

PROGRAMA NACIONAL

para a Vigilância da
Gravidez de Baixo Risco



Ficha técnica:**Portugal. Direção-Geral da Saúde.****Título**

Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

Editor

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530/1
E-mail: geral@dgs.pt
www.dgs.pt

Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

Andreia Jorge Silva

Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil

Lisa Ferreira Vicente

Equipa Redatorial

Conceição Almeida
Fábio Costa
Pedro Graça
Bárbara Menezes
Elsa Mota
Dina Oliveira
Adelaide Órfão
Ana Lúcia Torgal
Lisa Ferreira Vicente (Coordenação)

Com o contributo técnico de:

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar,
Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança
e do Adolescente
Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género
Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia
e Ginecologia
Infarmed
Ordem dos Enfermeiros
Ordem dos Nutricionistas
Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
Programa Nacional de Vacinação
Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do
Tabagismo
Programa Nacional para a Saúde Mental
Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos
e nas Dependências
Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina
Materno-Fetal
Sociedade Portuguesa de Pediatria

Patrícia Aguiar
Isabel Ramos de Almeida
Maria do Céu Almeida
Deolinda Beça
João Diegues
Maria da Graça Oliveira
Sílvia Prazeres
Vasco Prazeres

ISBN

978-972-675-233-2

Paginação

Gráfica Maiadouro

Lisboa

Novembro de 2015

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A autorização de utilização da imagem da capa é concedida somente para efeitos da publicação e/ou divulgação do Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, não podendo ser reproduzida ou utilizada para quaisquer outros sem expressa autorização, sob pena de se incorrer em responsabilidade civil e penal

Nota: o conteúdo do presente documento pode não refletir, na íntegra, as opiniões de cada um dos elementos que contribuíram para a sua elaboração.

ÍNDICE

Siglas e Acrónimos	5
Nota Prévia	7
I. Introdução	9
II. Dados Epidemiológicos	15
III. Visão, Finalidade e Objetivos	17
IV. Eixos Estratégicos	19
V. Gravidez e Ciclo de Vida	21
1. Consulta Pré-concepcional	23
1.1 Objetivos	25
1.2 Intervenções	26
1.3 Fundamentação	24
2. Vigilância da Gravidez de Baixo Risco	31
2.1 Cuidados Pré-natais	33
2.2 Educação para a Saúde	51
2.3 Preparação para o parto e para a parentalidade	62
3. Consulta do Puerpério	77
3.1 Definição	78
3.2 Objetivos	78
3.3 Modelo de Entrevista e Consulta	79
3.4 Registo de dados e de avaliações	79
3.5 Esquema e periodicidade da consulta de puerpério	80
3.6 Informação	80
3.7 Intervenções	81
3.8 Fundamentação	82
VI. Estratégias de implementação	91
VII. Avaliação e Monitorização	93
VIII. Bibliografia	97
IX. Anexos	103

Siglas e Acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AgHBs	Antigénio de superfície do vírus da hepatite B
AU	Altura Uterina
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
BSR/PF	Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar
DGS	Direção-Geral da Saúde
DPP	Data Provável do Parto
HAP	Hospital de Apoio Perinatal
HAPD	Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IG	Idade Gestacional
Ig	Imunoglobulina
Ig M	Imunoglobulina M
Ig G	Imunoglobulina G
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDS	Plataforma de Dados da Saúde
PMA	Procriação Medicamente Assistida
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PTGO	Prova de Tolerância à Glicose Oral
Rh D	Rhesus anti-D
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UCF	Unidade Coordenadora Funcional
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VF	Violência Familiar
VHC	Vírus Hepatite C
VIH 1 e 2	Vírus da Imunodeficiência Humana
1ºT	Primeiro trimestre
2ºT	Segundo trimestre
3ºT	Terceiro trimestre

NOTA PRÉVIA

Todos reconhecem que o baixo risco da gravidez só pode ser atestado depois da criança começar a chorar. Olhando para trás, é, então, possível perceber que a mãe e recém-nascido estão bem e que o parto foi eutócico. A gravidez foi desejada, foi planejada, foi vigiada e o parto assistido em meio hospitalar. Tudo normal. Não havia razão para haver risco. É verdade. É quase sempre assim. Melhor. É muitas vezes assim.

Desde há muito, médicos, enfermeiros e as próprias mães procuraram criar escalas de risco em função quer da saúde materna, quer do desenvolvimento fetal. Com base na medição de riscos foram estabelecidos critérios de exigência para o acompanhamento e para o termo do período de gestação à luz do princípio mais riscos, mais cuidados. Naturalmente, quanto maior for o risco para a mãe ou para a criança, mais cuidados serão exigidos no programa de vigilância e de assistência ao parto, tal como nos cuidados especializados neonatais.

Deste modo, é comum aceitar que não há um programa modelo igual para todas as gravidezes e partos. Trata-se de uma constatação socialmente compreendida. Por isso, percebe-se a importância em diagnosticar precocemente, ou mesmo em antecipar, problemas associados à gravidez desde a concepção ao seu termo, incluindo os cuidados pediátricos ao recém-nascido. Os exames complementares de diagnóstico (laboratoriais e imagiológicos) são indispensáveis neste processo. Para tal são envolvidos médicos, enfermeiros e técnicos.

Só em equipa, é possível definir o melhor plano para vigiar uma gravidez, mesmo que classificada como baixo risco. Só desta forma, a mulher e o homem, na perspectiva da procriação, podem ser devidamente aconselhados e orientados. A presença pró-ativa do pai, sabe-se hoje, com toda a certeza, é fundamental ao longo de todas as semanas de gravidez. No início, nas consultas, no aconselhamento e no parto. Só desta maneira, ambos, pai e mãe, acompanham e participam.

Quando e quais exames fazer e para que efeito? Como tomar o ácido fólico e com que objetivo? Qual a necessidade em tomar iodo? Como assegurar a alimentação saudável para a mãe e filho? Questões a responder sem hesitação ora pelo médico de família, ora pelo enfermeiro, ora pelo obstetra. Nenhum substitui o outro.

Com Albino Aroso, Portugal coloca-se em posição cimeira no que respeita à saúde materno-infantil. Consultas de planeamento familiar, de vigilância da gravidez, de partos assistidos em blocos bem equipados e dotados com especialistas são “vias verdes” que asseguram acesso sem discriminação. Acesso universal.

Como resultado, a mortalidade materna é reduzida, tal como a probabilidade de as crianças morrerem em Portugal. O importante.

O grande desafio é agora manter e se possível melhorar ainda mais aqueles indicadores.

Os sobressaltos demográficos sentidos nos últimos anos não podem ser ignorados. A população é mais idosa. Há menos jovens. A natalidade baixa perigosamente. As mães têm menos filhos e em idades mais avançadas. A renovação das gerações está comprometida. A constelação e complexidade dos fatores determinantes destes fenómenos impõem reflexão atenta. É tempo dos centros de sociologia, isto é, dos especialistas em ciências sociais, analisarem, explicarem os motivos e apontarem soluções. Serão aqueles fenómenos evitáveis?

O Programa que ora se apresenta é influenciado, tem de ser necessariamente influenciado, pelos sucessos conquistados nos últimos 35 anos. Constitui, no fundo, uma sensação de responsabilidade. Continuar. Ultrapassar dificuldades. Propor novos caminhos.

Francisco George
Director-Geral da Saúde

I. INTRODUÇÃO

Gravidez é um estado de saúde

A gravidez é um processo fisiológico, vivenciado por muitos milhões de mulheres ao longo da história da humanidade. Mães fazem nascer um filho ou uma filha. Um dia, mais adiante, são eles que potencialmente recomeçam o ciclo como mães ou como pais. A gravidez não é, por isso, um estado de doença que necessite tratamento. Gerar (uma nova pessoa), traduz uma adaptação a uma nova situação (ser mãe, ser pai) e uma modificação fisiológica corporal e emocional (processo adaptativo da gravidez) que culmina num desfecho: o nascimento de uma ou mais crianças.

A forma como se vivem estas transições e transformações é individual. É, além disso, única. Porque todas as gestações são diferentes, mesmo quando vividas pela mesma mulher, em diferentes circunstâncias ao longo do tempo. Por isso mesmo, todos os profissionais que vigiam grávidas têm já a experiência da diversidade das perguntas, alegrias, tristezas, desconfortos e representações que nos são colocadas ao longo do tempo e que envolvem questões tão significativas, tanto individuais como sociais, de cuidador, responsabilidade, fertilidade, maternidade, parentalidade, só para mencionar algumas.

