renal crónica grave, com disfunção de órgão; ▪ Massa anexial volumosa ou com suspeita de malignidade; ▪ Doença materna sem apoio de especialidade em hospital de nível II.

ⁱⁱⁱA classificação do nível de diferenciação hospitalar de cada instituição deve ser o definido na Rede de Referência Hospitalar de Obstetrícia e Ginecologia em vigor.

COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ ATUAL

- Gestação gemelar bicoriónica sem complicações;
 - Indicação para interrupção médica da gravidez;
 - Insuficiência cervical/colo curto sem indicação para ciclorrafia cervical;
 - Feto leve para a idade gestacional e restrição do crescimento fetal, sem indicação para terminar gravidez antes das 34 semanas;
 - Suspeita de macrossomia fetal no 3º trimestre (estimativa de peso fetal > 990);
 - Polihidrâmnio assintomático ou com idade gestacional ≥ 34 semanas;
 - Colestase gravídica;
 - Placenta prévia assintomática ou com idade gestacional ≥ 34 semanas;
 - Trombocitopenia gestacional;
 - Infecção materna por citomegalovirus, parvovirus B19, *Toxoplasma gondii* e/ou *Treponema pallidum*, sem repercussão fetal;
 - Infecção materna por hepatites viricas, varicela, herpes *simplex*, tuberculose e/ou vírus da imunodeficiência humana (VIH);
 - Malformação fetal *minor*;
 - Idade gestacional ≥ 34 semanas, apresentação pélvica ou situação transversa, sem indicação para versão cefálica externa;
 - Idade gestacional ≥ 36 semanas e cesariana anterior.
- Gestação múltipla de ordem ≥ 3 , sem complicações;
 - Gestação gemelar monocoriónica sem complicações ou bicoriónica com complicações;
 - Insuficiência cervical/colo curto com indicação para ciclorrafia cervical;
 - Restrição de crescimento fetal precoce, com indicação para terminar gravidez antes das 34 semanas;
 - Polihidrâmnio sintomático ou com idade gestacional <34 semanas;
 - Aloimunização Rh (D);
 - Placenta prévia sintomática com idade gestacional <34 semanas ou vasa prévia;
 - Idade gestacional ≥ 34 semanas, apresentação pélvica ou situação transversa, com indicação para versão cefálica externa;
 - Malformação fetal major.
- Gestação gemelar monocoriónica com complicações;
 - Gestação múltipla de ordem ≥ 3 com complicações;
 - Hidrópia fetal;
 - Restrição de crescimento fetal grave e precoce (<32 semanas);
 - Suspeita de anemia fetal;
 - Malformações fetais com necessidade de cuidados neonatais de Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, etc;
 - Neoplasia gestacional do trofoblasto;
 - Infecção materna por citomegalovirus, parvovirus B19, *Toxoplasma gondii* ou *Treponema pallidum*, com repercussão fetal.

ANEXO II

Situações com indicação para cuidados de saúde em consulta aberta hospitalar de obstetria e ginecologia

1. Na gravidez ou suspeita de gravidez:

- a) Vigilância de interrupção da gravidez programada em gravidez com <13 semanas, com hemorragia vaginal ligeira ou abundante, com dor abdominal pouco intensa, e sem febre;
- b) Hemorragia genital ligeira, sem sensação de desmaio, com dor pouco intensa nos quadrantes inferiores do abdómen, e sem redução dos movimentos fetais;
- c) Dor contínua ligeira nos quadrantes inferiores do abdómen, sem hemorragia genital, sem sensação de desmaio, sem febre, sem corrimento vaginal anómalo com cheiro fétido, e sem redução dos movimentos fetais;
- d) Pressão arterial (PA) máxima 140-149 mm Hg ou PA mínima 90-99 mm Hg, sem subida >20 mm Hg relativamente aos valores habituais, em grávida com ≥20 semanas e PA habitual normal ou que desconhece PA habitual, sem aumento marcado e recente de edemas, sem cefaleia contínua, sem epigastralgia contínua, sem alterações da visão;
- e) Cefaleia contínua ligeira em grávida com ≥20 semanas, sem subida da pressão arterial, sem aumento marcado e recente de edemas, sem epigastralgia contínua, e sem alterações da visão;
- f) Epigastralgia contínua ligeira em grávida com ≥20 semanas, sem subida da pressão arterial, sem aumento marcado e recente de edemas, sem cefaleia contínua, e sem alterações da visão;
- g) Perda escassa de líquido transparente pela vagina, em grávida com idade gestacional, sem febre, sem corrimento vaginal anómalo com cheiro fétido, sem dor abdominal intensa ou moderada, sem redução dos movimentos fetais, sem líquido esverdeado, e sem sangue vivo;
- h) Vômitos frequentes de refeições sólidas, mas raramente de líquidos e medicamentos, sem diarreia ou febre, e sem perda ≥3 kg desde o início da gravidez, na ausência de doença metabólica associada;
- i) Prurido generalizado ligeiro há >8 horas em gravidez com >20 semanas, e sem icterícia ou colúria;
- j) Gravidez de localização desconhecida, em grávida assintomática e com valor de B-HCG sérica <1500 UI/L (32);
- k) Vigilância de gravidez ectópica sob terapêutica com metotrexato;
- l) Gravidez não evolutiva com idade gestacional ≤ de 13 semanas.

