



outubro de 2021

Ana Vidal¹, Ângela M. Teixeira², M. Luz Loureiro³, Joana Raquel Silva⁴ e Sandra Evangelista⁵

1-Médica Interna de Formação Específica de MGF - ACeS Espinho-Gaia (USF Nova Via)

2-Assistente Graduada de MGF - ACeS Espinho-Gaia (USF Nova Via) / CIMGFZN

3-Assistente Graduada de MGF - ACeS Porto Oriental / CIMGFZN

4-Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia no CHVNGE

5-Enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica - ACeS Espinho-Gaia

Conteúdo

Prefácio	3
Índice de abreviaturas	4
Consulta pré-concepcional	5
Gravidez: 1ª consulta (< 12 semanas)	15
Gravidez: 2ª consulta (14s - 16s+6d)	27
Gravidez: 3ª consulta (antes das 24 semanas)	31
Gravidez: 4ª consulta (entre as 27 e 30 semanas)	35
Gravidez: 5ª consulta (entre as 34 e 35 semanas e 6 dias)	39
Gravidez: 6ª consulta (entre as 36 e 38 semanas)	41
Puerpério: entre a 4ª e 6ª semanas após o parto	44
Referências bibliográficas	50
Anexo 1- Medição da PA	51
Anexo 2- Estratificação de risco e Tromboprofilaxia na gravidez	52

Prefácio

O Manual de Saúde Materna foi pensado de forma a tornar-se um auxiliar prático de organização e orientação das consultas de saúde materna, desde a pré-conceção até à revisão do puerpério.

Pretende-se que seja um auxiliar prático, de leitura e aprendizagem fáceis, essencialmente destinado a quem inicia a sua prática clínica na orientação da parentalidade.

As orientações da Direção Geral da Saúde estão na sua base. São também feitas referências a literatura nacional e internacional, nomeadamente à Organização Mundial de Saúde (OMS), ao *British Medical Journal* (BMJ), ao *Best Practice*, ao *DynaMed*, ao *UpToDate*, ao *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF), à Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, à Sociedade Portuguesa de Contraceção, à *American College of Obstetrics and Gynecology*, à *Royal College of Obstetrics and Gynecology*, entre outros, que nos orientam para o aprofundamento e atualização de conhecimentos se e quando necessário.

Índice de abreviaturas

- ARS: Administração Regional de Saúde
- BSG: Boletim de Saúde da Grávida
- Cm: Centímetros
- DIP: Doença inflamatória pélvica
- DUM: Data da última menstruação
- IMC: Índice de massa corporal
- IST: Infecção sexualmente transmissível
- Kg/m²: Quilogramas por metro quadrado
- PA: Pressão arterial
- PMA: Procriação Medicamente Assistida
- PNV: Programa Nacional de Vacinação
- PTGO: prova de tolerância à glicose oral
- RS: relações sexuais
- SNS: Serviço Nacional de Saúde
- SPA: Substâncias psicoativas
- T: Trimestre
- Tdpa: Vacina combinada do tétano e tosse convulsa
- TEV – tromboembolismo venoso
- ULS: Unidade Local de Saúde
- VIH: Vírus da imunodeficiência humana

Consulta pré-concepcional

S

História clínica: estado de saúde da mulher e do casal e respetivos antecedentes pessoais, familiares e sociais.

1. Identificação

- a. Idade: no sexo feminino, a fertilidade diminui e os riscos de complicações na gravidez aumentam com o avançar da idade, especialmente a partir dos 35 anos ([Optimizing natural fertility in couples planning pregnancy - UpToDate](#));
- b. Naturalidade: em caso de naturais dos distritos de Beja, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Santarém e Setúbal ou imigrante proveniente de países africanos, do subcontinente indiano, de Timor ou do Brasil, consultar rastreio de hemoglobinopatias ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](#));
- c. Escolaridade;
- d. Profissão: indústria de tintas ou madeiras (solventes), agentes químicos como mercúrio, cádmio ou agentes antineoplásicos (farmacêuticas e enfermeiras), exercício excessivo, trabalho físico intenso ou por turnos e stress podem diminuir a fertilidade (<https://nocs.pt/conduta-em-infertilidade-cuidados-saude-primarios/>);
- e. Estado civil.

2. Antecedentes

- a. Antecedentes patológicos: doença cardiovascular, respiratória, neurológica, tiroideia, hepática, renal ou psiquiátrica, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, infeções urinárias de repetição, entre outros;
- b. Doenças da infância, nomeadamente varicela, rubéola, sarampo;
- c. Antecedentes cirúrgicos, nomeadamente cirurgia abdominal ou pélvica, entre outros;
- d. Internamentos e transfusões(datas);
- e. Antecedentes ginecológicos: menarca, coitarca, cataménios, interlúnios, infeção sexualmente transmissível (IST), doença inflamatória pélvica

(DIP) e método contraceptivo;

- f. Antecedentes obstétricos: índice obstétrico; tipo de parto, intercorrências em gravidez anterior (diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal, depressão pós-parto, entre outros);
- g. Grupo sanguíneo e fator Rh;
- h. Programa de vacinação: atualização do Programa Nacional de Vacinação (PNV), dando prioridade à vacinação contra tétano, difteria, rubéola e sarampo; vacinas extra-PNV, quando aplicável;
- i. Rastreamento do cancro do colo do útero (data e resultado);
- j. Alergias;
- k. Animais de estimação: questionar se são alvo de cuidados veterinários regulares, nomeadamente, vacinação e desparasitação; hábitos alimentares;
- l. Antecedentes familiares: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, gemelaridade, doenças genéticas, doenças do tubo neural, neoplasias.

3. Hábitos e estilo de vida

- a. Saúde oral;
- b. Alimentação;
- c. Cafeína: café, chá preto ou chá verde;
- d. Tabaco, incluindo tabagismo passivo em casa, no carro ou no trabalho;
- e. Álcool;
- f. Drogas ilícitas;
- g. Atividade física e tempo sentado;
- h. Medicação: prescrita, não prescrita, esporádica ou produtos naturais;
- i. Sono.

4. Dinâmica familiar

- a. Tipo família: com quem vive;
- b. Fatores de risco familiares: relação do casal, apoio de outros familiares;
- c. Rastreamento de violência nas relações de intimidade (“Existem conflitos familiares que a estejam a preocupar?”; “Têm surgido problemas de relacionamento com o seu companheiro?”; “Sente-se segura na sua

relação?”).

5. Dinâmica social

- a. Fatores de risco social: pobreza, imigração, desemprego, refugiados, condições habitacionais precárias;
- b. Tipo de casa, saneamento, água consumida.

6. História clínica do outro progenitor

- a. Idade: a relação entre a idade e a diminuição da fertilidade no sexo masculino não é tão clara como no sexo feminino; a acumulação de fatores de risco com o aumento da idade pode influenciar de forma importante a fertilidade ([Effect of advanced paternal age on fertility and pregnancy - UpToDate](#));
- b. Naturalidade: em caso de naturais dos distritos de Beja, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Santarém e Setúbal ou imigrante proveniente de países africanos, do subcontinente indiano, de Timor ou do Brasil, consultar o rastreio de hemoglobinopatias ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](#));
- c. Profissão: o aumento da temperatura na região do escroto (trabalho com fornos, cozinheiros, motoristas), as radiações (radioterapeutas) e o contacto com pesticidas (trabalhadores agrícolas), solventes ou outros agentes químicos (pintores, técnicos de laboratório) podem estar associados à diminuição da fertilidade ([norma-n-0032011-de-19012011-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#));
- d. Antecedentes pessoais: gemelaridade, doenças genéticas, doenças do tubo neural, entre outros;
- e. Medicação habitual ou suplementos;
- f. Tabaco;
- g. Consanguinidade;
- h. Antecedentes familiares.



1. Com ou sem acompanhante na consulta
2. Data da última menstruação (DUM)
3. Avaliação antropométrica

- a. Peso;
- b. Altura;
- c. Índice de Massa Corporal (IMC).

4. Exame objetivo

- a. Aspeto geral;
 - b. Sinais vitais;
 - c. Pele e mucosas: pesquisar sinais de anemia ou icterícia;
 - d. Orofaringe: procurar sinais de infeção/inflamação gengival;
 - e. Região cervical: realizar inspeção e palpação da tiroide; pesquisar adenomegalias;
 - f. Auscultação cardíaca e pulmonar;
 - g. Abdómen: pesquisar cicatrizes abdominais, tumefações ou organomegalias;
 - h. Membros inferiores: pesquisar presença de edemas ou sinais de insuficiência venosa periférica ou arterial;
 - i. Exame mamário: observar aspeto dos mamilos, secreções mamilares anómalas; pesquisar tumefações ou adenomegalias;
 - j. Exame ginecológico: procurar sinais de mutilação genital feminina, corrimento anormal, úlceras vulvares; observar aspeto do colo uterino;
 - k. Citologia cervico-vaginal: realizar se o rastreio do cancro do colo do útero não estiver atualizado de acordo com o Plano Nacional Oncológico em vigor;
5. Risco de diabetes *mellitus* tipo 2: calcular após os 18 anos e se não for diabética ([avaliacao.pdf \(spd.pt\)](#)).



P

1. Procedimentos

- a. Atualizar os registos no Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar;
- b. Atualizar os registos no programa informático SClínico nas ferramentas Planeamento Familiar, Ficha Individual, Atividade Física, Tabaco e/ou outros, se aplicável.