Então, porquê “vigiar a gravidez”?

Porque ao longo do século XX foi possível demonstrar que a acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, no parto e pós parto, assim como o planeamento da gravidez, diminuem drasticamente a morbilidade e mortalidade maternas, fetais e infantis. ⁽¹⁾

Ao longo do tempo tem-se assistido a um avanço na qualidade da vigilância pré-natal e neonatal prestada à grávida e ao recém-nascido. Na atualidade, a prestação de cuidados materno-infantis só pode ser entendida como um processo assistencial contínuo.

Em Portugal, a introdução de um programa nacional de vigilância da gravidez enquadrada numa Rede de Referência Materno-Infantil e na articulação do trabalho realizado nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados Hospitalares - no âmbito das Unidades Coordenadoras Funcionais- constituíram marcos decisivos para o sucesso conseguido.

Estes recursos, aliados à implementação de medidas de saúde pública, de que são exemplo a vacinação e a melhoria dos cuidados alimentares, a educação para a saúde (literacia) da população em geral e na grávida em particular, assim como o alargamento do enquadramento legal para a proteção na parentalidade, contribuíram, também, para diminuir a morbilidade e mortalidade materno-infantil.

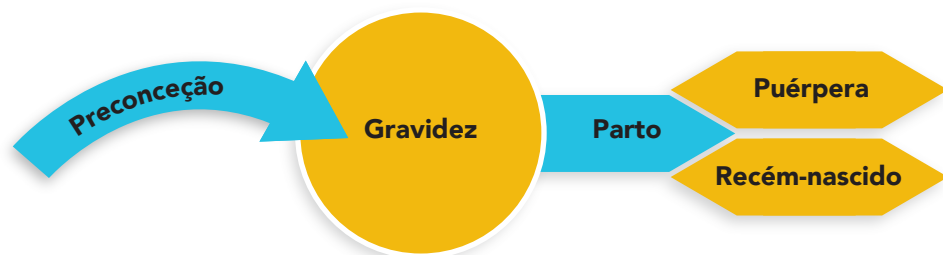
Nos últimos 35 anos a proporção de mulheres com consultas de vigilância pré-natal, o número de partos que ocorrem em meio hospitalar e são assistidos por profissionais de saúde qualificados aumentaram significativamente. A cobertura aproximou-se da totalidade. Quase.

A mortalidade materna e infantil (perinatal, neonatal e no primeiro ano de vida) foram reduzidos progressivamente, colocando Portugal entre os países com melhores indicadores na saúde materno-infantil.

Se bem que seja inequívoca a evolução positiva destes indicadores é importante não esquecer que mantê-la pressupõe um esforço diariamente renovado.

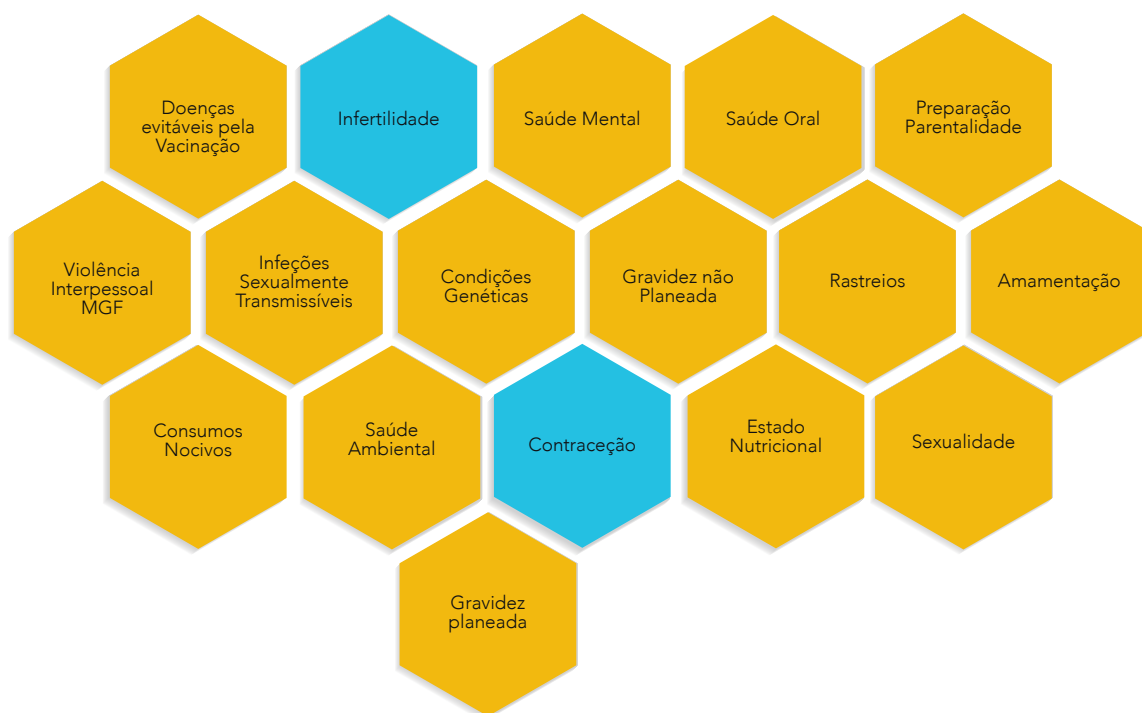
Continuidade de Cuidados

Gravidez no ciclo de vida da mulher e da família



A otimização de resultados e ganhos em saúde durante a gravidez só pode ir ainda mais longe se for enquadrada num conjunto alargado de intervenções, a iniciar na consulta pré-concepcional e a finalizar na consulta de puerpério.⁽²⁾

O conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva pressupõe uma visão holística ao longo do ciclo de vida reprodutiva da pessoa. Abrange cuidados muito variados, de que são exemplo: a contraceção, o planeamento da gravidez, o apoio ao casal com dificuldade em conseguir uma gravidez, a vigilância pré-natal, o acesso a serviços seguros de interrupção de gravidez. A Saúde Sexual e Reprodutiva constitui um todo indissociável, reconhecendo-se, porém, que o ganho obtido numa das suas componentes tende a potenciar ganhos nas restantes vertentes. Para além dos aspetos enunciados nos objetivos para o Desenvolvimento do Milénio 4 e 5, referentes à Saúde da Mãe e da Criança, é importante salientar que educação, igualdade de género e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis são também fatores essenciais para uma Saúde Sexual e Reprodutiva de qualidade.



Continuidade de Cuidados

Os Cuidados centrados na Pessoa

Os cuidados centram-se nas necessidades de cada mulher, par, família. Fim último no qual o trabalho de vigilância pré-natal ganha sentido e que tem de ser um contínuo entre diferentes níveis de cuidar.

A perspetiva da participação da grávida como parceira nos seus cuidados de saúde alicerça-se no Eixo estratégico do Plano Nacional de Saúde “Cidadania em Saúde”, no qual o Cidadão é considerado responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido.⁽³⁾

Gravidez como contexto promotor de saúde

Gravidez como oportunidade

A gravidez é um momento do ciclo de vida em que se cruzam fatores individuais, grupais e transgeracionais do ponto de vista somático, psicológico e cultural. Deve ser, além disso, conceptualizada como uma possibilidade de intervenção que ultrapassa os ganhos associados ao seu desfecho, nomeadamente na modificação dos hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, da criança e de todo o agregado familiar. São exemplo a modificação de hábitos alimentares, de exercício físico, de cessação tabágica, de consumo de substâncias psicoativas.

O período da gravidez deve ser considerado como uma oportunidade para identificar e modificar situações de risco de patologia futura, tais como a diabetes gestacional e a pré-eclâmpsia. Hoje em dia sabe-se que a ocorrência destas situações durante a gestação aumenta o risco futuro de diabetes e doença cardiovascular na mulher.

O Pai como interveniente e parceiro

As “novas famílias”

Cada vez mais se reconhece que, sempre que possível, deve ser promovida a participação do pai. Deve ser salvaguardada e respeitada a decisão da grávida nas situações em que tal é impossível ou existe oposição por parte desta.

As mulheres e seus companheiros e/ou família devem ser considerados parceiros nas decisões e intervenções que sejam necessárias para a vigilância da gravidez. Nesse sentido, todos os envolvidos deverão ser tratados com respeito e dignidade. As opiniões, crenças, ambientes culturais e valores da grávida/companheiro e família no que se relaciona com a prestação de cuidados quer à grávida, quer ao bebé devem ser escutados e respeitados.