2. No puerpério:

- a) Hemorragia genital anómala ligeiramente superior aos dias anteriores, sem sensação de desmaio, e sem dor moderada ou intensa nos quadrantes inferiores do abdómen;
- b) Dor contínua ligeira nos quadrantes inferiores do abdómen ou nos genitais externos, sem sensação de desmaio, sem hemorragia genital anómala, sem febre, sem corrimento vaginal anómalo com cheiro fétido, e sem tumefação abdominal ou genital de aparecimento recente;
- c) Hemorragia escassa pela cicatriz abdominal ou perineal;
- d) Ferida/cicatriz abdominal ou perineal com sinais inflamatórios ou tumefação próxima da cicatriz de aparecimento recente, sem dor, se não associada a febre;
- e) Dor ligeira na cicatriz abdominal ou perineal, não associada a febre, bordos da cicatriz muito ruborizados, tumefação próxima da cicatriz de aparecimento recente, ou saída de pus pela cicatriz;
- f) Afastamento ligeiro dos bordos da cicatriz abdominal ou perineal, sem exteriorização de estruturas pela cicatriz;
- g) Pressão arterial (PA) máxima 140-149 mm Hg ou PA mínima 90-99 mm Hg, sem subida >20 mm Hg relativamente aos valores habituais, em puérpera com PA habitual normal ou que desconhece PA habitual, sem aumento marcado e recente de edemas, sem cefaleia contínua, sem epigastralgia contínua, e sem alterações da visão;
- h) Cefaleia contínua ligeira em puérpera, sem subida da pressão arterial, sem aumento marcado e recente de edemas, sem epigastralgia contínua, e sem alterações da visão;
- i) Epigastralgia contínua ligeira em puérpera, sem subida da pressão arterial, sem aumento marcado e recente de edemas sem cefaleia contínua, e sem alterações da visão.

ANEXO III

Situações com indicação para prestação de cuidados de saúde em urgência de obstetria e ginecologia

1. Na gravidez ou suspeita de gravidez – situações emergentes (contacto via Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)):

- a) Convulsões generalizadas em gravidez com ≥ 20 semanas;
- b) Agressão física no abdômen ou acidente grave, sem lesões ou queixas relacionadas com traumatismo de outras zonas, quando associada a dor moderada ou intensa, redução dos movimentos fetais, lesão da parede abdominal, ou hemorragia vaginal;
- c) Exteriorização pela vagina de feto, partes fetais, placenta ou cordão umbilical em qualquer gravidez com ≥ 13 semanas + 0 dias;
- d) Se tiver uma alteração do estado de consciência (exceto num quadro de doença já conhecida);
- e) Hemorragia genital moderada ou abundante, ou associada a sensação de desmaio, dor moderada a intensa nos quadrantes inferiores do abdômen, ou redução dos movimentos fetais;
- f) Contrações uterinas rítmicas, com intervalos ≤ 5 minutos ou ≥ 10 episódios nas últimas 12 horas ou acompanhadas de vontade de fazer esforços expulsivos, em gravidez com ≥ 20 semanas + 0 dias;
- g) Início súbito de sintomatologia cardiorrespiratória, designadamente dor torácica, precordialgia e dispneia.