2. Educação para a saúde

- a. Saúde oral: recomendar a escovagem dos dentes pelo menos duas vezes por dia (uma das vezes deve ser realizada imediatamente antes de dormir) com escova de dentes que possua filamentos de textura macia e pasta dentífrica com flúor; a substituição da escova de dentes idealmente de três em três meses; a utilização de fita dentária diariamente; a observação frequente dos lábios, dentes, mucosas e língua;; o tratamento da cárie dentária antes de engravidar e a visita regular ao dentista, idealmente uma vez por ano; informar que, durante a gravidez, é emitido um cheque-dentista que permite a realização de três avaliações/tratamentos no dentista e que pode ser utilizado até 60 dias após o parto;
- b. Alimentação: recomendar uma dieta diversificada; fazer várias refeições por dia; beber água; mastigar devagar; evitar alimentos processados ou ricos em gordura, açúcar ou sal; após a interrupção da contraceção, recomendar a evicção de consumo de produtos lácteos não pasteurizados, ovos mal cozinhados, peixe cru (*sushi*) ou mal cozinhado, carnes mal cozinhadas ou não congeladas durante pelo menos 48h antes da confeção; lavar muito bem legumes e frutas consumidos crus para prevenção de toxinfecções alimentares;
- c. Controlo de peso: recomendar a manutenção do IMC entre valores normais (18,5 e 25 quilogramas por metro quadrado (Kg/m²)) e do perímetro abdominal igual ou menor que 80 centímetros (cm);
- d. Atividade física: propor a realização, por semana, de, pelo menos, 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada, ou de, pelo menos, 75 a 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa ou combinação equivalente ([9789240014886-por.pdf \(who.int\)](#));[MANUAL-PROGRAMA-GRAVIDEZ-ATIVA-2021 \(1\).pdf](#));
- e. Sono: recomendar a prática de medidas de higiene do sono, como deitar e acordar mais ou menos à mesma hora diariamente; evitar bebidas com cafeína a partir do final da tarde; praticar exercício físico regular, evitando a sua prática pelo menos 4 horas antes de dormir; criar no

quarto boas condições para o repouso como temperatura adequada, luz reduzida e ausência de ruído; evitar ler, ver televisão ou alimentar-se na cama; fazer refeições ligeiras à noite; evitar comer ou ingerir grandes volumes de líquidos no final do dia;

- f. Café: aconselhar a ingestão máxima de 200 mg de cafeína por dia (equivalente a 2 cafés expresso/dia) como limite máximo seguro na pré-conceção, gravidez e amamentação; alertar que a cafeína, o chocolate, o cacau, o chá e os refrigerantes atravessam a barreira placentária, podendo, por isso, ser prejudiciais para o embrião/feto se consumidos em excesso ([Cuidados pré-natais de rotina - Detalhes | BMJ Best Practice](#)) e [1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf \(apn.org.pt\)](#));
- g. Álcool, tabaco e drogas ilícitas: alertar para os riscos do consumo destas substâncias durante a pré-conceção, gravidez e amamentação; informar que o consumo de bebidas alcoólicas está associado à diminuição da fertilidade; na pré-conceção é recomendada a evicção do consumo de bebidas alcoólicas porque um nível seguro de consumo de álcool pré-natal não está estabelecido ([Optimizing natural fertility in couples planning pregnancy - UpToDate](#));
- h. Cuidados com o sol: recomendar a utilização de proteção solar com fator de proteção superior a 30 nas áreas expostas ao sol e a evicção da exposição solar nas horas de maior índice de radiação ultravioleta ([Cuidados com a pele - SPDV](#));
- i. Animais domésticos: lembrar que deve ser sempre realizada a higienização das mãos após o contacto com animais e que estes devem ser sujeitos a cuidados veterinários regulares; após interrupção da contraceção, e se não houver imunidade ou imunidade desconhecida à toxoplasmose, recomendar a evicção da limpeza do caixote de areia do gato ou atividades de jardinagem ou, se impossível a evicção, usar luvas com posterior higienização das mãos;
- j. Saúde mental: abordar com a mulher a eventual necessidade de acompanhamento em consulta de Psicologia ou Psiquiatria;
- k. Viagens: recomendar a evicção de viagens para países com risco de

infecção pelo vírus Zika, malária ou tuberculose ou, se tal não for possível, fazer recomendações acerca de cuidados na ingestão de água e alimentos e uso de redes mosquiteiras e repelentes de insetos;

- I. Adotar comportamentos seguros, nomeadamente sexuais.

3. Meios complementares de diagnóstico (se possível, deverão ser realizados sempre no mesmo laboratório)

- a. Grupo sanguíneo e fator Rh, se não conhecido;
- b. Hemograma e rastreio de hemoglobinopatias, se aplicável ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](#));
- c. Glicemia em jejum;
- d. Rastreio de sífilis (VDRL), hepatite B (vacinação, se aplicável), vírus da imunodeficiência humana (VIH) (teste rápido, se disponível), serologias da rubéola (IgM e IgG e respetiva vacinação, se aplicável) e da toxoplasmose (IgM e IgG);
- e. Rastreio da Hepatite C, de acordo com a melhor evidência atual (https://www.UpToDate.com/contents/prenatal-care-initial-assessment?search=antenatal%20care&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1);
- f. Ponderar prescrição de serologia para infeção por citomegalovírus, se aplicável ([Prenatal care: Initial assessment - UpToDate](#));
- g. Atualizar o rastreio do cancro do colo do útero se >25 anos, de acordo com o Plano Nacional oncológico em vigor na área da Administração Regional de Saúde/Unidade Local de Saúde respetivas (ARS/ULS).

4. Medicação

- a. Prescrever ácido fólico (a iniciar 2-3 meses antes de suspender a contraceção) 400 mcg/dia = 0,4 mg/dia (ou 5 mg se houver antecedentes familiares ou filho anterior com defeito do tubo neural, ou ainda se existir patologia/terapêutica que diminua a biodisponibilidade do ácido fólico) e manutenção até às 12 semanas de gestação (ou durante toda a gravidez se houver patologia/terapêutica que diminua a biodisponibilidade do ácido fólico). Os potenciais efeitos adversos das doses excessivas e/ou temporalmente desadequadas, reforçam a importância da prescrição de

ácido fólico com a dosagem recomendada de 0,4 mg, disponível no mercado; no entanto, não é compartilhada, até à data da realização deste manual;^{1,2}

- b. Prescrever Iodo (a iniciar 2-3 meses antes de suspender a contraceção) 150-200 mcg/dia e manutenção durante a gravidez e amamentação (se houver patologia da tiroide, a suplementação deve ser isenta de iodo);
- c. Ponderar a necessidade de suplementação nutricional, nomeadamente no caso de vegetarianismo ou em caso de antecedentes de cirurgia bariátrica ([ManualGravidez_Final-3Março2021.pdf \(nutrimento.pt\)](#));
- d. Verificar se existe medicação contraindicada na gravidez;
- e. Trocar anti-hipertensor contraindicado na gravidez por nifedipina de ação prolongada 30-90 mg/dia (máximo 120mg/dia) 1 x dia ou para metildopa 500-2000 mg/dia (máximo 3000 mg/dia) 2 x dia a 3 x dia em caso de hipertensão arterial crónica ([Chronic hypertension in pregnancy: Preconception, pregnancy, and postpartum issues and management - UpToDate](#));
- f. Descontinuar as benzodiazepinas e fazer transição para antidepressivo seguro na gravidez/amamentação, como a sertralina, se houver ansiedade/depressão (<http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2015/11/Terap%C3%AAautica-Farmacol%C3%B3gica-da-Depress%C3%A3o-major-e-da-sua-Recorr%C3%Aancia-no-Adulto.pdf>).

5. Vacinação

- a. Atualização do PNV e sugerir vacinas extra-PNV, se aplicável;
- b. Se tiver sido sujeita a vacinação contra a rubéola, a gravidez está desaconselhada por um período de 3 meses ([SAÚDE REPRODUTIVA 11 \(nocs.pt\)](#)). O UpToDate e o BMJ referem apenas o período de 1 mês.

6. Ponderar referência

- a. Consulta pré-concepcional hospitalar em caso de fatores de risco identificados de acordo com a Unidade Coordenadora Funcional – por exemplo, na presença de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doença renal ou tiroideia, hemoglobinopatia, artrite reumatoide, epilepsia, tuberculose, asma, depressão, doença bipolar, esquizofrenia, episódio

- anterior de tromboembolismo ou outros que possam afetar a gravidez;
- b. Consulta de Oftalmologia, no caso de mulher com diabetes; a mulher grávida, ou a planear engravidar, deve ser observada por Oftalmologia, no âmbito da vigilância da retinopatia diabética antes da gravidez, ou no máximo durante o 1º trimestre ([norma-n-0162018-de-13092018-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#));
 - c. Consulta de cessação tabágica ou consulta especializada no caso de consumos de álcool ou outras substâncias psicoativas (SPA);
 - d. Consulta de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários, se disponível, no caso de patologia psiquiátrica ou labilidade emocional;
 - e. Consulta de Nutrição, em caso de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, vegetarianismo, IMC anormal ou antecedentes de cirurgia bariátrica;
 - f. Consulta de Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários, se aplicável e quando disponível;
 - g. Consulta com assistente social, se aplicável;
 - h. Unidade de Cuidados na Comunidade, se aplicável;
 - i. Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos e Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco, se aplicável.

7. Agendamento da próxima consulta

8. Após cerca de 1 mês (incentivando a presença do casal)

- a. Realizar a consulta pré-concecional do outro progenitor, se aplicável;
- b. Avaliar comunicação e relação do casal e averiguar possibilidade de violência física ou psicológica no relacionamento;
- c. Avaliar resultados de exames solicitados;
- d. Suspender a contraceção, se oportuno para o casal e se sem contraindicações;
- e. Recomendar iniciar relações sexuais regulares, em dias alternados, e desprotegidas após 2 – 3 meses do início dos suplementos vitamínicos;
- f. Explicar o significado de período fértil e como identificá-lo ([Optimizing natural fertility in couples planning pregnancy - UpToDate](#));
- g. Instruir a fazer o registo da data das menstruações;
- h. Gerir expectativas quanto à duração do período até à conceção;

- i. Reforçar vantagens da vigilância pré-natal precoce;
- j. Explicar os riscos de tomar medicação sem prescrição médica;
- k. Recomendar a adoção de comportamentos sexuais seguros;
- l. Aconselhar a realização de teste imunológico de gravidez após uma semana de “falta de menstruação”, ou seja, após 5 semanas de amenorreia e agendar consulta;
- m. Ponderar estudo de infertilidade e referência para consulta hospitalar de infertilidade se houver ausência de gravidez após 12 meses de relações sexuais (RS) sem contraceção, ou após 6 meses, se mais de 35 anos e/ou fatores de risco para infertilidade ([norma-n-0032011-de-19012011-pdf.aspx \(dgs.pt\)](https://dgs.pt/norma-n-0032011-de-19012011-pdf.aspx)).

9. Comunicação com o casal

- a. Esclarecer dúvidas e receios e gerir expectativas;
- b. Assegurar que a informação transmitida foi bem compreendida;
- c. Mostrar disponibilidade para manter a vigilância periódica, sempre que surgir episódio agudo e para o esclarecimento de dúvidas.

Gravidez: 1ª consulta (< 12 semanas)

S

Rever informação da consulta pré-concepcional

História clínica: conhecer o estado de saúde da mulher e do casal e respetivos antecedentes pessoais, familiares e sociais.