Este reconhecimento da importância do papel ativo do pai, não pressupõe limitar o reconhecimento de que a atualidade tem trazido novas formas de organização em família. Ou que existem circunstâncias de vida (separação, novas uniões, morte) que criam formas de estar diferentes. E que, por isso, o processo de vivência de uma gravidez é, também por estas razões, único e sempre individualizado, prevalecendo a importância e o reconhecimento da qualidade parental, materna e paterna.

Os novos desafios

Nas últimas décadas tem-se assistido, em Portugal, a uma modificação do tecido social e das escolhas reprodutivas que colocam desafios acrescidos aos cuidados em saúde materna e infantil, dos quais salientamos:

- O adiamento da maternidade. A gravidez em idades mais tardias está associada a um aumento das intervenções de diagnóstico pré-natal e ao aumento da morbilidade e mortalidade materna e perinatal.
- A gravidez em mulheres com patologia associada. A melhoria dos cuidados médicos tem permitido que muitas mulheres, que eram desaconselhadas de engravidar ou até de fazer contraceção, possam ter filhos. É importante ree-

quacionar estratégias e serviços que respondam às necessidades específicas deste grupo, no que diz respeito ao planeamento da gravidez (consulta pré-concepcional).

- O aumento de cidadãos estrangeiros com diferentes representações e práticas culturais na área da saúde sexual e reprodutiva. A barreira da língua e da sua compreensão podem aumentar o risco de não vigilância ou de algumas patologias. Por outro lado, um universo diferente de representações e práticas culturais pode interferir na imagética da gravidez e maternidade devendo ser compreendidas pelos profissionais para melhor dar resposta às questões expressadas.

Uma aprendizagem constante

Os profissionais que acompanham a gravidez têm por isso um desafio mantido de formação contínua, que as instituições em que se encontram inseridos devem considerar não só como uma necessidade mas também como uma mais-valia.

II. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Nos últimos anos tem-se assistido a uma preocupação crescente em tornar acessíveis os dados e estatísticas em Saúde, por parte das entidades responsáveis. Para todos os profissionais que procuram informação atualizada em Saúde Materna e Infantil, nomeadamente sobre: população residente; número de nados-vivos; taxa bruta de natalidade; taxa bruta de mortalidade; taxa de mortalidade infantil, esperança de vida à nascença e taxa de fecundidade geral, esta pode ser consultada nas páginas eletrónicas das seguintes instituições: **Instituto Nacional de Estatística (INE), Portal da Estatística da Saúde (DGS), Health for All Databases (HFA-DB)**

Tabela 1 - Dados do Continente, Açores e Madeira 2014
Portal da estatística da saúde

População residente	10374822
Número de nados-vivos	82367
Saldo fisiológico	-22423
Taxa bruta de natalidade	7,92 / 1000 habitantes
Taxa de mortalidade infantil	2,8 / 1000 nados-vivos
Taxa de mortalidade neonatal	2,05 / 1000 nados-vivos
Taxa de mortalidade neonatal precoce	1,47 / 1000 nados-vivos
Taxa de mortalidade pós-neonatal	0,75 / 1000 nados-vivos
Taxa de mortalidade perinatal de 28 e mais semanas	3,73 / 1000 (nados-vivos e fetos mortos ≥ 28 semanas)
Taxa de mortalidade perinatal de 22 e mais semanas	4,34 / 1000 (nados-vivos e fetos mortos ≥ 22 semanas)
Taxa de mortalidade perinatal de período alargado (Óbitos neonatais + fetos mortos ≥ 28 semanas)	4,3 / 1000 (nados-vivos e fetos mortos ≥ 28 semanas)
Taxa de mortalidade fetal de 28 e mais semanas	2,27 / 1000 (nados-vivos e fetos mortos ≥ 28 semanas)
Taxa de mortalidade fetal de 22 e mais semanas	2,88 / 1000 (nados-vivos e fetos mortos ≥ 22 semanas)
Taxa de fecundidade geral (2012)	34,25 / 1000 mulheres com idade entre 15 e 49 anos

Morte materna (MM) define-se como a morte de uma mulher enquanto grávida ou até 42 dias após o termo da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gravidez, que seja devida a causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, mas não devida a causas acidentais ou fortuitas.

Rácio de mortalidade materna (RMM) é o número de mortes maternas durante um período de tempo, dividido por 100 000 nados-vivos no mesmo período. Este é o dado habitualmente utilizado nas várias publicações e incorretamente designado de “taxa de mortalidade materna”. Isto porque a verdadeira **taxa de mortalidade materna (TMM)** é o número de mortes maternas durante um determinado período de tempo, dividido por 100 000 mulheres em idade reprodutiva durante o mesmo período. Mais difícil de calcular e por isso menos utilizado.

Em Portugal para o cálculo de “Morte Materna” (RMM,TMM) deve ser utilizada a informação de diferentes fontes de registo, a saber: INE, Grupos de Diagnóstico Homogéneos, Registo epidemiológico da morte materna.

As estimativas mais recentes, a nível mundial, encontram-se publicadas no WHO Health Statistics 2014.

III. VISÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS

Visão:

Promover um futuro mais saudável na população desde o início do ciclo de vida.

Finalidade:

Contribuir para um futuro mais saudável da população atuando desde o início do ciclo de vida, através de cuidados abrangentes, antecipatórios e individualizados, numa perspectiva de participação ativa das mulheres/famílias.

Objetivos:

Geral:

Definir o conjunto de recomendações e intervenções adequadas na pré-concepção, na gravidez e no puerpério.

Específicos:

1. Integrar os cuidados pré-natais numa perspectiva mais abrangente que inclua a preparação da gravidez (cuidados pré-concepcionais), a vigilância da gravidez e a consulta do puerpério assegurando a continuidade de cuidados;
2. Identificar e orientar precocemente complicações e fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto;
3. Promover a saúde e a educação para a saúde ao longo da gravidez;
4. Apoiar na preparação para o parto e parentalidade.

IV. EIXOS ESTRATÉGICOS

O “Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco” vem congregando documentos e informação científica produzida nos últimos anos nesta área, tanto a nível nacional como internacional. O presente documento é um instrumento atualizado, prático e de fácil consulta nas intervenções diárias dos profissionais.

O Programa aqui definido alicerça-se em três eixos fundamentais:

- **Cuidados centrados na pessoa** - alargando o conceito de vigilância pré-natal para que seja inclusivo (quando for esse o caso) do pai, ou de outras pessoas significativas, bem como da diversidade sociocultural e das pessoas com necessidades especiais.
- **Continuidade de cuidados no ciclo de vida** - reconhecendo a importância da educação para a saúde e dos fatores psico-socio-culturais como determinantes da saúde.
- **Conceptualizando a gravidez como momento de oportunidade** para a intervenção e mudança.

V. GRAVIDEZ E CICLO DE VIDA

CONSULTA PRÉ-CONCECIONAL

VIGILÂNCIA DURANTE A GRAVIDEZ DE
BAIXO RISCO

CONSULTA DO PUERPÉRIO





1

CONSULTA PRÉ-CONCECIONAL

1. CONSULTA PRÉ-CONCECIONAL

A filosofia dos cuidados pré-concepcionais consubstancia-se num processo integrado e contínuo de cuidados antecipatórios em saúde reprodutiva, que decorre do aproveitamento das inúmeras oportunidades que surgem, com frequência, na rotina da prática clínica. Todas as mulheres em idade fértil devem dispor de informação sobre a importância das primeiras semanas de gravidez, de modo a que possam fazer escolhas esclarecidas acerca do seu futuro reprodutivo.

Todas as pessoas em idade reprodutiva com antecedentes de doença genética, doença crónica, infeções e uso de medicação, devem ser informadas da importância dos cuidados pré-concepcionais e da gravidez ser planeada nestas situações, nos cuidados de saúde gerais que recebem, mesmo quando ainda só planeiam uma gravidez a longo prazo.

Sem contrariar esse entendimento fundamental, recomenda-se que, quando uma mulher e/ou casal expressam a vontade de vir a engravidar, deve ser realizada uma consulta específica: **Consulta Pré-concecional**.

Esta consulta deve ser realizada antes de parar a contraceção e deve ser programada uma consulta subsequente para avaliação dos resultados dos exames realizados e das intervenções propostas.