2. Na gravidez ou suspeita de gravidez – situações urgentes (contacto via Linha SNS24 - Grávida):

- a) Exteriorização pela vagina de feto, partes fetais, placenta ou cordão umbilical em qualquer gravidez com menos de 13 semanas + 0 dias;
- b) Dor moderada a intensa contínua nos quadrantes inferiores do abdômen, ou associada a hemorragia genital, sensação de desmaio, febre, redução dos movimentos fetais, ou corrimento vaginal anómalo com cheiro fétido;
- c) Subida da pressão arterial, PA máxima > 150 mm Hg ou PA mínima > 100 mm Hg, sem qualquer sintomatologia em gravidez com ≥ 20 semanas;
- d) Cefaleia contínua moderada a intensa em gravidez com ≥ 20 semanas, ou associada a subida da pressão arterial para valores de PA máxima > 140 mm Hg ou PA mínima > 90 mm Hg, aumento marcado e recente de edemas generalizados, epigastralgia contínua, ou alterações da visão;
- e) Epigastralgia contínua moderada a intensa em gravidez com ≥ 20 semanas, ou associada à subida da pressão arterial para valores de PA máxima > 140 mm Hg ou PA mínima > 90 mm Hg, aumento marcado e recente de edemas generalizados, cefaleia contínua, ou alterações da visão;
- f) Alterações de visão em gravidez com ≥ 20 semanas, associadas ou não a subida da pressão arterial para valores de PA máxima > 140 mm Hg ou PA mínima > 90 mm Hg, aumento marcado e recente de edemas generalizados, epigastralgia contínua, ou cefaleia contínua;
- g) Perda de líquido transparente pela vagina em quantidade abundante;
- h) Perda de líquido transparente pela vagina em qualquer quantidade, quando associada a febre, corrimento vaginal anómalo com cheiro fétido, dor abdominal intensa ou moderada, redução dos movimentos fetais, líquido esverdeado ou sangue vivo;
- i) Vômitos persistentes sempre que ingere líquidos e medicamentos, nas últimas 6 horas;
- j) Febre associada a dor moderada ou intensa nos quadrantes inferiores do abdômen, com corrimento vaginal anómalo com cheiro fétido com idade gestacional ≥ 13 semanas;
- k) Febre com dor lombar contínua em gravidez com idade gestacional ≥ 13 semanas;
- l) Redução progressiva dos movimentos fetais ao longo das últimas 24H em gravidez com idade gestacional superior a 23 semanas + 0 dias;
- m) Prurido generalizado moderado a grave em gravidez com ≥ 13 semanas, quando persiste mais de 8 horas ou quando associado a icterícia ou colúria;

- n) Gravidez de localização desconhecida em grávida sintomática ou, sendo assintomática, apresenta valor de B-HCG sérica > 1500 UI/L (32);
- o) Diagnóstico de gravidez não evolutiva com mais de 10 semanas;
- p) Suspeita de mola hidatiforme.

3. No puerpério – situações emergentes (contacto via CODU):

- a) Hemorragia genital anómala, muito abundante, francamente superior aos dias anteriores, ou ao primeiro dia da menstruação com fluxo contínuo;
- b) Hemorragia genital anómala, muito abundante, francamente superior aos dias anteriores, ou ao primeiro dia da menstruação, com sensação de desmaio;
- c) Hemorragia abundante e contínua pela ferida/cicatriz abdominal ou perineal.