1. Identificação

- a. Idade: os riscos de complicações na gravidez aumentam com o avançar da idade, especialmente a partir dos 35 anos ([Optimizing natural fertility in couples planning pregnancy - UpToDate](#));
- b. Naturalidade: em caso de naturais dos distritos de Beja, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Santarém e Setúbal ou imigrante proveniente de países africanos, do subcontinente indiano, de Timor ou do Brasil, consultar, abaixo, rastreio de hemoglobinopatias ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](#));
- c. Escolaridade;
- d. Profissão: trabalho noturno ou exposição a riscos específicos que possam prejudicar a sua segurança e saúde;
- e. Estado civil.

2. Antecedentes

- a. Antecedentes patológicos: doença cardiovascular, respiratória, neurológica, tiroideia, hepática, renal ou psiquiátrica, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, infeções urinárias de repetição, entre outros;
- b. Doenças da infância, nomeadamente varicela, rubéola, sarampo;
- c. Antecedentes cirúrgicos, nomeadamente cirurgia abdominal ou pélvica, entre outros;
- d. Internamentos e transfusões (datas);
- e. Antecedentes ginecológicos: menarca, coitarca, cataménios, interlúnios, IST, DIP e método contraceutivo;
- f. Antecedentes obstétricos: índice obstétrico; tipo de parto; intercorrências em gravidez anterior (diabetes gestacional, pré-

eclâmpsia, restrição de crescimento fetal, depressão pós-parto, entre outros);

- g. Grupo sanguíneo e fator Rh;
- h. Programa de vacinação: atualização do PNV: dar prioridade à vacinação contra tétano, difteria e tosse convulsa; vacinas extra-PNV, quando aplicável;
- i. Rastreamento do cancro do colo do útero: data e resultado;
- j. Alergias;
- k. Animais de estimação: questionar se são sujeitos a cuidados veterinários regulares, nomeadamente vacinação e desparasitação ;hábitos alimentares;
- l. Viagens recentes, nomeadamente nos últimos 6 meses;
- m. Antecedentes familiares: diabetes, hipertensão arterial, gemelaridade, doenças genéticas, doenças tubo neural, neoplasias.

3. Hábitos e estilo de vida

- a. Saúde oral
- b. Alimentação;
- c. Cafeína;
- d. Tabaco, incluindo tabagismo passivo em casa, no carro ou no trabalho;
- e. Álcool;
- f. Drogas ilícitas;
- g. Atividade física e tempo sentada;
- h. Medicação: prescrita, não prescrita, esporádica ou produtos naturais;
- i. Sono.

4. Dinâmica familiar

- a. Tipo família: com quem vive;
- b. Fatores de risco familiares: relação do casal, apoio de outros familiares;
- c. Rastreamento de violência nas relações de intimidade (“Existem conflitos familiares que a estejam a preocupar?”; “Têm surgido problemas de relacionamento com o seu companheiro?”; “Sente-se segura na sua relação?”).

5. Dinâmica social

- a. Fatores de risco social: pobreza, imigração, desemprego, refugiados, condições habitacionais precárias;
- b. Tipo de casa, saneamento, água consumida.

6. História clínica do outro progenitor

- a. Idade;
- b. Naturalidade: em caso de naturais dos distritos de Beja, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Santarém e Setúbal, ou de imigrante proveniente de países africanos, do subcontinente indiano, de Timor ou do Brasil, consultar rastreio de hemoglobinopatias ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](http://dgs.pt));
- c. Profissão;
- d. Antecedentes pessoais: gemelaridade, doenças genéticas, doenças do tubo neural, entre outros;
- e. Medicação habitual ou suplementos;
- f. Tabaco;
- g. Consanguinidade;
- h. Antecedentes familiares: gemelaridade, doenças genéticas, doenças do tubo neural, entre outros.

7. Gravidez atual

- a. Avaliação da motivação e adaptação pessoal e familiar para o estado de gravidez (desejada/planeada/não aceite);
- b. DUM;
- c. Data do teste imunológico de gravidez ;
- d. Consulta pré-conceção: sim/não;
- e. Suplementos: quais e duração;
- f. Medicação;
- g. Queixas e intercorrências.



- 1. Com ou sem acompanhante na consulta**
- 2. Data da última menstruação (DUM)**
- 3. Avaliação antropométrica**
 - a. Peso;

- b. Altura;
- c. IMC;
- d. Ganho ponderal ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](#) - página 40)

4. Exame objetivo

- a. Aspeto geral;
 - b. Sinais vitais: medição da pressão arterial (PA) (Anexo 1);
 - c. Pele e mucosas: pesquisar sinais de anemia, icterícia, desidratação;
 - d. Orofaringe: procurar sinais de infeção/inflamação gengival;
 - e. Região cervical: inspeção e palpação da tiroide; pesquisa de adenomegalias;
 - f. Auscultação cardíaca e pulmonar;
 - g. Abdómen: pesquisar cicatrizes abdominais, tumefações ou organomegalias;
 - h. Membros inferiores: pesquisar presença de edemas e sinais de insuficiência venosa periférica ou arterial;
 - i. Exame mamário: observar aspeto dos mamilos, secreções mamilares anómalas; pesquisar tumefações ou adenomegalias;
 - j. Exame ginecológico: procurar sinais de mutilação genital feminina, corrimento anormal, úlceras vulvares ou alterações do colo uterino;
 - k. Realizar a citologia cervico-vaginal se o rastreio do cancro do colo do útero não estiver atualizado de acordo com Plano Nacional Oncológico em vigor;
5. Realizar análise de urina com recurso a tira teste urinária;
6. Calcular o risco de diabetes *mellitus* tipo 2, após os 18 anos e se não for diabética ([avaliacao.pdf \(spd.pt\)](#))
7. Calcular a idade gestacional e a data provável do parto ; quando a gravidez resulta de técnicas de Procriação Medicamente Assistida a idade gestacional deve ser calculada utilizando a idade do embrião (no dia da transferência) e a data da transferência intrauterina ([Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco 2015 - Normas de Orientação Clínica \(nocs.pt\)](#));
8. Calcular o risco na gravidez recorrendo à Tabela de Goodwin modificada ([miolo_DGS 8P_5 Setembro_16.indd](#)) - página 107.

P

1. Procedimentos

- a. Preencher e oferecer à grávida o Boletim de Saúde da Grávida (BSG); anexar folha destacável do Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar; anexar a Calculadora da Gravidez versão 3 - MGFamiliar https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.mgfamiliar.net%2Fwp-content%2Fuploads%2FCalc_Gravidez_v3-1.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK; Recomendar à grávida que se faça sempre acompanhar do BSG e que o guarde após a gravidez, pois pode ter utilidade numa gravidez futura;
- b. Atualizar os registos no programa informático SClínico nas ferramentas Saúde Materna, Ficha Individual, Atividade Física, Tabaco e/ou outros se aplicável;
- c. Redigir declaração para que a grávida possa ter acesso a subsídio por riscos específicos se o seu emprego coloca em risco a sua saúde e segurança devido a exposição a certos agentes, processos ou condições de trabalho, ou à realização de trabalho noturno https://www.seg-social.pt/documents/10152/14981/3014_subsidio_riscos_especificos/4ac53ecd-7a22-4594-be65-4a46ab03e764;
- d. Confirmar os dados de contacto da grávida;
- e. Assegurar que a grávida tem os contactos dos serviços de saúde mais próximos e, se necessário, registá-los no BSG.

2. Educação para a saúde (com entrega de informação escrita)

- a. Orientar para a pesquisa e leitura de fontes oficiais de informação (por exemplo, [Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](http://dgs.pt) , [METIS \(up.pt\)](http://metis.up.pt); [Home | Janela Aberta à Família \(min-saude.pt\)](http://min-saude.pt));
- b. Explicar a periodicidade das consultas e dos exames recomendados durante a gravidez;
- c. Informar sobre possíveis desconfortos da gravidez, disponibilizando soluções práticas para evitar automedicação ou atitudes que possam não ser seguras;

- d. Informar sobre sinais de alerta na gravidez;
- e. Informar a grávida com grupo sanguíneo Rh D negativo que, em caso de qualquer evento com risco de hemorragia feto-materna, deve ser administrada a imunoglobulina anti-D até 72 horas;
- f. Informar sobre a possibilidade de participar em curso de preparação para o parto e parentalidade, a partir do 3º trimestre;
- g. Saúde oral: recomendar a escovagem dos dentes pelo menos duas vezes por dia (uma das vezes deve ser realizada imediatamente antes de dormir) com escova de dentes com filamentos de textura macia e pasta dentífrica com flúor; a substituição da escova idealmente de três em três meses; a utilização de fita dentária diariamente; a observação frequente dos lábios, dentes, mucosas e língua; a visita regular ao dentista, idealmente uma vez por ano; informar que, durante a gravidez, é emitido um cheque-dentista que permite a realização de três avaliações/tratamentos no dentista e que pode ser utilizado até 60 dias após o parto;
- h. Alimentação: recomendar uma dieta diversificada, fazer várias refeições por dia, mastigar devagar, evitar alimentos processados ou ricos em gordura, açúcar ou sal; beber água (pelo menos cerca de 1,5 litros/dia); lavar muito bem legumes e frutas consumidos crus para prevenção de toxinfecções alimentares ([PNPAS aconselhamentobreve-.pdf \(nutrimento.pt\)](#)); recomendar a evicção de consumo de produtos lácteos não pasteurizados, ovos mal cozinhados, peixe cru (*sushi*) ou mal cozinhado, carnes mal cozinhadas ou não congeladas durante pelo menos 48h antes da confeção;
- i. Controlo de peso: recomendar o aumento gradual e adequado ao longo da gravidez e que depende do IMC antes da gravidez ([miolo_DGS 8P_5 Setembro_16.indd -página 40](#)). Em mulheres com IMC baixo e que aumentam pouco durante a gravidez, o risco de um recém-nascido com baixo peso à nascença, parto pré-termo e partos pré-termo recorrentes aumenta. Por outro lado, em mulheres com IMC acima do normal, o risco de um recém-nascido grande para a idade gestacional, parto pós-termo

e diabetes gestacional aumenta;