1.1 OBJETIVOS:

- Contribuir para o sucesso da gravidez através da identificação precoce de fatores de risco modificáveis e promoção da sua correção;
- Estabelecer o risco de anomalia reprodutiva, num determinado casal e propor medidas tendentes à sua minimização ou eliminação;
- Identificar indivíduos e famílias de risco genético e referenciar para aconselhamento especializado casais com história familiar de anomalias congénitas, como trissomia 21, síndromes polimalformativos, defeitos do tubo neural, défices cognitivos, entre outros;
- Sistematizar e transmitir todas as recomendações pertinentes;
- Promover a participação ativa do elemento masculino do casal nas questões de saúde sexual e reprodutiva.

1.2 INTERVENÇÕES:

- A) Os cuidados pré-concepcionais devem ser iniciados sempre que mulheres/homens/casais expressem em consulta que desejam uma gravidez;
- B) Podem ser integrados numa consulta de âmbito da saúde geral ou da consulta de saúde reprodutiva;
- C) A mulher/homem/casal deve ser esclarecido que deve ser mantida contraceção segura até estarem concluídas as intervenções adequadas na sua situação (depende do estado de saúde, hábitos, exames a realizar, etc.);
- D) Devem ser realizadas as intervenções consagradas na **Circular Normativa da DGS nº 2/DSMIA de 16/01/2006 no que diz respeito à Consulta Pré-concepcional**;
- E) Iniciar a suplementação com uma dose diária de ácido fólico de 400µg/dia, para todas as mulheres em pré-conceção. Nas mulheres com risco

acrescido de vir a ter uma criança com defeito do tubo neural, a dose diária deve ser superior (5mg/dia);

- F) Deve ser recomendado o aumento do aporte em iodo - dose diária recomendada (DDR) de iodo de 150 µg/dia para as mulheres em pré-concepção - tal como está definido na Orientação da DGS 011/2013 - Aporte de iodo em mulheres na pré-concepção, gravidez e amamentação;
- G) Recolher e registar toda a informação sobre os medicamentos utilizados pela mulher assim como do progenitor de sexo masculino;
- H) Se após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção não ocorrer gravidez, o casal deverá ser referenciado, se o pretender, para a consulta de infertilidade para avaliação de eventuais fatores envolvidos tal como definido na Orientação da DGS 003/2011 – Conduta em Infertilidade para Cuidados de Saúde Primários;
- I) As intervenções a realizar na consulta pré-concepcional encontram-se resumidas na tabela 2 no final deste capítulo.

1.3 FUNDAMENTAÇÃO

- I. A melhoria da qualidade dos cuidados prestados à grávida/casal e ao recém-nascido é uma das áreas de intervenção prioritária do Plano Nacional de Saúde.⁽³⁾ Há evidência de benefícios para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível do planeamento e acompanhamento da gravidez. ^{(4) (5) (6)}
- II. Contudo, existem dados nacionais que mostram que muitas mulheres não procuram, ainda, a consulta pré-concepcional tanto quanto desejável. ⁽⁷⁾
- III. Os cuidados pré-concepcionais contribuem para a redução da mortalidade e morbilidade materna, neonatal e infantil e promovem a saúde de mães e crianças, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. ⁽⁴⁾
- IV. Está demonstrado que existem situações que se correlacionam com um aumento da probabilidade de mortalidade e morbilidade materna e infantil, como por exemplo: deficiências nutricionais e distúrbios do com-

- portamento alimentar; infecções evitáveis pela vacinação; consumo de tabaco e de álcool; riscos ambientais como exposição a poluentes; fatores genéticos; gravidez nos extremos da idade reprodutiva, não planejada ou sucessiva; infecções de transmissão sexual (incluindo o VIH); infertilidade; mutilação genital feminina; perturbações da saúde mental, incluindo a epilepsia; uso de substâncias psicoativas; violência nas relações de intimidade, incluindo a sexual. ^{(4) (8) (9)}
- V. Os benefícios da consulta pré-concepcional são evidentes nas mulheres com doença crónica, como diabetes, hipertensão, cardiopatia, doença renal e da tiroide, hemoglobinopatia, artrite reumatoide, epilepsia, tuberculose, asma, depressão, doença bipolar, esquizofrenia, episódio anterior de tromboembolismo e outras que podem afetar a gravidez através de mecanismos fisiopatológicos, ou, como resultado da medicação utilizada no seu tratamento. ⁽⁶⁾ O acompanhamento das situações de risco deve ser feito em estreita colaboração com o Hospital de Apoio Perinatal (HAP) ou Perinatal Diferenciado (HAPD).
- VI. A suplementação com uma dose diária de ácido fólico adequado na pré-concepção é uma medida fundamentada e que permite a redução do risco de vir a ter uma criança com defeito do tubo neural. ^{(8) (9) (10)}
- VII. As grávidas são um grupo de risco para a carência de iodo, porque estão aumentadas as necessidades diárias (DDR de 250 µg/dia). O feto só consegue sintetizar hormonas tiroideias de uma forma significativa a partir do meio da gravidez pelo que depende do aporte materno até às 20 semanas de gestação, sendo particularmente vulnerável às alterações provocadas pelas deficiências de iodo numa fase precoce da gravidez. Se a suplementação começa só na primeira visita pré-natal pode já ter sido ultrapassado este período relevante. Nas mulheres que estão a planear engravidar, há evidência de que a suplementação de iodo contribui para atingir os valores recomendados, bem como alimentos fornecedores de iodo. ⁽¹¹⁾
- VIII. Existem medicamentos com substâncias ativas que, não só são teratogénicas quando utilizadas por mulheres, como também quando estão a ser utilizadas por homens, através da sua excreção no sêmen. Como tal, para além de recolher e registar toda a informação sobre os medicamentos utilizados pela mulher, é relevante obter a história clínica e farmacológica do progenitor de sexo masculino.

Tabela 2 Guia da Consulta Pré-concepcional

DETERMINAR/EFETUAR

- História clínica: determinar estado geral de saúde da mulher/casal e respectivos antecedentes pessoais e familiares;
- Avaliação física: peso e altura / índice de massa corporal / pressão arterial (PA) / exame mamário / exame ginecológico (atenção à genitália externa para detecção de situações de mutilação genital feminina);
- Avaliação laboratorial: determinar grupo sanguíneo e fator RhD / hemograma / glicemia jejum / rastreio das hemoglobinopatias / rastreio da sífilis, hepatite B (vacinação, se aplicável), VIH / Serologias da Rubéola (com respetiva vacinação, se aplicável), Toxoplasmose e Citomegalovirus (se aplicável);
- Rastreio do cancro do colo do útero, se não foi efetuado há menos de 3 anos;
- Avaliação do estado vacinal e atualização do PNV (prioridade na vacinação contra o tétano, a difteria, a rubéola e o sarampo);
- Avaliação do estado nutricional, peso adequado e distúrbios do comportamento alimentar;
- Avaliação do consumo de tabaco, álcool e outras SPA;
- Avaliação de fatores de risco social, tais como pobreza, imigração, desemprego, refugiados, condições habitacionais precárias;
- Rastreio da violência nas relações de intimidade através de perguntas tipo, como: *“Existem conflitos familiares que a estejam a preocupar? Tem tido problemas de relacionamento com o seu companheiro? Sente-se segura na sua relação?”*;
- Avaliação de fatores de risco familiares / contextos de vida;
- Preenchimento do BSR/PF (Avaliação pré-concepcional).