4. No puerpério - situações urgentes (contacto via Linha SNS24 - Grávida):

- a) Hemorragia genital anómala, moderada a abundante, francamente superior aos dias anteriores, sem sensação de desmaio, ou a dor moderada ou intensa nos quadrantes inferiores do abdómen;
- b) Dor moderada a intensa contínua nos quadrantes inferiores do abdómen, ou associada a hemorragia genital anómala, febre, corrimento vaginal anómalo com cheiro fétido, ou tumefação abdominal ou genital de aparecimento recente;
- c) Hemorragia pela ferida/cicatriz abdominal ou perineal moderada;
- d) Ferida/cicatriz abdominal ou perineal com sinais inflamatórios ou tumefação próxima da cicatriz de aparecimento recente, quando associados à febre, dor moderada ou intensa na cicatriz, ou saída de pus pela cicatriz;
- e) Dor moderada a intensa na cicatriz abdominal ou perineal, ou associada a febre, bordos da cicatriz muito ruborizados, tumefação próxima da cicatriz de aparecimento recente, ou saída de pus pela cicatriz;
- f) Afastamento marcado dos bordos da cicatriz abdominal ou perineal, ou exteriorização de estruturas pela cicatriz;
- g) Febre, associada a dor contínua nos quadrantes inferiores do abdómen, dor contínua na cicatriz abdominal ou perineal, dor contínua nos genitais externos, corrimento vaginal anómalo com cheiro fétido, tumefação nos genitais externos de aparecimento recente, zona mamária avermelhada e dolorosa, ou tumefação mamária de aparecimento recente;
- h) Dor mamária contínua, moderada a intensa, ou associada a zona mamária avermelhada, febre, tumefação mamária de aparecimento recente, ou saída de pus pelo mamilo;
- i) Subida sustentada da pressão arterial, PA máxima >150 mm Hg ou PA mínima >100 mm Hg, sem outra sintomatologia associada;
- j) Cefaleia contínua moderada a intensa, ou associada a subida da pressão arterial para valores de PA máxima > 140 mm Hg ou PA mínima > 90 mm Hg, aumento marcado e recente de edemas generalizados, epigastralgia contínua, ou alterações de visão;
- k) Epigastralgia contínua moderada a intensa, ou associada a subida da pressão arterial para valores de PA máxima > 140 mm Hg ou PA mínima > 90 mm Hg, aumento marcado e recente de edemas generalizados, cefaleia contínua, ou alterações de visão;
- l) Alterações de visão, associadas a subida da pressão arterial para valores de PA máxima > 140 mm Hg ou PA mínima > 90 mm Hg, aumento marcado e recente de edemas generalizados, epigastralgia contínua, ou cefaleia contínua.

ANEXO IV

Indicadores

A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos indicadores que constam no Quadro 2.

Quadro 2. Indicadores.

Denominação	Cálculo	Fontes de dado no SNS
1. Proporção de grávidas com consulta pré-concepcional	<u>Numerador</u> : N° de mulheres que solicitaram e realizaram uma consulta pré-concepcional; <u>Denominador</u> : N° de mulheres que solicitaram consulta pré-concepcional.	- SIM@SNS; - Sistemas de Informação de agendamento.
2. Proporção de grávidas com consulta pré-concepcional atempada	<u>Numerador</u> : N° de mulheres com consulta pré-concepcional realizada num prazo máximo de 90 dias após solicitação; <u>Denominador</u> : N° de mulheres com consulta pré-concepcional.	- SIM@SNS; - Sistemas de Informação de agendamento.
3. Proporção de grávidas com vigilância da gravidez iniciada antes das 10 semanas de gestação	<u>Numerador</u> : N° de grávidas com mais do que 10 semanas de gestação com registo de primeira consulta da gravidez realizada até às 9+6d semanas; <u>Denominador</u> : N° de grávidas com mais do que 10 semanas de gestação.	- SIM@SNS
4. Proporção de puérperas com consulta de puerpério nos CSP ou nos hospitais do SNS	<u>Numerador</u> : N° de mulheres que tiveram o parto há mais do que 42 dias e tiveram uma consulta de puerpério em 42 ou menos dias após o parto; <u>Denominador</u> : N° de mulheres que tiveram o parto há mais do que 42 dias.	- SIM@SNS
5. Proporção de grávidas e puérperas com consulta aberta nos cuidados de saúde primários atempada	<u>Numerador</u> : N° de grávidas e puérperas com consulta aberta realizada num prazo máximo de 1 dia útil após solicitação; <u>Denominador</u> : N° de grávidas e puérperas encaminhadas para consulta aberta nos cuidados de saúde primários.	- SIM@SNS; - Sistemas de Informação de agendamento.
6. Proporção de grávidas e puérperas com consulta aberta hospitalar de obstetria e ginecologia atempada	<u>Numerador</u> : N° de grávidas e puérperas com consulta aberta hospitalar de obstetria e ginecologia realizada até 1 dia útil após solicitação; <u>Denominador</u> : N° de grávidas e puérperas encaminhadas para consulta aberta hospitalar de obstetria e ginecologia.	- SIM@SNS; - Sistemas de Informação de agendamento.