- j. Atividade física: recomendar a prática de, pelo menos, 150 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade, ao longo da semana, incorporando exercícios de fortalecimento e alongamento muscular e evitando exercícios de impacto ou sujeitos a quedas ou traumatismos; informar que mulheres que antes da gravidez estavam habitualmente envolvidas em atividades aeróbicas de vigorosa intensidade, ou aquelas que eram fisicamente ativas, podem continuar essas atividades durante a gravidez e no pós-parto ([9789240014886-por.pdf \(who.int\)](#));
- k. Abordar a importância dos exercícios de Kegel ⁴;
- l. Sono: recomendar a prática de medidas de higiene do sono, como deitar e acordar mais ou menos à mesma hora diariamente; evitar bebidas com cafeína a partir do final da tarde; praticar exercício físico regular evitando a sua prática pelo menos 4 horas antes de dormir; criar no quarto boas condições para o repouso como temperatura adequada, luz reduzida e ausência de ruído; evitar ler, ver televisão ou alimentar-se na cama; fazer refeições ligeiras à noite e evitar comer próximo da hora de dormir;
- m. Café: aconselhar a ingestão máxima de 200 mg de cafeína por dia (equivalente a 2 cafés expresso/dia) como limite máximo seguro na gravidez e amamentação; alertar que a cafeína, o chocolate, o cacau, o chá e os refrigerantes atravessam a barreira placentária podendo, por isso, ser prejudiciais para o embrião/feto se consumidos em excesso ([Cuidados pré-natais de rotina - Detalhes | BMJ Best Practice](#)) e [1000 DIAS EBOOK-2706.pdf \(apn.org.pt\)](#));
- n. Tabaco, álcool, drogas ilícitas: recomendar evicção completa; alertar para os riscos do consumo destas substâncias durante a gravidez e amamentação;
- o. Cuidados com o sol: recomendar a utilização de proteção solar com fator de proteção superior a 30 nas áreas expostas ao sol e a evicção da exposição solar nas horas de maior índice de radiação ultravioleta ([Cuidados com a pele - SPDV](#));
- p. Animais domésticos: lembrar que deve ser sempre realizada a

higienização das mãos após o contacto com animais e que estes devem ser sujeitos a cuidados veterinários regulares; recomendar, quando não houver imunidade ou em caso de imunidade desconhecida à toxoplasmose, a evicção da limpeza do caixote de areia do gato ou atividades de jardinagem ou, em alternativa, a utilização de luvas com posterior higienização das mãos;

- q. Saúde mental: conversar com a mulher sobre a eventual necessidade de acompanhamento em consulta de Psicologia ou Psiquiatria ou o início/otimização da terapêutica psiquiátrica;
- r. Viagens: recomendar a evicção de viagens para países com risco de infeção pelo vírus Zika, malária ou tuberculose ou, se não for possível, fazer recomendações acerca de cuidados na ingestão de água e alimentos e uso de redes mosquiteiras e repelentes de insetos; ponderar referenciação para a consulta do viajante;
- s. Alertar para a importância de comportamentos sexuais seguros;
- t. Informar acerca de medidas preventivas contra infeções ([Prenatal care: Patient education, health promotion, and safety of commonly used drugs - UpToDate](#));
- u. Condução segura: alertar para a importância do uso de cinto de segurança em todas as viagens de carro, explicando que este deve passar pela zona do esterno e pelos ossos da bacia, para evitar pressão sobre o abdómen; avisar que, em caso de acidente, deve procurar orientação médica ([Gravidez e dicas de condução \(fundacionmapfre.org\)](#)).

3. Meios complementares de diagnósticos (Página 41 [Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](#))

- a. Grupo Sanguíneo e fator Rh;
- b. Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto);
- c. Hemograma completo e rastreios de hemoglobinopatias;
- d. Glicémia em jejum;
- e. Rastreio de sífilis (VDRL), hepatite B (antigénio HBs; vacinação, se aplicável), VIH (teste rápido, se disponível), serologias da rubéola (IgM e IgG, se desconhecida ou não imune na pré-conceção) e da toxoplasmose

- (IgM e IgG);
- f. Pesquisa da Infecção por citomegalovírus (IgM e IgG), se aplicável ([Prenatal care: Initial assessment - UpToDate](#));
 - g. Rastreamento da Hepatite C (anticorpo anti-HCV), de acordo com a melhor evidência atual ([Prenatal care: Initial assessment - UpToDate](#));
 - a. Ponderar prescrição de doseamento de ferritina no 1º trimestre ([Norma-Anemia-na-Gravidez-e-no-Puerpério.pdf \(spommf.pt\)](#) e [Prenatal care: Initial assessment - UpToDate](#));
 - h. Urocultura com eventual teste de suscetibilidade a antibióticos;
 - i. Rastreamento do cancro do colo do útero: se >25 anos, de acordo com o Plano Nacional oncológico em vigor na área da Administração Regional de Saúde/Unidade Local de Saúde respetivas (ARS/ULS);
 - j. Ecografia para datação precoce da gravidez: prescrever sempre que existam razões para duvidar da idade cronológica ou impossibilidade de a calcular.

4. Medicação

- a. Prescrever ácido fólico 400mcg/dia = 0,4 mg/dia (ou 5 mg em caso e antecedentes familiares ou filho anterior com defeito do tubo neural, ou se houver patologia/terapêutica que diminua a biodisponibilidade do ácido fólico) e manutenção até às 12 semanas de gestação (ou durante toda a gravidez se houver patologia/terapêutica que diminua a biodisponibilidade do ácido fólico). Os potenciais efeitos adversos das doses excessivas e/ou temporalmente desadequadas reforçam a importância da prescrição de ácido fólico com a dosagem recomendada de 0,4 mg, disponível no mercado; no entanto, não é comparticipada, até à data da realização deste manual^{1,2};
- b. Prescrever iodo 150-200 mcg/dia e manter durante a gravidez e amamentação (se houver patologia da tiroide, a suplementação deve ser isenta de iodo);
- c. Ponderar a necessidade de outra suplementação, nomeadamente no caso de vegetarianismo ou de antecedentes de cirurgia bariátrica ([ManualGravidez_Final-3Março2021.pdf \(nutrimento.pt\)](#));

- d. Aconselhar paracetamol 1000 mg de 8-8 horas, em SOS, se febre ou dor;
- e. Ponderar prescrever doxilamina 10 mg + Dicloverina 10 mg + Piridoxina 10 mg 1+1+2, em SOS, em caso de náuseas;
- f. Trocar anti hipertensor contraindicado na gravidez por nifedipina de ação prolongada 30-90 mg/dia (máximo 120mg/dia) 1 x dia ou para metildopa 500 - 2000 mg/dia (máximo 3000 mg/dia) 2 x dia a 3 x dia se hipertensão arterial crónica.
- g. Descontinuar as benzodiazepinas e fazer transição para antidepressivo seguro na gravidez/amamentação, como a sertralina, em caso de perturbação ansiosa /depressiva;
- h. Iniciar aspirina profilática 100-150 mg/dia à noite, após as 10 semanas e, idealmente, antes das 16 semanas para prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão arterial ou outros fatores de risco major para pré-eclâmpsia³;
- i. Iniciar tromboprofilaxia com enoxaparina, em caso de risco tromboembólico (Anexo 2);
- j. Minimizar o número de medicamentos prescritos, limitando o seu uso para situações em que o benefício supera claramente o risco; escolher medicamentos com bom perfil de segurança e usar a menor dose e a menor duração possíveis; os medicamentos mais antigos com bons registos de segurança são, geralmente, preferíveis a medicamentos mais recentes, devido ao número mais reduzido de dados relativos ao seu uso durante a gravidez/amamentação;
- k. Confirmar segurança da medicação na gravidez([Avisos de gravidez e amamentação de Drugs.com](#); [Medicação em gravidez e amamentação | SafeFetus.com](#))

5. Vacinação

- a. Verificar se o PNV está atualizado;
- b. As vacinas vivas estão contraindicadas durante a gravidez (sarampo, parotidite epidémica e rubéola e tuberculose (BCG); a grávida não imunizada para a rubéola deve ser aconselhada a evitar o contacto com pessoas doentes, cujo diagnóstico não foi seguramente estabelecido

[\(Vacinação na Gravidez - METIS \(up.pt\)\).](#)

6. Ponderar referenciação

- a. Emitir o cheque dentista, em caso de gravidez seguida no Serviço Nacional de Saúde;
- b. Consulta hospitalar de Obstetrícia, em caso de fatores de risco identificados de acordo com a Unidade Coordenadora Funcional – por exemplo, na presença de diabetes, hipertensão arterial, doença renal ou tiroideia, hemoglobinopatia, artrite reumatóide, epilepsia, tuberculose, asma, depressão, doença bipolar, esquizofrenia, episódio anterior de tromboembolismo, doença infecciosa na gravidez (COVID-19, varicela, rubéola, toxoplasmose), ou outros que possam afetar a gravidez;
- c. Referenciar para rastreio combinado de aneuploidias do 1º trimestre: o risco de trissomias 13, 18 e 21 é calculado tendo em conta a idade materna, a idade gestacional, os níveis dos marcadores bioquímicos no sangue entre as 9 e as 13 semanas + 6 dias de gravidez (doseamento de B-hCG livre e PAPP-A) e os resultados dos marcadores ecográficos obtidos entre as 11 e as 13 semanas + 6 dias de gravidez (medição da translucência da nuca e presença de ossos do nariz);
- d. Referenciar para rastreio da pré-eclâmpsia no 1º trimestre (de acordo com as unidades coordenadoras funcionais);
- e. Consulta de Oftalmologia no caso de mulher com diabetes: a mulher grávida deve ser observada por Oftalmologia, no âmbito da vigilância da retinopatia diabética, antes da gravidez ou, no máximo, durante o 1º trimestre ([norma-n-0162018-de-13092018-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#));
- f. Encaminhar para o Serviço de Urgência todas as situações agudas ou consideradas potencialmente graves;
- j. Consulta de cessação tabágica ou consulta especializada no caso de consumos de álcool ou outras SPA;
- k. Consulta de Psicologia, em caso de patologia psiquiátrica ou labilidade emocional;
- l. Consulta de Nutrição, se houver diabetes, hipertensão, vegetarianismo, IMC anormal ou antecedentes de cirurgia bariátrica;

- m. Consulta com assistente social ou Unidade de Cuidados na Comunidade, se aplicável;
- n. Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos e Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco, se aplicável;

7. Marcar próxima consulta após 4 - 6 semanas

- a. Relembrar sinais de alerta que devem motivar avaliação médica urgente, verificando se a utente/casal compreendeu/compreenderam;
- b. Esclarecer dúvidas e receios e gerir expectativas;
- c. Assegurar que a informação transmitida foi bem compreendida;
- d. Mostrar disponibilidade para manter a vigilância periódica e para contacto em situação de preocupação ou dúvidas.