Consulta Pré-concepcional

INFORMAR/VALIDAR/REQUISITAR

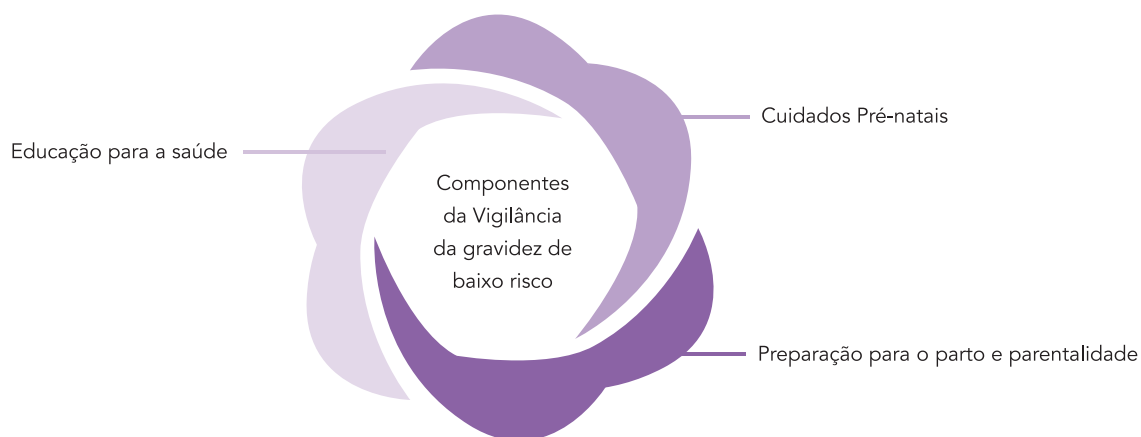
- Riscos inerentes a qualquer consumo de álcool ou outras SPA durante a pré-concepção e nos primeiros momentos da gravidez;
- Riscos do consumo de tabaco durante a gravidez;
- Risco de infeções de transmissão sexual e adoção de comportamentos seguros;
- Estado nutricional, peso adequado, hábitos alimentares e estilos de vida saudável;
- Aspetos psicológicos, familiares, sociais e financeiros relacionados com a preparação da gravidez e da parentalidade;
- Vantagens de um início precoce e continuado da vigilância pré-natal;
- Recomendar o registo da data das menstruações;
- Recomendar a vacinação contra a gripe;
- Prevenção de toxinfecções;
- Boletim Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar;
- Suplemento de ácido fólico e iodo (a iniciar antes de parar a contraceção);
- Ponderar referenciação para consulta de cessação tabágica;
- Ponderar referenciação para consulta especializada as mulheres que não são capazes de abandonar os consumos de álcool ou outras SPA;
- Ponderar referenciação para consulta de psicologia, consulta com assistente social ou para Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Ponderar referenciação para HAP ou HAPD (de acordo com protocolo de cada UCF);
- Ponderar referenciação para as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) e Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco.



2

VIGILÂNCIA
DURANTE A GRAVIDEZ
DE BAIXO RISCO

2. VIGILÂNCIA DURANTE A GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO



A obtenção de uma história clínica detalhada, em particular da história obstétrica pregressa, quando é esse o caso e a observação clínica são fundamentais na definição dos cuidados a prestar. Além disso, todas as informações recolhidas sobre saúde, estilos de vida, comportamentos e ambiente psicossocial são elementos essenciais para a prossecução deste objetivo. Permite, também, que possam ser prestadas informações e cuidados realmente centrados na mulher/casal.

2.1 CUIDADOS PRÉ-NATAIS

2.1.1 DEFINIÇÃO DA GRAVIDEZ SEM RISCO ACRESCIDO GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

O esquema de vigilância e conduta durante a gravidez dependem da existência ou não de patologia. Por isso pode ser estabelecido um esquema comum para todas as grávidas numa gravidez de baixo risco. A identificação de um factor de risco ou de uma situação anómala determina a atuação subsequente, podendo para este efeito serem utilizados critérios adicionais por decisão de cada Unidade Coordenadora Funcional (saúde materna e neonatal).

Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada (anexo 1), nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal. O risco, sendo dinâmico ao longo da gravidez, deve ser reavaliado em todas as consultas.

A identificação do risco é realizada através da avaliação clínica, laboratorial e imagiológica, durante a pré-conceção ou em qualquer momento durante a gravidez.

O esquema de consultas, exames e intervenções deve ser adaptado nas situações em que é encontrada patologia e/ou identificado um fator de risco de complicações.

A identificação de uma alteração/risco acrescido determina a individualização da orientação, tendo em conta a situação clínica e no contexto dos protocolos definidos na Unidade Coordenadora Funcional (sempre que aplicável).

2.1.2 OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

- Avaliar o bem-estar materno e fetal através da história clínica e dos dados dos exames complementares de diagnóstico;
- Detetar precocemente situações desviantes do normal curso da gravidez que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar materno e fetal, estabelecendo a sua orientação;
- Identificar fatores de risco que possam vir a interferir no curso normal da gravidez, na saúde da mulher e/ou do feto;
- Promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez;
- Preparar para o parto e parentalidade;
- Informar sobre os deveres e direitos parentais.

2.1.3 MODELO DE ENTREVISTA / CONSULTA

Na vigilância pré-natal deve ser promovida a participação do outro progenitor, salvo impossibilidade ou oposição por parte da grávida. Nesse caso, pode incluir-se uma pessoa significativa da escolha da grávida.

É fundamental estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a grávida/casal de modo a facilitar a expressão de ideias, expectativas, fantasias, sentimentos (positivos e negativos) e competências inerentes à gravidez, nascimento e parentalidade. Para tal deve sempre ser assegurada a confidencialidade e a não emissão de críticas ou juízos de valor.

O documento “Manual de Orientação para Profissionais de Saúde – Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância” (páginas 27-34)⁽¹²⁾, constitui um instrumento útil de trabalho que deve ser utilizado na entrevista / nas consultas de vigilância pré-natal.

2.1.4 INFORMAÇÃO

As grávidas/casais devem ser informados do esquema de vigilância pré-natal previsto.

Todas as intervenções propostas durante a vigilância pré-natal devem permitir que a mulher/casal estejam envolvidos na tomada de decisão. Pretende-se que seja promovido o direito a uma adequada informação para uma decisão livre e esclarecida.⁽¹³⁾

Deve ser disponibilizada informação escrita sobre o local onde se dirigir em caso de emergência e, idealmente, um número de contacto.

2.1.5 REGISTO DE DADOS E DE AVALIAÇÕES

Todos os dados clínicos, observações e avaliações obtidos nas consultas deverão ser registados no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e no seu processo clínico.

As exceções aos pedidos de exames consagrados nos normativos e clinicamente fundamentadas são registadas no BSG e no seu processo clínico.

Contudo, os dados recolhidos relativos à violência familiar deverão constar apenas nos registos dos profissionais, com descrição das lesões encontradas e não no BSG, por risco de agravamento da situação por parte do agressor.

2.1.6 DETERMINAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

Definição da idade gestacional

Idade gestacional cronológica: definida a partir da data da última menstruação. Deve depois ser revista com os dados da ecografia do 1º Trimestre (11-13 semanas e 6 dias).

Idade gestacional definitiva (cronológica ou corrigida por ecografia do 1º T): definida pelo comprimento crânio-caudal, na ecografia das 11-13 semanas e seis dias. Quando o cálculo da idade gestacional é feito desta forma, mantém-se inalterável ao longo de toda a gravidez.

Sempre que existam razões para duvidar da idade cronológica ou impossibilidade de a calcular, pode ser realizada ecografia para datação da gravidez após o diagnóstico imunológico da gravidez (DIG).

Quando a gravidez resulta de técnicas de Procriação Medicamente Assistidas (PMA) a idade gestacional deve ser calculada utilizando a idade do embrião (no dia da transferência) e a data da transferência intrauterina (ver fundamentação ponto IV).

Nas situações em que o início da vigilância ultrapasse as situações estabelecidas nos pontos anteriores, devem ser utilizados os dados da história clínica (padrão menstrual habitual e altura uterina) e os dados ecográficos (biometrias fetais) para cálculo da idade gestacional.

Em todas estas situações a idade gestacional e as suas correções devem estar documentadas no processo clínico e no BSG. A grávida deve ser informada da idade gestacional e das razões porque possa ter sido corrigida.

A grávida deve ser incentivada a conhecer e saber dizer de forma assertiva a idade gestacional em que se encontra, em cada consulta de vigilância pré-natal.

2.1.7 ESQUEMA E PERIODICIDADE DAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS NA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

Na gravidez de baixo risco preconiza-se:

- Realizar a 1ª consulta, o mais precocemente possível e até às 12 semanas de gravidez (1ºT de gravidez);
- Realizar as consultas de vigilância pré-natal, após a 1ª consulta:
 - a cada 4-6 semanas até às 30 semanas;
 - a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas;
 - a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto.

Todas as grávidas, entre as 36 e as 40 semanas, devem ter acesso a uma consulta no hospital onde se prevê que venha a ocorrer o parto, programada de acordo com as especificidades estabelecidas em cada Unidade Coordenadora Funcional (UCF).

O esquema e periodicidade das consultas pré-natais assim definidos podem ser acrescidos, tendo em conta: os dados da avaliação clínica e os resultados dos exames complementares realizados; as necessidades de cada mulher/casal; os protocolos de cada UCF, sem prejuízo do definido no ponto anterior.

Quando a grávida entra em contacto com os serviços de saúde tardiamente, deverá realizar os exames/rastreios preconizados para a 1ª consulta de gravidez (até às 12 semanas), com exceção dos exames que já não sejam possíveis realizar atendendo à idade gestacional.