AVALIAÇÃO

A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditorias internas e externas.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
ACSS, I.P.	Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
CODU	Centros de Orientação de Doentes Urgentes
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS, E.P.E.	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, Entidade Pública Empresarial
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi atualizada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde e da Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil.
- B. O Painel de Peritos da presente atualização da Norma N.º 001/2023 foi constituído por: Enf.ª Dina Oliveira (coordenação executiva), Dr.ª Sofia Figueiredo (coordenação científica), Dr. Bruno Fernando Reis, Prof. Doutor Diogo Ayres-de-Campos, Dra. Elsa Mota, Enf.ª Felisbela Gens, Dr. Fernando Guerreiro, Prof. Doutor Luís Guedes-Martins, Dr.ª Inês Urmal, Dr. José Manuel Furtado, Dr.ª Maria do Céu Almeida, Enf.ª Paula Pereira, Dr.ª Paula Pinheiro, Enf.ª Rosália Marques, Prof. Doutora Susana Santo, Enf.ª Alexandrina Cardoso e Dr. Vasco Varela.
- C. O Painel de Peritos da Norma N.º 001/2023, de 27/01/2023 foi constituído por: Enf.ª Dina Oliveira (coordenação executiva), Dr. João Furtado (coordenação executiva), Prof. Doutor Diogo Ayres-de-Campos (coordenação científica), Prof. Doutora Ana Campos, Dr.ª Ângela Santos Neves, Dr. Bruno Fernando Reis, Enf.ª Cláudia Guerreiro, Dr.ª Cristina Guerreiro, Dr.ª Elsa Mota, Dr. Fernando Guerreiro, Dr. José Manuel Furtado, Dr. Leonardo Vinagre, Dr.ª Maria do Céu Almeida, Enf.ª Rosália Marques, Dr.ª Rute Teixeira, Prof. Doutora Susana Santo, Dr. Vasco Varela e Dr. Vasco Freire. Foi submetida a auscultação do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, DE-SNS, E.P.E., SPMS, E.P.E. e ACSS, I.P.
- D. Os peritos envolvidos na elaboração e atualização da Norma apresentaram, como determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, a declaração de inexistência de incompatibilidades. De referir que o Dr. Vasco Varela é Secretário-Adjunto da Sociedade Portuguesa de Hipertensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stephenson J, Schoenaker DA, Hinton W, Poston L, Barker M, Alwan NA, et al. UK Preconception Partnership. A wake-up call for preconception health: a clinical review. Br J Gen Pract. 2021 Apr 29;71(706):233-236. doi: 10.3399/bjgp21X715733. PMID: 33926884;PMCID: PMC8087297.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Tailored prenatal care delivery for pregnant individuals. Clinical Consensus N°8. Washington, DC: ACOG; 2025. Disponível em <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-consensus/articles/2025/04/tailored-prenatal-care-delivery-for-pregnant-individuals>
3. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care - NICE guideline NG 201. London: NICE; 2021. Disponível em www.nice.org.uk/guidance/ng201
4. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Obstetric Care. High-Risk Pregnancy: Definitions and Conceptual Framework. Washington, DC: ACOG; 2019.
5. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: DGS; 2015.
6. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 023/2011 de 29/09/2011 atualizada a 21/05/2013 - Exames ecográficos na gravidez de baixo risco. Lisboa: DGS; 2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0232011-de-29092011-atualizada-a-21052013-jpg.aspx>.
7. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 37/2011 de 30/09/2011, atualizada a 20/12/2013 - Exames laboratoriais na gravidez de baixo risco. Lisboa: DGS; 2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0372011-de-30092011-jpg.aspx>.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Indications for outpatient antenatal fetal surveillance. ACOG Committee Opinion No. 828. Washington, DC: ACOG; 2021.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 762: Prepregnancy Counseling. Obstetrics & Gynecology. Washington, DC: ACOG; 2019. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000003013
10. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Relatório da mortalidade fetal, infantil e abaixo dos 5 anos 2017-2021, Lisboa: DGS; 2025. Disponível em relatorio-da-mortalidade-fetal-infantil-e-abaixo-dos-5-anos-20172021-pdf.aspx.
11. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Relatório da mortalidade materna 2017-2021. Lisboa: DGS; 2025. Disponível em relatorio-da-mortalidade-materna-20172021-pdf.aspx.
12. Ayres-de-Campos D, Pinto L, Pimenta M, Milhinhos C. Protocolos de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal - Vigilância pré-natal de rotina. Lisboa: Lidel; 2022.