Gravidez: 2ª consulta (14s – 16s+6d)

S

1. Questionar queixas/intercorrências desde a consulta anterior;
2. Verificar medicação/suplementação atual;
3. Averiguar a existência de sinais de ansiedade (ambivalência, insegurança) ou de depressão (tristeza invasiva/desespero/crises de choro/ideação suicida);
4. Questionar o consumo de tabaco, álcool e outras SPA;
5. Questionar a prática de atividade física, alimentação e hidratação;
6. Rastrear a violência nas relações de intimidade;

O

- 1. Com ou sem acompanhante na consulta**
- 2. Avaliação antropométrica**
 - a. Peso;
 - b. Ganho ponderal ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](http://Direção-Geral da Saúde (dgs.pt))) - página 40
 - c. Altura uterina: a idade gestacional pode ser estimada de forma aproximada, a partir da altura uterina, usando a seguinte fórmula:
altura uterina (cm) = semanas de gravidez + 3.
- 3. Exame objetivo**
 - a. Aspeto geral;
 - b. Sinais vitais: medição da PA (Anexo 1);
 - c. Exame objetivo para investigar a presença de sinais de anemia, edemas, aumento rápido de peso;
 - d. Exame ginecológico, se indicado: procurar sinais de corrimento anormal, úlceras vulvares ou alterações do colo uterino;
 - e. Auscultar o foco cardíaco fetal: a partir das 12-14 semanas de gravidez, recorrendo a ecodoppler fetal (valores de frequência cardíaca fetal normais entre 110-160 bpm);
4. Realizar a citologia cérvico-vaginal se o rastreio do cancro do colo do útero não estiver atualizado de acordo com o Plano Nacional Oncológico em vigor;

5. Realizar análise de urina com recurso a tira teste urinária;
6. Verificar a idade gestacional corrigida e a data prevista do parto corrigida: a idade gestacional deve ser revista com os dados da ecografia do 1º trimestre (11-13 semanas e 6 dias); quando o cálculo da idade gestacional é feito desta forma, mantém-se inalterável ao longo de toda a gravidez.
 - a. Nas situações em que a vigilância da gravidez se inicie após as 12 semanas, a datação da gravidez deve basear-se nos dados da história clínica (padrão menstrual habitual e altura uterina) e nos dados ecográficos (biometrias fetais) para cálculo da idade gestacional;
7. Reavaliar os fatores de risco pré-natal e do risco na gravidez, recorrendo à tabela de Goodwin modificada e aos protocolos de referência das respetivas unidades funcionais ([miolo_DGS 8P_5 Setembro_16.indd](#)) - página 107.

P

1. Procedimentos

- a. Preencher o BSG e atualizar os registos informáticos;
- b. Emitir a certificação do tempo médico de gravidez ([GF 44 2012 \(20 mar 2012\) www.pmd \(seg-social.pt\)](#)) a partir das 13 semanas, para subsídio pré-natal, se aplicável ([be92e863-d48e-4bf3-9c2f-db5e591e7bc5 \(seg-social.pt\)](#)).

2. Educação para a saúde

- a. Informar sobre estilos de vida saudável;
- b. Esclarecer sobre a fisiologia da gravidez e possíveis desconfortos do 2ºT e crescimento e movimentos fetais;
- c. Recomendar a profilaxia da insuficiência venosa, cuidados a ter com a pele ([Cuidar da higiene | Janela Aberta à Família \(min-saude.pt\)](#)) e vestuário ([Janela Aberta à Família \(min-saude.pt\)](#));
- d. Informar sobre a legislação na gravidez (atividade laboral, direitos na gravidez, abono de família pré-natal) - consultar [www.cite.gov.pt](#).
- e. Advertir acerca de sinais de alerta de abortamento;
- f. Elucidar sobre o Diagnóstico Pré-natal, se aplicável.

3. Meios complementares de diagnóstico

- a. Ecografia do 2º trimestre (entre as 20 e as 22 semanas);
- b. Serologia para rubéola, se não imune (entre as 18 e as 20 semanas);
- c. Pesquisa de hemoglobinopatias no casal se valor de hemoglobina estiver alterado e/ou microcitose ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](#));
- d. Se o VDRL for reativo, a prova deverá ser quantificada (titulação de reaginas) e confirmada por uma prova serológica treponémica.

4. Medicação

- a. Confirmar a suplementação com iodo 200 mcg e aconselhar a sua manutenção durante a gravidez e amamentação exclusiva;
- b. Suspender a suplementação de ácido fólico se não houver indicação para a sua continuação (patologia/terapêutica que diminua a biodisponibilidade do ácido fólico);
- c. Ponderar ferro em dose profilática 30-60mg/dia, se ferritina inferior a 30 ng/mL([Norma-Anemia-na-Gravidez-e-no-Puerpério.pdf \(spommf.pt\)](#) e [Prenatal care: Initial assessment - UpToDate](#)); ferro em dose terapêutica 150-200mg/dia, em caso de anemia ferropénica; Avisar sobre possíveis efeitos laterais :náuseas, dor epigástrica, obstipação ou diarreia e fezes escuras;
- d. Aconselhar paracetamol 1000 mg de 8-8 horas, em SOS, em caso de febre ou dor;
- e. Ponderar doxilamina 10 mg + Dicloverina 10 mg + Piridoxina 10 mg 1+1+2, em SOS, em caso de náuseas;
- f. Confirmar segurança da medicação na gravidez([Novas categorias de gravidez da FDA explicadas - Drugs.com](#) e <https://www.safefetus.com/>).

5. Vacinação

- a. Administrar vacina da gripe sazonal: a partir das 12 semanas.

6. Ponderar referenciação

- a. Consulta de Obstetrícia hospitalar, se o início da vigilância da gravidez ocorrer após as 12 semanas ou se existir algum fator de risco associado à gravidez de acordo com a tabela de Goodwin modificada ([miolo_DGS_8P_5_Setembro_16.indd](#)) - página 107, ou com os protocolos de referenciação da unidade funcional respetiva;

- b. Diagnóstico pré-natal, em caso de risco aumentado para trissomia 13, 18 e/ou 21;
- c. Serviço de Urgência em todas as situações agudas ou consideradas potencialmente graves;
- d. Referenciar à consulta de cessação tabágica, psicologia, assistente social ou Unidade de Cuidados na Comunidade, se necessário;
- o. Referenciar a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos;
- p. Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos e Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco, se aplicável;

7. Marcar consulta após 4-6 semanas

Gravidez: 3ª consulta (antes das 24 semanas)

S

1. Questionar queixas/intercorrências desde a consulta anterior;
2. Questionar a percepção dos movimentos fetais a partir das 18 semanas de gravidez;
3. Verificar medicação/suplementação atual;
4. Averiguar efeitos laterais do ferro (náuseas, dor epigástrica, obstipação ou diarreia e fezes escuras), no caso de estar medicada;
5. Averiguar a existência de sinais de ansiedade (ambivalência, insegurança) ou de depressão (tristeza invasiva/desespero/crises de choro/ideação suicida);
6. Questionar sobre o consumo de tabaco, álcool e outras SPA;
7. Questionar sobre a prática de atividade física, alimentação e hidratação;
8. Rastrear a violência nas relações de intimidade;

O

1. **Com ou sem acompanhante na consulta**
2. **Avaliação antropométrica**
 - a. Peso;
 - b. Ganho ponderal ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](http://Direção-Geral da Saúde (dgs.pt)) - página 40);
 - c. Altura uterina: a idade gestacional pode ser estimada de forma aproximada, a partir da altura uterina, usando a seguinte fórmula:
altura uterina (cm) = semanas de gravidez + 3.
3. **Exame objetivo**
 - a. Aspeto geral;
 - b. Sinais vitais: medição da PA (Anexo 4);
 - c. Exame objetivo, para investigação de presença de sinais de anemia, edemas, aumento rápido de peso;
 - d. Exame ginecológico, quando aplicável;
 - e. Auscultar o foco cardíaco fetal, recorrendo a ecodoppler fetal (valores de frequência cardíaca fetal normais entre 110-160 bpm);
4. Realizar análise de urina com recurso a tira teste urinária;

5. Reavaliar os fatores de risco pré-natal e do risco na gravidez, recorrendo à tabela de Goodwin modificada e aos protocolos de referência das respetivas unidades funcionais ([miolo_DGS 8P_5 Setembro_16.indd](#)) - página 107.

P**1. Procedimentos**

- a. Preencher o BSG e atualizar os registos informáticos;
- b. Pedir consentimento informado para a administração da imunoglobulina anti-D, se aplicável ([Profilaxia da Isoimunização Rh – Normas de Orientação Clínica \(nocs.pt\)](#));
- c. Requisitar a Imunoglobulina anti-D à farmácia da ARS/ULS; preencher o impresso modelo n. º1804 de Imprensa Nacional, conforme Despacho n. º1051/2000.

2. Educação para a saúde

- a. Informar sobre estilos de vida saudável;
- b. Abordar a profilaxia da isoimunização Rh se aplicável; nas grávidas Rh negativo, avisar que devem ser administradas 300 mcg Ig anti-D às 28 semanas; quando a imunoglobulina é administrada previamente (após técnicas invasivas de diagnóstico, terapêutica fetal ou por metrorragias, por exemplo), a profilaxia deve ser repetida 12 semanas após a primeira administração, não sendo, no entanto, necessário fazê-lo antes das 28 semanas de gestação; após a administração de imunoglobulina, não se deve repetir a prova de Coombs, que virá sempre positiva. ([Profilaxia da Isoimunização Rh - Normas de Orientação Clínica \(nocs.pt\)](#));
- c. Avisar sobre sinais de alerta e de parto pré-termo.