2.1.8 INTERVENÇÕES

A realização atempada e combinada de rastreios e intervenções, associada a medidas de educação para a saúde durante todo o período pré-natal, relaciona-se com ganhos em saúde e diminuição da morbilidade materna e perinatal.

O plano das intervenções a realizar requer uma anamnese cuidada de forma a serem obtidos dados sobre os antecedentes pessoais, obstétricos, familiares, neste último de ambos os progenitores. Deve ser realizada uma história obstétrica da gravidez atual, assim como um exame objetivo geral e ginecológico. A informação colhida determina, tal como já foi dito, a definição do risco, a planificação das intervenções, assim como a conduta clínica. Apesar de ser possível definir o programa de vigilância comum para a gravidez de baixo risco, ele deve sempre ser individualizado de acordo com a especificidade da informação, dos dados da grávida-família e dos achados dos exames realizados.

O resumo das intervenções a realizar ao longo da vigilância encontra-se definido na tabela 8 no final deste capítulo. Esta tabela deve ser entendida como uma forma resumida e de apoio das intervenções a desenvolver nas consultas.

A) **Avaliação da adaptação à gravidez**, saúde mental e fatores psicossociais:

- Avaliar o risco psicossocial e estruturar intervenções individuais à medida de cada grávida/casal/família, tendo como referência o documento elaborado pela DGS “**Manual de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância**”;
- Encorajar as grávidas/casal/famílias a falar sobre quaisquer alterações do estado emocional (humor, perceção, pensamento) e dos comportamentos que considerem que saem fora do padrão habitual;
- Promover e desenvolver fatores protetores da saúde mental na gravidez e na primeira infância, intervindo precocemente nas situações identificadas como problemáticas mantendo um contacto próximo e um conhecimento atualizado;
- Referenciar para consultas de saúde mental/psicologia a grávida e/ou companheiro que apresentem sintomas inequívocos de depressão.

- B) **Avaliação do estado nutricional.**¹
- C) **Avaliação da progressão ponderal:**
- Avaliar peso e altura;
 - Aconselhar sobre o **ganho de peso adequado durante a gravidez** (tabela 3).
- D) **Rastreios analíticos** contemplados ao longo da gravidez - solicitados de acordo com a **Norma da DGS n.º37/2011 de 30 de Setembro** (atualizada a 20/12/2013) (tabela 4).
- E) **Rastreios ecográficos** contemplados ao longo da gravidez - solicitados de acordo com a **Norma da DGS n.º23/2011 de 29 de Setembro 2011** (atualizada a 21/05/2013) (tabela 5).
- F) **Avaliação do consumo de substâncias nocivas** como tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas.²
- G) Questionar sobre a **ingestão de fármacos e medicamentos de venda livre.**
- H) **Suplementação durante a gravidez:**

Ácido Fólico

- Deve ser iniciada o mais precocemente possível a toma de 400 µg/dia;
- As grávidas com filho anterior com defeito do tubo neural ou com história familiar desta situação devem realizar diariamente uma dose superior (5mg/dia). Esta dose está também indicada em mulheres com doenças ou sob terapêutica associadas a diminuição da biodisponibilidade de ácido fólico.

Iodo

- Deve ser iniciada o mais precocemente possível a toma de iodeto de potássio - 150-200 µg/dia (desde que não existam contraindicações para o fazer).

Ferro

- Deve ser iniciada a suplementação com 30 – 60 mg/dia de ferro elementar (na ausência de contraindicações para o fazer).

^{1,2} Esta temática será desenvolvida no subcapítulo da Educação para a Saúde

- I) **Avaliação do estado** vacinal.
- J) **Profilaxia da isoimunização** nas grávidas Rh D negativas:
- Disponibilizar a **imunoglobulina anti-D (300 µg)** a todas as grávidas RhD negativas não sensibilizadas, **às 28 semanas de gestação**;
- K) Rastreio da **neoplasia do colo uterino**, se aplicável.
- L) **Rastreio da violência doméstica** (VD):
- Realizar o **rastreio da VD, na primeira consulta pré-natal** e em todas as consultas subsequentes;
 - Detetar sinais e sintomas sugestivos da existência de violência;
 - Intervir e acompanhar a vítima de VD, durante a gravidez.
- M) Rastreio de grávidas com **mutilação genital feminina** (MGF):
- Identificar grávidas vítimas de mutilação genital feminina;
 - Detetar o tipo de MGF e as suas repercussões para a grávida;
 - Orientar a grávida com mutilação e a sua família, no sentido de prevenir a sua realização na criança que vai nascer (sexo feminino) e de outras raparigas da família.

Tabela 3 - Progressão ponderal

IMC da mulher antes de engravidar	Ganho de peso total	Ganho de peso médio por semana para o 2º e 3º trimestres*
Baixo peso IMC <18,5	12,5 Kg - 18 kg	Cerca de 0,5 kg por semana
Peso normal $18,5 \leq \text{IMC} \leq 24,9$	11,5 Kg - 16 kg	Cerca de 0,4 kg por semana
Excesso de peso IMC entre 25 e 29,9	7 Kg - 11,5 kg	Cerca de 0,3 kg por semana
Obesidade IMC ≥ 30	5 Kg - 9 kg	Cerca de 0,2 kg por semana

*Para o 1º trimestre, espera-se um aumento de peso total de 0,5 a 2kg

Fonte: Institute of Medicine of the National Academies - 2009

Tabela 4 - Rastreios analíticos

1º Trimestre <13 semanas

1. Citologia Cervical - Conforme recomendações do Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007-2010 para as mulheres não grávidas
2. Tipagem ABO e fator Rh D
3. Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)
4. Hemograma completo
5. Glicémia em jejum
6. VDRL
7. Serologia Rubéola - IgG e IgM (se desconhecido ou não imune em consulta pré-concepcional)
8. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (se desconhecido ou não imune em consulta pré-concepcional)
9. Ac VIH 1 e 2
10. AgHBs
11. Urocultura com eventual TSA

2º Trimestre

18-20 Semanas

12. Serologia Rubéola - IgG e IgM, nas mulheres não imunes

24-28 Semanas

13. Hemograma completo
14. PTGO c/ 75g (colheita às 0h, 1h e 2 horas)
15. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (nas mulheres não imunes)
16. Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)

3º Trimestre

32-34 Semanas

17. Hemograma completo
18. VDRL
19. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (nas mulheres não imunes)
20. Ac. VIH 1 e 2
21. AgHBs (nas grávidas não vacinadas e cujo rastreio foi negativo no 1º trimestre)

35-37 Semanas

22. Colheita (1/3 externo da vagina e ano-retal) para pesquisa de streptococcus β hemolítico do grupo B

Tabela 5 - Rastreios ecográficos

Ecografias Obstétricas	
1º Trimestre:	entre as 11 e as 13 semanas+6 dias
2º Trimestre:	entre as 20 e as 22 semanas+6 dias
3º Trimestre:	entre as 30 e as 32 semanas+6 dias

2.9 FUNDAMENTAÇÃO

- I. Os programas de vigilância pré-natal mundialmente implementados desde o início do século XX têm permitido reduzir a morbilidade e a mortalidade, quer maternas quer fetais e/ou perinatais, à medida que aumenta a acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, no parto e pós-parto. ⁽¹⁾
- II. O esquema de vigilância e conduta durante a gravidez dependem da existência ou não de patologia. A identificação de um fator de risco ou de uma situação anómala determina a atuação subsequente. Por isso, pode ser estabelecido um esquema comum para todas as grávidas numa gravidez de baixo risco, sendo as intervenções acrescidas estabelecidas para a situação clínica específica.
- III. Há evidência de que a entrega de folhetos informativos aumenta o conhecimento das grávidas/casais. ^{(14) (15)}
- IV. A datação correta da gravidez é um dos mais importantes fatores que determina a qualidade da vigilância obstétrica em geral, estando demonstrada uma redução significativa das induções do trabalho de parto por gestação pós-termo. Houve recentemente alteração nos critérios para cálculo da idade gestacional em gravidez resultante de PMA. ^{(15) (16)}
- V. Até ao momento não existe um consenso sobre o número ideal de consultas de vigilância pré-natal, quando não é identificado nenhum factor de risco. ⁽¹⁷⁾

O conhecimento antecipado do número previsto de consultas, assim como do objetivo de cada visita, pode minimizar a eventual insatisfação com os esquemas mais reduzidos. ⁽¹⁸⁾

No entanto, para além do número, é a realização atempada e combinada de rastreios e intervenções que, associada a medidas de educação para a saúde durante todo o período pré natal, mais se relaciona com ganhos em saúde. ⁽¹⁷⁾