13. Ramalho C, Ayres-de-Campos D, Montenegro N, Rodrigues T, Ramalho C. Protocolos de Medicina Materno-Fetal - Critérios para vigilância da gravidez em consulta hospitalar. Lisboa: Lidel; 2014.
14. Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Protocolos de atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. 3ª edição. Lisboa: Lidel; 2017.
15. 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.
16. Amaya S, Shorter J. Early Pregnancy Assessment Clinics: Expanding Patient-Centered and Equitable Early Pregnancy Care. *Curr Obstet Gynecol Rep* 12, 96–102; 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13669-023-00353-y>.
17. Topcu G, Savona-Ventura C, Ayres-de-Campos D, Mukhopadhyay S, Messinis I, Mahmood t, et al. Provision of antenatal care in Europe - A scientific study commissioned by European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 272,30–36; 2022. Disponível em <https://ebcog.eu/wp-content/uploads/2022/03/Provision-of-Antenatal-care-in-Europe.pdf>.
18. Fowler JR, Mahdy H, Vadakekut ES, et al. Antepartum Care in the Second and Third Trimester. [Updated 2024 Jul 18]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448166/>.
19. Khalil A, Sotiriadis A, D'Antonio F, Da Silva Costa F, Odibo A, Prefumo F, et al. ISUOG Practice Guidelines: performance of third-trimester obstetric ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 63:131–147; 2024.
20. Zhang Y, Ding W, Wu T, Wu S, Wang H, Fawad M, et al. Pregnancy with multiple high-risk factors: a systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*; 2025. DOI: 10.7189/jogh.15.04027. PMID: 39913559; PMCID: PMC11893144.
21. Blount AJ, Adams CR, Anderson-Berry AL, Hanson C, Schneider K, Pendyala G. Biopsychosocial Factors during the Perinatal Period: Risks, Preventative Factors, and Implications for Healthcare Professionals. *Int J Environ Res Public Health*; 2021. DOI: 10.3390/ijerph18158206. PMID: 34360498; PMCID: PMC8346061.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hospital-based triage of obstetric patients. Committee Opinion No. 667. Washington, DC: ACOG; 2016. Disponível em <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/07/hospital-based-triage-of-obstetric-patients>
23. 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.

24. Yser KL, Lu X, Santillan DA, Santillan MK, Hunter SK, Cahill AG, et al. The association between hospital obstetrical volume and maternal postpartum complications. *Am J Obstet Gynecol* 207, 42; 2012. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22727347/>
25. Hnat MD, Sibai BM, Caritis S, Hauth J, Lindheimer MD, MacPherson C, 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. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11904601/>
26. T. Guimarães, Magalhães A, Veiga A, Fiuza M, Ávila W, Pinto F. Cardiopatia e Gravidez - o estado da arte. *Rev Port Cardiol.*, 38(5):373-383; 2019. Disponível em <https://www.revportcardiol.org/pt-cardiopatia-e-gravidez-o-articulo-S087025511730536X>.
27. Tomé T, Freitas A, Freitas AC, Paz Dias C, Lapa P, Costa, et al. Consenso de neonatologia sobre periviabilidade - Edição n.º1/2025. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia; 2025. Disponível em [Microsoft Word - 251013 Consenso Periviabilidade 2025.doc](#).
28. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy - Green-top Guideline nº21. London: RCOG; 2016. Disponível em <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/diagnosis-and-management-of-ectopic-pregnancy-green-top-guideline-no-21/>
29. PORTUGAL. Portaria n.º 325/2024/1, de 13 de dezembro. Diário da República n.º 242/2024, Série I; 2024. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/325-2024-900079878>.