3. Meios complementares de diagnóstico

- a. Prescrever estudo analítico do 2º trimestre (entre 24-28 sem): hemograma; prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g glicose oral (0h, 1h e 2h), se aplicável; serologia da toxoplasmose – IgG e IgM se não imune; teste de Coombs indireto;
- b. Ponderar prescrição de doseamento de ferritina no 2º trimestre ([Norma-Anemia-na-Gravidez-e-no-Puerpério.pdf \(spommf.pt\)](#) e [Prenatal care:](#)

[Initial assessment - UpToDate](#));

4. Medicamentos

- a. Confirmar utilização de suplementação de iodo 200 mcg durante a gravidez e aconselhar a sua manutenção;
- b. Ponderar ferro em dose profilática 30-60mg/dia, se ferritina inferior a 30 ng/mL([Norma-Anemia-na-Gravidez-e-no-Puerpério.pdf \(spommf.pt\)](#) e [Prenatal care: Initial assessment - UpToDate](#)); ferro em dose terapêutica 150-200mg/dia, em caso de anemia ferropénica;

5. Vacinação

- a. Administrar vacina da tosse convulsa + tétano + difteria (Tdpa), entre as 20 e as 36 semanas de gestação, após ecografia morfológica, idealmente até às 32 semanas;
- b. Administrar vacina da Covid-19: na situação pandémica, recomenda-se a vacinação da grávida a partir das 21 semanas de gestação, após a realização da ecografia morfológica; no entanto, não existe idade gestacional limite para o início da vacinação; caso seja iniciado o esquema vacinal sem conhecimento prévio da situação de gravidez, o mesmo deve ser completado no intervalo recomendado independentemente da idade gestacional e da realização da ecografia morfológica; na situação da grávida, deve ser respeitado um intervalo mínimo de 14 dias em relação à administração de outras vacinas, tais como a vacina contra a tosse convulsa (Tdpa) e a vacina contra a gripe; a administração de imunoglobulina anti-D não deve ser adiada, podendo ser administrada no mesmo dia ou com qualquer intervalo de tempo em relação à vacina contra a COVID-19 ([norma-n-0022021-de-30012021-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#));

6. Ponderar referenciação

- a. Consulta de Obstetrícia hospitalar se existir algum fator de risco associado à gravidez, de acordo com a tabela de Goodwin modificada ([miolo_DGS 8P_5 Setembro_16.indd](#)) - página 107 ou de acordo com os protocolos de referenciação da unidade funcional respetiva;
- b. Serviço de Urgência de todas as situações agudas ou consideradas potencialmente graves;

- c. Consulta de cessação tabágica, psicologia, assistente social ou Unidade de Cuidados na Comunidade, se necessário;
- d. Referenciar a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos;
- e. Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos e Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco, se aplicável;
- f. Curso de preparação para o parto e parentalidade.

7. Agendar consulta dentro de 4- 6 semanas

Gravidez: 4ª consulta (entre as 27 e 30 semanas)

S

1. Questionar acerca de queixas/intercorrências desde a consulta anterior;
2. Questionar acerca da perceção dos movimentos fetais;
3. Verificar medicação/suplementação atual;
4. Averiguar efeitos laterais do ferro (náuseas, dor epigástrica, obstipação ou diarreia e fezes escuras);
5. Averiguar a existência de sinais de ansiedade (ambivalência, insegurança) ou de depressão (tristeza invasiva/desespero/crises de choro/ideação suicida);
6. Questionar o consumo de tabaco, álcool e outras SPA;
7. Questionar sobre a prática de atividade física, alimentação e hidratação;
8. Rastrear a violência nas relações de intimidade;

O

1. **Com ou sem acompanhante na consulta**
2. **Avaliação antropométrica**
 - a. Peso;
 - b. Ganho ponderal ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](http://dgs.pt) - página 40);
 - c. Altura uterina: a idade gestacional pode ser estimada de forma aproximada, a partir da altura uterina, usando a seguinte fórmula:
altura uterina (cm) = semanas de gravidez + 3.
3. **Exame objetivo**
 - a. Aspeto geral;
 - b. Sinais vitais: medição da PA (Anexo 1);
 - c. Exame objetivo, para investigar a presença de sinais de anemia, edemas, aumento rápido de peso;
 - d. Exame ginecológico, quando aplicável;
 - e. Auscultar o foco cardíaco fetal, recorrendo a ecodoppler fetal (valores de frequência cardíaca fetal normais entre 110-160 bpm);
4. Realizar análise de urina com recurso a tira teste urinária;

5. Reavaliar os fatores de risco pré-natal e do risco na gravidez, recorrendo à tabela de Goodwin modificada e aos protocolos de referência das respetivas unidades funcionais ([miolo_DGS 8P_5 Setembro_16.indd](#)) - página 107.

P**1. Procedimento**

- a. Preencher o BSG e atualizar os registos informáticos;
- b. Registrar no BSG a administração de imunoglobulina anti-D.

2. Educação para a saúde

- a. Informar sobre estilos de vida saudável;
- b. Informar sobre a fisiologia e os desconfortos da gravidez do 3º trimestre;
- c. Informar que, no curso de preparação para o parto e parentalidade, a grávida pode elaborar um plano de nascimento, preferencialmente até às 32 semanas de gestação (<https://data.dre.pt/eli/lei/110/2019/09/09/p/dre>; [Plano de nascimento | Janela Aberta à Família \(min-saude.pt\)](#));
- d. Incentivar para a comunicação intrauterina (falar com o feto, acariciar o abdómen, estimular pensamentos sobre o bebé, etc);
- e. Promover o aleitamento materno, se não existirem contraindicações ([Layout 2 \(unicef.pt\)](#); ([Aleitamento Materno - METIS \(up.pt\)](#)));
- f. Avisar sobre sinais de alerta e de parto pré-termo;
- g. Antecipar e fornecer estratégias de integração de uma nova pessoa na família;
- h. Fazer recomendações no caso de existência de animais domésticos.

3. Medicamentos

- a. Confirmar a utilização de suplementação de iodo 200 mcg durante a gravidez e aconselhar a sua manutenção;
- b. Ponderar ferro em dose profilática 30-60mg/dia, se ferritina inferior a 30 ng/mL ([Norma-Anemia-na-Gravidez-e-no-Puerpério.pdf \(spommf.pt\)](#)) e [Prenatal care: Initial assessment - UpToDate](#)); ferro em dose terapêutica 150-200mg/dia, em caso de anemia ferropénica;

- c. Administrar a imunoglobulina anti-D às 28 semanas ou, se já administrada previamente, 12 semanas após a primeira administração, não sendo necessário fazê-lo antes das 28 semanas de gestação.

4. Vacinação

- a. Administrar vacina da tosse convulsa + tétano + difteria (Tdpa), entre as 20 e as 36 semanas de gestação, após ecografia morfológica, idealmente até às 32 semanas;
- b. Administrar vacina da COVID-19: na situação pandémica, recomenda-se a vacinação da grávida a partir das 21 semanas de gestação, após a realização da ecografia morfológica; no entanto, não existe idade gestacional limite para o início da vacinação; caso seja iniciado o esquema vacinal sem conhecimento prévio da situação de gravidez, o mesmo deve ser completado no intervalo recomendado, independentemente da idade gestacional e da realização da ecografia morfológica; no caso da grávida, deve ser respeitado um intervalo mínimo de 14 dias em relação à administração de outras vacinas, tais como a vacina contra a tosse convulsa e a vacina contra a gripe; a administração de imunoglobulina anti-D não deve ser adiada, podendo ser administrada no mesmo dia ou com qualquer intervalo de tempo em relação à vacina contra COVID-19 [Norma_002_2021_act_08_10_2021.pdf \(min-saude.pt\)](#);

5. Meios complementares de diagnóstico

- c. Estudo analítico do 3º T (32-34 semanas): hemograma completo, VDRL, serologia da toxoplasmose (IgG e IgM), nas mulheres não imunes; VIH (teste rápido, se disponível), antígeno HBs (nas grávidas não vacinadas e cujo rastreio foi negativo no 1º trimestre)
- d. Ponderar prescrição de doseamento de ferritina no 3º T ([Norma-Anemia-na-Gravidez-e-no-Puerpério.pdf \(spommf.pt\)](#) e [Prenatal care: Initial assessment - UpToDate](#));
- e. Ecografia obstétrica (3ºT): (30-32 semanas).

6. Ponderar referenciação

- a. Consulta de Obstetrícia hospitalar se existir algum fator de risco associado à gravidez, de acordo com a tabela de Goodwin modificada

([miolo_DGS 8P_5 Setembro_16.indd](#)) - página 107, ou com os protocolos de referência da unidade funcional respectiva;

- b. Serviço de Urgência em todas as situações agudas ou consideradas potencialmente graves;
- c. Consulta de cessação tabágica, psicologia, assistente social ou Unidade de Cuidados na Comunidade, se necessário;
- d. Referenciar a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos;
- e. Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos e Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco, se aplicável;

6. Marcar consulta dentro de 4- 6 semanas

Gravidez: 5ª consulta (entre as 34 e 35 semanas e 6 dias)

S

1. Questionar queixas/intercorrências desde a consulta anterior;
2. Questionar a percepção dos movimentos fetais;
3. Verificar medicação/suplementação atual;
4. Averiguar efeitos laterais do ferro (náuseas, dor epigástrica, obstipação ou diarreia e fezes escuras);
5. Averiguar a existência de sinais de ansiedade ou de depressão;
6. Questionar acerca do consumo de tabaco, álcool e outras SPA;
7. Questionar acerca da prática de atividade física, alimentação e hidratação;
8. Rastrear a violência nas relações de intimidade;

O

1. **Com ou sem acompanhante na consulta**
2. **Avaliação antropométrica**
 - a. Peso;
 - b. Ganho ponderal ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](http://Direção-Geral da Saúde (dgs.pt)) - página 40);
 - c. Altura uterina: a idade gestacional pode ser estimada de forma aproximada, a partir da altura uterina, usando a seguinte fórmula: altura uterina (cm) = semanas de gravidez + 3.
3. **Exame objetivo**
 - a. Aspeto geral;
 - b. Sinais vitais: medição da PA (Anexo 1);
 - c. Exame objetivo, para investigar a presença de sinais de anemia, edemas, aumento rápido de peso;
 - d. Exame ginecológico, quando aplicável;
 - e. Auscultar o foco cardíaco fetal, recorrendo a ecodoppler fetal (valores de frequência cardíaca fetal normais entre 110-160 bpm);
4. Realizar análise de urina com recurso a tira teste urinária;

5. Reavaliar os fatores de risco pré-natal e do risco na gravidez, recorrendo à tabela de Goodwin modificada e aos protocolos de referência das respetivas unidades funcionais ([miolo_DGS 8P_5 Setembro_16.indd](#)) - página 107.

P**1. Procedimentos**

- a. Preencher o BSG e atualizar os registos informáticos.

2. Educação para a saúde

- a. Informar sobre estilos de vida saudável;
- b. Incentivar para a comunicação intrauterina (falar com o feto, acariciar o abdómen, estimular pensamentos sobre o bebé, etc);
- c. Recomendar a preparação da mala para a maternidade ([Guia para grávidas | SNS24](#));
- d. Promover o aleitamento materno, se não existirem contraindicações (HIV, herpes vírus ativo) ([Aleitamento Materno - METIS \(up.pt\)](#));
- e. Avisar sobre sinais de alerta e de parto pré-termo.