A otimização de resultados e ganhos em saúde engloba a vigilância pré-natal num conjunto mais alargado de intervenções, a iniciar na consulta pré-concepcional e a finalizar na consulta de puerpério. ⁽²⁾

VI. O Boletim de Saúde da Grávida (BSG) é um instrumento fundamental de transmissão dos dados relativos à saúde da grávida e do feto. **Assegura a circulação da informação clínica relevante, contribuindo para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.** ⁽¹⁹⁾

VII. A gravidez e o puerpério constituem um período crítico e vulnerável para a saúde mental da mãe e da criança, comprometendo todo o desenvolvimento futuro. Os processos relacionados com a gravidez e parentalidade implicam adaptações psicológicas e sociais que têm como consequência um acréscimo de incidência de perturbações da saúde mental, nomeadamente ansiedade e depressão, não necessariamente psicopatológicas. Também os fatores psicossociais são atualmente reconhecidos como importantes determinantes de saúde para a grávida/casal e recém-nascido. ^{(17) (12) (20)}

As consultas de vigilância da gravidez e a consulta de puerpério são oportunidades para identificar as mulheres e famílias que apresentam vulnerabilidade ou que podem vir a apresentar uma perturbação mental. Os profissionais de saúde devem estar cientes do impacto que o estado mental de uma mulher pode ter sobre os resultados obstétricos e de maternidade, o desenvolvimento do feto ou da criança. ⁽²¹⁾

As perturbações de saúde mental são muitas vezes sub-diagnosticadas porque algumas das suas características principais tais como a fadiga, dificuldades no sono, alimentares e alterações do humor são frequentes durante a

gravidez. É fundamental detetar as situações de risco o mais precocemente possível, para diagnosticar, encaminhar e tratar atempadamente os casos de depressão. ⁽¹⁷⁾

A presença de bons vínculos afetivos, de suporte emocional, a sensação de estar integrado num grupo ou comunidade, a resiliência, a capacidade de enfrentar e responder positivamente a eventos de vida potencialmente adversos são alguns dos fatores protetores para a saúde mental. ⁽²²⁾

Grávidas ou mães com problemas de saúde mental apresentam geralmente uma saúde física mais deficiente e comportamentos de risco, incluindo o consumo de álcool e o abuso de substâncias. Têm um risco acrescido de complicações obstétricas e de partos pré-termo. ⁽²³⁾

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a depressão materna, para além do sofrimento que constitui, causa também incapacidade e redução da resposta da mãe às necessidades da criança. As evidências indicam que o tratamento da depressão das mães conduz a uma melhoria do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. ^{(20) (23)}

- VIII. O exame físico deve incluir a avaliação do peso e altura para cálculo do índice de massa corporal, a partir do qual se define se a grávida tem um peso adequado no início da gravidez. Se a mulher realizou uma consulta pré-concepcional deve ser utilizado esse peso como referência do peso habitual. Caso não tenha sido feito na consulta pré-concepcional, recomenda-se **perguntar o peso na altura da última menstruação**. ⁽²⁴⁾

A recomendação sobre o ganho de peso adequado ao longo da gravidez depende do IMC avaliado na primeira consulta de vigilância (tabela 3- Progressão ponderal). ⁽²⁴⁾ Mulheres com baixo peso e que aumentam pouco durante a gravidez, parecem estar em maior risco de ter um recém-nascido com baixo peso à nascença, parto pré-termo e partos pré-termo recorrentes. Por outro lado, mulheres obesas têm um risco aumentado de ter um recém-nascido grande para a idade gestacional, parto pós-termo e diabetes gestacional. ⁽²⁵⁾

O aumento de peso excessivo, em relação a um peso inicial, pode indicar desequilíbrio alimentar qualitativo e/ou quantitativo. A roda dos alimentos e

hábitos alimentares a ela associados descritos no capítulo da Educação para a Saúde, devem servir de referência para hábitos alimentares saudáveis e para ponderar a referenciação para consulta de nutrição.

Um rápido aumento de peso, mais de 1,5 kg numa semana, (24) associado a edemas, deve sempre requerer avaliação clínica (pressão arterial, evolução dos edemas e avaliação analítica, se aplicável).

- IX. Os exames laboratoriais a requisitar no decurso das consultas de vigilância da gravidez, têm como objetivo rastrear, prevenir ou tratar situações passíveis de colocar em risco a saúde materna e/ou fetal ou perinatal. ⁽²⁶⁾
- X. A ecografia realizada no 1º trimestre (1ºT) tem como objetivos: confirmar a viabilidade fetal, determinar o número de fetos e corionicidade, datar corretamente a gravidez (comprimento crânio-caudal), diagnosticar malformações major e contribuir para a avaliação do risco de aneuploidias. A quantificação do risco de trissomia 21 deve ser baseada na medida da translucência da nuca e na idade materna, usando para este fim uma base de dados informatizada. Sempre que possível, deve ser realizada em combinação com a determinação da fração livre da gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) e da proteína A plasmática associada à gravidez (PAPP-A). O resultado deste rastreio deve ser global, integrando todos os parâmetros avaliados. ⁽²⁷⁾

A ecografia do 2º trimestre (2ºT) permite confirmar alguns dados da ecografia do 1ºT, mas destina-se, sobretudo, à identificação de malformações fetais (ecografia morfológica). São de especial relevância as malformações potencialmente fatais e com tempo de vida limitado ou associadas a elevada morbilidade pós-natal, anomalias com potencial para tratamento intrauterino ou que exigem tratamento ou investigação pós-natal. Deve ser referido o enquadramento do observado num padrão de normalidade e referência a eventual patologia identificada. ⁽²⁷⁾

O período entre as 20 e as 22 semanas é aquele em que o exame é mais fácil de executar e com menos probabilidade de necessitar repetição quando comparado com as 18 semanas. ⁽²⁷⁾

A ecografia obstétrica realizada no 3º trimestre (3ºT), entre as 30 e as 32 semanas, permite avaliar o desenvolvimento fetal e o diagnóstico de ano-

malias tardias. O seu relatório deve assim incluir a apresentação fetal, perímetro cefálico e abdominal; comprimento do fémur; estimativa ponderal e parâmetros biofísicos de avaliação do bem-estar fetal. ⁽²⁷⁾

- XI. Os fármacos tomados pela mãe podem atravessar a placenta e expor o embrião e o feto aos seus efeitos farmacológicos adversos. Se é importante tratar a mãe sempre que necessário, a prescrição de qualquer medicamento durante a gravidez só deverá, porém, ocorrer quando se admite que os benefícios para a mãe sejam superiores aos riscos para o feto. Os médicos, ao esclarecerem as grávidas, devem assegurar-se de que a sua informação está atualizada e baseada na evidência. Existem serviços com sistemas de informação atualizada sobre fármacos e gravidez. ⁽²⁸⁾

Devem, igualmente, ser incluídas questões sobre o consumo de produtos à base de plantas. ⁽¹⁷⁾

- XII. Conforme a literatura a suplementação com ácido fólico deve iniciar-se pelo menos dois meses antes da data de interrupção do método contraceutivo (400 µg/dia) e durante as 12 primeiras semanas de gestação, devido à rápida divisão celular no feto, do aumento da filtração glomerular da grávida e pelo facto do tubo neural fechar no primeiro mês de gestação. ⁽²⁹⁾ Assim, permite prevenir malformações congénitas - defeitos do tubo neural, tais como spina bífida, anencefalia e meningocelo. ^{(15) (29)} As grávidas com filho anterior com defeito do tubo neural ou com história familiar desta situação, devem realizar diariamente uma dose superior (5mg/dia). ⁽³⁰⁾

Relativamente à suplementação com iodo, impõe-se uma adequada ingestão de iodo - tanto através da inclusão de alimentos que são fontes de iodo, como através da suplementação - necessária para completar as necessidades da grávida, para a maturação do sistema nervoso central do feto e para o seu adequado desenvolvimento. ⁽²⁹⁾

De acordo com a orientação da DGS – Aporte de iodo em mulheres na preconceção, gravidez e amamentação, “as mulheres em preconceção, grávidas ou a amamentar devem receber um suplemento diário de iodo sob a forma de iodeto de potássio – 150 a 200 µg/dia, desde o período pré-concepcional, durante toda a gravidez e enquanto durar o aleitamento materno exclusivo (..)”. Nas mulheres com patologia da tiroide está contra-indicada esta suplementação. ⁽¹¹⁾

Segundo as recomendações mais recentes da OMS, as mulheres no período pré-natal devem realizar suplementação com ferro e ácido fólico para reduzir os riscos de anemia materna e de baixo peso à nascença. A suplementação e a dose diária a realizar devem ser individualizadas tendo em conta a situação clínica, nomeadamente se existir hemoconcentração materna ou efeitos secundários significativos.