3. Medicação

- a. Confirmar a utilização de suplementação de iodo 200 mcg durante a gravidez e aconselhar a sua manutenção;
- b. Ponderar ferro em dose profilática 30-60mg/dia, se ferritina inferior a 30 ng/mL; ferro em dose terapêutica 150-200mg/dia, em caso de anemia ferropénica.

4. Ponderar referência

- a. Consulta de Obstetrícia hospitalar de gravidez de termo;
- b. Consulta de cessação tabágica, psicologia, assistente social ou Unidade de Cuidados na Comunidade, se necessário;
- c. Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos, se necessário.

5. Marcar consulta dentro de 2- 3 semanas

Gravidez: 6ª consulta (entre as 36 e 38 semanas)

S

1. Questionar queixas/intercorrências desde a consulta anterior;
2. Questionar a percepção dos movimentos fetais;
3. Verificar medicação/suplementação atual;
4. Averiguar efeitos laterais do ferro (náuseas, dor epigástrica, obstipação ou diarreia e fezes escuras);
5. Averiguar a existência de sinais de ansiedade ou de depressão;
6. Questionar o consumo de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas (SPA);
7. Questionar a prática de atividade física, alimentação e hidratação;
8. Rastrear a violência nas relações de intimidade.

O

- 1. Com ou sem acompanhante na consulta**
- 2. Avaliação antropométrica**
 - a. Peso;
 - b. Ganho ponderal ([Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](http://Direção-Geral da Saúde (dgs.pt)) - página 40);
 - c. Altura uterina: a idade gestacional pode ser estimada de forma aproximada, a partir da altura uterina, usando a seguinte fórmula: altura uterina (cm) = semanas de gravidez + 3.
- 3. Exame objetivo**
 - a. Aspeto geral;
 - b. Sinais vitais: medição da PA (Anexo 1);
 - c. Exame objetivo pesquisando a presença de sinais de anemia, edemas, aumento rápido de peso;
 - d. Exame ginecológico, quando aplicável;
 - e. Auscultar o foco cardíaco fetal, recorrendo a ecodoppler fetal (valores de frequência cardíaca fetal normais entre 110-160 bpm).
- 4. Realizar análise de urina com recurso a tira teste urinária;**

P

1. Procedimentos

- a. Preencher o BSG e atualizar os registos informáticos.

2. Educação para a saúde

- a. Informar sobre a importância de a grávida contar os movimentos do bebé quando se levanta; instruir a grávida a registar 10 conjuntos de movimentos num período de 12 horas e registá-los no BSG ([Guia para grávidas | SNS24](#)); alertar que deve recorrer ao serviço de urgência se isso não se verificar;
- b. Alertar acerca de sinais e sintomas sugestivos de trabalho de parto: contratilidade uterina regular dolorosa (≥ 2 contrações em cada 10 minutos, com 45 a 60 segundos de duração), rotura de membranas e expulsão do rolhão mucoso ([Sinais do parto | Janela Aberta à Família \(min-saude.pt\)](#));
- c. Informar sobre estilos de vida saudável;
- d. Promover o aleitamento materno ([Aleitamento Materno - METIS \(up.pt\)](#));
- e. Abordar a importância da sintonia entre as emoções da mãe e as reações do feto;
- f. Informar sobre cuidados ao recém-nascido/alta segura ([Guia Digital de Segurança - Produtos para Crianças \(apsi.org.pt\)](#))/vigilância de saúde infantil;
- a. Confirmar a preparação da mala da maternidade ([Guia para grávidas | SNS24](#));
- g. Informar sobre os recursos na comunidade (rede de cantinhos de amamentação) /linhas telefónicas e sites de apoio/recuperação no pós-parto ([Home | Janela Aberta à Família \(min-saude.pt\)](#));
- h. Informar sobre alterações fisiológicas no puerpério) /revisão de parto/contraceção.

3. Medicação

- a. Confirmar a utilização e aconselhar a manutenção de iodo 200 mcg no pós-parto e durante a amamentação exclusiva;
- b. Alertar para a manutenção do ferro no pós-parto e na amamentação, se aplicável.

4. Meios complementares de diagnóstico

- a. Registrar no SClínico o resultado da pesquisa de estreptococos β se realizada no Hospital.
- b. Solicitar a pesquisa de estreptococos β hemolítico de grupo B no terço externo da vagina e ano-retal entre as 36-37 semanas, se esta não for efetuada na consulta de termo hospitalar. ⁵

5. Ponderar referência

- a. Consulta de Obstetrícia hospitalar de termo se ainda não tiver sido efetuada;
- b. Serviço de Urgência, para todas as situações agudas ou consideradas potencialmente graves, ou se a grávida apresentar sinais e sintomas sugestivos de início de trabalho de parto.

Puerpério: entre a 4ª e 6ª semanas após o parto

- Ponderar realizar esta consulta até ao 15º dia pós-parto em caso de:
 - extremos da idade reprodutiva;
 - necessidade de avaliação da ferida cirúrgica e eventual remoção de material de sutura;
 - dificuldades no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno;
 - sinalização pelo hospital e/ou presença de fatores de risco de acordo com os manuais de referência da unidade funcional.

S

História clínica: estado de saúde da mulher e do casal, e respetivos antecedentes pessoais, familiares e sociais.

1. Identificação

- a. Idade: aumento dos riscos nos extremos da idade reprodutiva (<18 e >40 anos).

2. Antecedentes

- a. Obesidade, hipertensão arterial, diabetes gestacional ou prévia, antecedentes de eventos tromboembólicos ou trombofilias, patologia hematológica, patologia da tiroide, patologia psiquiátrica, etc;
- b. Programa de vacinação: atualização do PNV (prioridade para vacinação contra tétano, difteria, rubéola e sarampo) a vacinação contra a COVID-19, se não estiver atualizada;
- c. Rastreio do cancro do colo do útero: data e resultado.

3. Hábitos e estilos de vida

- a. Alimentação;
- b. Tabaco: incluindo o tabagismo passivo em casa, no carro;
- c. Álcool;
- d. Drogas ilícitas;
- e. Atividade física e tempo sentada;
- f. Medicação: prescrita, não prescrita, esporádica ou produtos naturais;

4. Dinâmica Familiar

- a. Tipo de família: com quem vive;
- b. Fatores de risco familiar: relação do casal ou apoio de outros familiares;
- c. Rastreio de violência nas relações de intimidade (“Existem conflitos

familiares que a estejam a preocupar?"; "Têm existido problemas de relacionamento com o seu companheiro(a)?"; "Sente-se segura na sua relação?".

5. Dinâmica social

- a. Dedicar especial atenção à relação emocional mãe/pai/bebé, à qualidade da vinculação, à deteção de sinais e sintomas de maus-tratos, de negligência, de violência doméstica ou dos relacionados com o risco de mutilação genital nas crianças do sexo feminino.

6. Sintomatologia e dados do parto

- a. Recolher dados do parto e eventuais complicações: tipo (eutócico, distócico, cesariana), episiotomia, laceração perineal, dequitação, hemorragia pós-parto, realização de imunoglobulina anti-D;
- b. Pesquisar os sinais e sintomas: dor perineal ou abdominal/pélvica, febre, persistência de hemorragia 6 semanas após o parto, fluxo vaginal com cheiro fétido, queixas urinárias, obstipação, hemorroidas, incontinência urinária e/ou fecal, cefaleias, queixas mamárias ou axilares;
- c. Despistar patologia psiquiátrica: desinteresse pelo bebé; sentimentos de culpa; questionar: "Durante o último mês, sentiu-se muitas vezes incomodada por estar "em baixo", deprimida e desanimada?"; "Durante o último mês, sentiu-se muitas vezes incomodada por ter pouco interesse ou prazer em fazer algo?". Considerar colocar uma terceira questão se alguma das duas anteriores obteve uma resposta positiva, como, por exemplo, "Esta situação fá-la sentir que quer ou precisa de ajuda?";
- d. Avaliar a adaptação à amamentação: "Sente-se confortável a amamentar?", "Existe alguma preocupação com a amamentação?".



1. Com ou sem acompanhante na consulta

2. Avaliação antropométrica

- a. Peso;
- b. Altura;

c. IMC.

3. Exame objetivo

- a. Aspeto geral;
 - b. Pele e mucosas;
 - c. Sinais vitais (em caso de hipertensão na gravidez, a PA deve ser reavaliada nos primeiros 7 dias após o parto);
 - d. Exame mamário: mamilos (fissuras, sinais de infeção fúngica), sinais inflamatórios, sinais de bloqueio do ducto, ingurgitamento mamário;
 - e. Inspeção abdominal: cicatriz operatória, se parto por cesariana; diástase dos retos abdominais;
 - f. Exame ginecológico: avaliação perineal (episiorrafia, correção de eventuais lacerações perineais), avaliação de lóquios, involução uterina;
 - g. Colheita de citologia cervico-vaginal, se não atualizada; se não for possível por persistência de lóquios, protelar para 12 semanas pós-parto;
 - h. Membros inferiores: edemas, sinais de trombose venosa profunda ou superficial.
4. Calcular o risco de diabetes tipo 2, em caso de maior de 18 anos e não diabética, e se ainda não calculado ([avaliacao.pdf \(spd.pt\)](#));
 5. Aplicar a Escala de Edimburgo pós-parto, em caso de sinais da persistência de *blues* pós-parto após 10-14 dias ([smgravidezcom CAPA.indd \(dgs.pt\)](#) - página 41.



P

1. Procedimentos

- a. Atualizar os registos informáticos, encerrar o programa de Saúde Materna no SClínico e abrir o programa de Planeamento Familiar;
- b. Preencher o BSG e o Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar;
- c. Validar aleitamento materno ou inibição láctea e registar no programa de saúde infantil;
- d. Emitir declaração para possibilitar o acesso ao abono pré-natal, se ainda não emitido;

- e. Emitir o cheque dentista, se ainda não emitido, com validade até 60 dias após o parto.

2. Educação para a saúde

- a. Informar sobre estilos de vida saudável: alimentação, ingestão hídrica, atividade física, sono e repouso, higiene (cuidados na zona perineal), segurança rodoviária, consumo de tabaco, álcool e outras SPA e/ou risco de recaída;
- b. Informar sobre desconfortos e sintomas de alarme no pós-parto;
- c. Fazer recomendações acerca do aleitamento materno: frequência da amamentação (diurna e noturna), sinais de boa pega, de satisfação e hidratação do recém-nascido, cuidados com a mama, extração e conservação do leite materno, resolução de problemas relacionados com a amamentação;
- d. Fazer recomendações acerca do aleitamento artificial, no caso de impossibilidade, opção materna ou aleitamento misto: higienização e esterilização de biberões e tetinas; preparação da fórmula para lactente; assegurar o apoio específico na supressão láctea, se aplicável([Preparação do biberão com leite artificial - METIS \(up.pt\)](#));
- e. Conversar sobre o reinício da atividade sexual, a sua importância para o casal e eventuais dificuldades: desconfortos, sensação de ardor/picada no local da episiorrafia no primeiro ano após o parto, diminuição da lubrificação vaginal, diminuição da libido;
- f. Elucidar sobre os métodos contraceptivos, de acordo com as recomendações de contraceção segura na fase do puerpério e amamentação, com os fatores de risco individuais e com a preferência do casal: uso adequado, gestão de intercorrências e eventuais efeitos adversos; em caso de amamentação, recomendar um método contraceptivo não hormonal ou com progestativo isolado a partir dos 21 dias após o parto; em caso da mulher que não amamenta, oferecer alternativas ao contraceptivo hormonal combinado, até aos 42 dias após o parto, em mulheres com fatores de risco tromboembólicos associados

para além do puerpério
([SPDC Consensos_2020_27Nov_Final_web_versao_livro_digital.pdf](#));

- g. Reforçar a importância de manter os exercícios de Kegel⁴;
- h. Abordar a adaptação da família, nomeadamente dos irmãos e do outro progenitor, ao seu novo membro;
- i. Aconselhar comportamentos seguros na presença de animais domésticos;
- j. Informar sobre os grupos de apoio pós-parto;
- k. Assegurar que a informação transmitida foi bem compreendida;
- l. Esclarecer dúvidas e gerir receios e expectativas;
- m. Mostrar disponibilidade para manter a vigilância periódica e sempre que surgirem episódios agudos ou dúvidas.

3. Meios complementares de diagnóstico

- a. Rastreio do cancro do colo do útero, em caso de > 25 anos e se não estiver atualizado;
- b. PTGO com 75g de glicose, com medição da glicemia às 0h e às 2h, entre as 4 e as 12 semanas após o parto, para reclassificação da diabetes, em caso de diabetes gestacional;
- c. Vigilância da função tiroideia se alterações na gravidez ou pós-parto, com ou sem necessidade de terapêutica.

4. Medicação

- a. Prescrever iodo 150-200 mcg/dia durante a amamentação exclusiva (em caso de patologia da tiroide, a suplementação deve ser isenta de iodo);
- b. Prescrever o método contraceptivo selecionado pelo casal;
- c. Aferir medicação anti-hipertensora, se aplicável;
- d. Ponderar prescrever estrogénios tópicos;
- e. Verificar se a medicação é compatível com amamentação ([e-lactancia. Is this compatible with breastfeeding?](#))

5. Vacinação

- a. Administração de vacinas contra o sarampo, papeira e rubéola e contra o tétano e difteria (Td), se a puérpera não é vacinada ou tem o PNV

desatualizado; não interfere com o aleitamento materno;

- b. Propor a administração da vacina contra a COVID-19, se não atualizada.

6. Referenciação

- a. Consulta de Psicologia ou Psiquiatria, se suspeita de labilidade emocional/patologia psiquiátrica ou resultado igual ou superior a 12 e/ou 10º item assinalado na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo ([\(smgravidezcom CAPA.indd \(dgs.pt\)](#) - página 41);
- b. Serviço de urgência de Obstetrícia em caso de sinais ou sintomas de alarme: febre, lóquios com cheiro fétido ou persistência após 6 semanas, infecção da ferida cirúrgica ou episiorrafia;
- c. Ponderar a referenciação à consulta de Medicina Física e Reabilitação, em caso de persistência dos sintomas de incontinência urinária ou fecal.

Referências bibliográficas

1. Silva C, Keating E, Pinto E. The impact of folic acid supplementation on gestational and long-term health: Critical temporal windows, benefits and risks. *Porto Biomed. J.* 2017;2(6):315–332.
2. Pinto, E.; Keating, E. (2018) A suplementação com ácido fólico na gravidez: perceções e práticas clínicas na área metropolitana do Porto. *ACTA PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO* 19 (2019) 6-11.doi.org/10.21011/apn.2019.1902.
3. Low-dose aspirin use for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. LeFevre ML; U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2014 Dec 2;161(11):819-26. doi: 10.7326/M14-1884).
4. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. (*Cochrane Database Syst Rev.* 2020 May 6;(5):CD007471.).
5. Prevention of group B streptococcal early-onset disease in newborns. ACOG Committee Opinion No. 797. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2020;135: e51–72).

Anexo 1- Medição da PA

- A Pressão arterial deve ser medida com a mulher na posição sentada, costas apoiadas, pernas não cruzadas e com o braço ao nível do coração, após repouso de 5-10 minutos. Se a medição tiver de ser efetuada com a mulher na posição deitada, esta deve estar em decúbito lateral esquerdo;
- Tamanho do cuff deve ser adequado (comprimento 1,5x a circunferência do braço) (Cuff pequeno sobrestima); colocação do cuff ao nível do coração. Se a medição tiver de ser efetuada com a mulher na posição deitada, o cuff deve ser colocado ao nível da aurícula direita;
- Ausência de ingestão de cafeína/tabaco há pelo menos 30 minutos;
- Na primeira consulta, fazer medição em ambos os braços; em consultas subsequentes, fazer medição no braço com valores mais elevados;
- Pode ser usado um esfigmomanómetro de mercúrio ou máquina automática validada para uso na pré-eclâmpsia ([dabl Educational Trust - Tabela de dispositivos recomendados por Categoria](#))

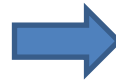
Bibliografia

1. Nathan HL, Duhig K, Hezelgrave NL, Chappell LC, Shennan AH. Blood pressure measurement in pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2015;17:91–8.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal Care for uncomplicated pregnancies. NICE Clinical Guideline 62. London: NICE; 2008, updated Jan 2017.
3. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P; Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group.. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertens*. 2014 Apr;4(2):105-45. doi: 10.1016/j.preghy.2014.01.003. Review. PMID: 26104418.
4. Chronic hypertension in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 203. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2019;133:e26–50

Anexo 2- Estratificação de risco e Tromboprofilaxia na gravidez

(adaptado de RCOG - Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium, Green-top Guideline No. 37^a)

- Antecedentes de TEV com hipocoagulação crónica
- 1 episódio prévio de TEV e:
 - a. trombofilia adquirida ou hereditária
 - b. história familiar (< 50 anos)
 - c. idiopático
 - d. associado a estrogénio/gravidez
- TEV recorrente
- Trombofilia de alto risco (deficiência de antitrombina, homozigotia para FVL ou protrombina G20210A, heterozigotia composta para FVL e protrombina G20210A)



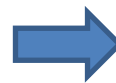
RISCO ALTO
 - HBPM em dose intermédia/terapêutica
 - Referenciação a Imunohemoterapia


- 1 episódio prévio de TEV e:
 - a. fator de risco transitório
- Trombofilia de baixo risco
- Co-morbilidades médicas (patologia pulmonar ou cardíaca, lúpus eritematoso sistémico, neoplasia, doenças inflamatórias, síndrome nefrótico, anemia falciforme, uso de drogas endovenosas)
- Intervenções cirúrgicas na gravidez



RISCO INTERMÉDIO
 - Ponderar HBPM em dose profilática/intermédia de acordo com risco individual
 - Ponderar referenciação a Imunohemoterapia

- > 35 anos
- Obesidade
- Multiparidade
- Hábitos tabágicos
- Insuficiência venosa periférica proeminente (sintomática, acima do joelho, ou associada a flebite, edema ou alterações cutâneas)
- Infecção sistémica em curso
- Imobilidade (≥ 3 dias, paraplegia, viagens de longa duração ≥ 4 horas, disfunção da sínfise púbica)
- Pré-eclâmpsia
- Desidratação / hiperemese
- Gestação múltipla
- Gestação pós-técnicas



• ≥ 4 FR

RISCO INTERMÉDIO
 HBPM em dose profilática a partir do 1º trimestre

- ≥ 3 FR sem internamento
- ≥ 2 FR com internamento

RISCO INTERMÉDIO
 HBPM em dose profilática a partir das 28 semanas



< 3 FR sem internamento

- < 2 FR



RISCO BAIXO
 Mobilização e evicção de desidratação
 Mobilização e evicção de desidratação

Estratificação de risco de tromboembolismo venoso e tromboprevenção no puerpério:

(adaptado de RCOG - Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium, Green-top Guideline No. 37^a)

- HBPM durante a gravidez
- Qualquer antecedente de TEV
- Trombofilia de alto risco (deficiência de antitrombina, homozigotia para FVL ou protrombina G20210A, heterozigotia composta para FVL e protrombina G20210A, SAF obstétrico)

**RISCO ALTO**

- HBPM profilática (ou dose igual à efetuada durante a gravidez)
- Ponderar transição para varfarina/NOACs
 - Uso de meias compressivas
 - Duração ≥ 6 semanas

- Cesariana emergente ou em trabalho de parto
- Trombofilia de baixo risco
- IMC > 40 kg/m²
- Internamento prolongado
- Co-morbilidades médicas (patologia pulmonar ou cardíaca, lúpus eritematoso sistêmico, neoplasia, doenças inflamatórias, síndrome nefrótica, anemia falciforme, uso de drogas endovenosas)
- Anticorpos antifosfolipídicos sem síndrome

**RISCO INTERMÉDIO**

- HBPM profilática
- Duração ≥ 7 dias
 - Ponderar prolongamento de acordo com risco individual (≥ 3 FR persistentes)

- 35 anos
- Obesidade (IMC > 30 kg/m²)
- Multiparidade
- Hábitos tabágicos
- Insuficiência venosa periférica proeminente (sintomática, acima do joelho, ou associada a flebite, edema ou alterações cutâneas)
- Infecção sistêmica em curso
- Imobilidade (≥ 3 dias, paraplegia, viagens de longa duração - ≥ 4 horas, disfunção da sínfise púbica)
- Pré-eclâmpsia
- Cesariana eletiva, Parto instrumentado
- Intervenções cirúrgicas no puerpério
- Trabalho de parto prolongado (>24 h)
- Hemorragia pós-parto (>1 L), transfusão sanguínea

**RISCO INTERMÉDIO**

- ≥ 2 FR
- < 2 FR

**RISCO BAIXO**

Promover a mobilização e hidratação adequadas