- XIII. De acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV),⁽³¹⁾ as vacinas que podem ser administradas durante a gravidez são: tétano e difteria (Td), hepatite B (VHB). Aconselha-se igualmente a vacina contra a gripe sazonal. Em situações de elevado risco recomenda-se ainda as vacinas contra *Neisseria meningitidis* C (MenC) e poliomielite (VIP). As vacinas vivas (VASPR e BCG) estão geralmente contraindicadas.

Ainda segundo o referido programa “A vacinação durante a gravidez pode estar indicada se houver um risco elevado de infeção, se a doença implicar um risco significativo para a mãe e/ou para o feto e se o risco de reações adversas à vacinação for aceitável. Se estas condições não estiverem reunidas, qualquer vacinação deve ser adiada para depois do parto. Quando houver indicação para vacinar durante a gravidez, deve considerar-se a possibilidade de adiar a vacinação para o segundo ou terceiro trimestre”.⁽³¹⁾

As grávidas constituem um grupo alvo ao qual se recomenda a vacinação contra a gripe para proteção de uma eventual evolução grave da doença durante este período e para proteger os seus bebés durante os primeiros meses de vida. Esta recomendação segue as diretrizes atualizadas anualmente pela DGS sobre vacinação contra a gripe.

- XIV. Os estudos existentes na literatura são unânimes em considerar que a administração de Imunoglobulina (Ig) anti-D às 28 semanas de gestação a mulheres RhD negativas é uma intervenção eficaz na prevenção da doença hemolítica do recém-nascido, reduzindo o risco de isoimunização de 2% para 0,1%. A relação custo/benefício é positiva se considerarmos a mortalidade e morbilidade fetal e neonatal associada com a isoimunização numa gravidez subsequente.^{(32) (33)}

Neste contexto, considerando os benefícios que advêm para as futuras mães e crianças da profilaxia da isoimunização RhD às 28 semanas de gesta-

ção e, tendo em vista garantir a equidade no acesso aos cuidados de saúde, a Direcção-Geral da Saúde estabelece que as farmácias hospitalares e as das regiões de saúde devem organizar-se de modo a poder responder às necessidades das grávidas inscritas nas unidades de saúde da sua área de influência.⁽³²⁾

- XV A gravidez é uma oportunidade para realizar o rastreio da neoplasia do colo do útero, nas mulheres que não o realizam habitualmente, de acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas. (26)
- XVI Nas consultas de vigilância pré-natal é importante o rastreio da violência doméstica (VD), nomeadamente nas relações de intimidade e/ou qualquer outro tipo de violência interpessoal. Esta temática deve ser abordada durante a recolha da história clínica – desocultação do fenómeno. Os dados devem ser recolhidos quando a mulher está sozinha⁽³⁴⁾, para não a colocar em risco, caso seja vítima. Na eventualidade de não ser possível fazer esta abordagem na primeira consulta, poderá ser adiada para as subsequentes. ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾

A gravidez é um fator de risco e de vulnerabilidade para a violência nas relações de intimidade, podendo esta ter início depois da gestação ou alterar o padrão quanto à frequência e gravidade neste período. ⁽³⁶⁾

Os profissionais de saúde devem saber reconhecer os riscos, sinais e sintomas de VD e orientar as situações de acordo com o Manual da DGS “Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde”. ⁽³⁷⁾

Durante a observação física o profissional de saúde deve estar atento a sinais e sintomas sugestivos da existência de violência, que poderão surgir sob a forma de:

- **Indicadores físicos** - hematomas, queimaduras, cicatrizes (em diferentes estadios de cicatrização); abuso sexual (incluindo do cônjuge quando não é consentido); lesão anal ou genital; aborto espontâneo ou ameaça de aborto; ⁽³⁸⁾
- **Indicadores psicológicos** - podem revelar-se segundo sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva. ⁽³⁸⁾

Outros sinais que poderão estar associados a esta situação são:

- **Atitude da utente** - hesitante ou evasiva durante a descrição das lesões: medo, fuga no olhar, vergonha, culpa; preocupação desproporcionada em relação às lesões (ex. atitude de grande aflição perante lesões mínimas); explicação não coincidente com as características da lesão: explicações vagas, contraditórias, confusas (ex. encalhei na porta); ⁽³⁸⁾
- **Atitude do par** - excessivamente preocupado(a) e solícito(a); excessivamente despreocupado(a) e/ou irónico(a). É habitual que o/a agressor(a) acompanhe a vítima à consulta como forma de controlo; nestes casos há que convidá-lo(a) a sair da consulta; ⁽³⁵⁾
- **História clínica** - registo da existência ou da suspeita de historial de violência doméstica; tempo de demora substancial entre o tempo da lesão e procura de tratamento; justificações não coincidentes com as características da lesão. ⁽³⁸⁾

A violência na grávida está associada a riscos obstétricos como: hemorragia, aborto, morte fetal, parto prematuro, baixo peso ao nascer ou mesmo uma gravidez não desejada. Podem também estar presentes situações como a depressão, tentativa de suicídio, síndrome de stress pós-traumático, ansiedade e atraso no início da vigilância da gravidez. ⁽³⁹⁾

Além dos riscos para a grávida é importante não esquecer as repercussões da violência no desenvolvimento fetal. Não existe apenas uma vítima direta (que é a mulher) mas também uma vítima indireta (que é a criança). É mais frequente, nas mulheres vítimas de VD, existirem comportamentos de risco para a sua saúde, relacionados com a perda de autoestima, que por sua vez contribuem para o aumento da morbilidade e mortalidade perinatais. Estes comportamentos de risco podem, por exemplo, interferir na capacidade da mulher manter um estado nutricional satisfatório, o repouso adequado ou mesmo o cumprimento da vigilância de saúde na gravidez. ^{(40) (41)}

XVII. A mutilação genital feminina define-se como qualquer procedimento que envolva a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos da mulher ou que provoque lesões nos mesmos por razões não médicas, existindo 4 tipos que diferem quanto ao procedimento realizado. Em Portugal é necessário especial atenção à mutilação genital feminina entre as comunidades e

peessoas imigrantes de países que segundo a OMS apresentam prevalências desta prática, nomeadamente: Costa do Marfim, Egípto, Gâmbia, Guiné-Bissau, Guiné Conacri, Nigéria, Senegal, entre outros. ⁽⁴²⁾

A mutilação genital feminina provoca alterações anatómicas e funcionais nos genitais externos femininos, originando complicações que podem ser mais ou menos graves consoante o tipo e extensão do corte, a experiência de quem realizou a mutilação, a existência ou não de condições de assepsia durante e após a realização do procedimento, a idade e a própria condição física da vítima. ⁽⁴²⁾

Se a mutilação é do tipo I, II e IV e não tiver originado cicatrizes na vulva e vagina que possam provocar obstruções à observação ginecológica e ao parto, a vigilância pré-natal é semelhante ao acompanhamento de qualquer grávida. Se houver obstrução vaginal, presença de tecido fibroso, com pouca distensibilidade ou distorção da anatomia dos genitais externos, **recomenda-se referência precoce para o HAP**. Se a mutilação é do tipo III e foi identificada pela primeira vez durante a gravidez, deve ser proposta a defibulação. Esta prática deve ser realizada no 2º trimestre da gravidez, por volta das 20 semanas de gestação, para redução do risco de aborto espontâneo. A defibulação reduz ainda a vaginose bacteriana, lacerações extensas do períneo e asfíxia intraparto. ⁽⁴²⁾

Registar no processo clínico e, se possível, desenhar o aspeto da vulva para evitar a repetição da observação ginecológica, introduzindo também todas as situações identificadas na Plataforma de Dados da Saúde (PDS). ⁽⁴²⁾ A deteção precoce, a disponibilização de informação nas comunidades e a gestão dos casos sinalizados, contribuem para interromper a realização de mutilação genital feminina nas novas gerações. As complicações associadas à mutilação podem ter um forte impacto na saúde da mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto. É necessário que os profissionais de saúde saibam atuar assertivamente neste período da vida da mulher. ⁽⁴²⁾

A Orientação da DGS **“Mutilação Genital Feminina”** ⁽⁴²⁾ e o **Manual da DGS “Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde”** ⁽³⁷⁾ constituem os referenciais técnicos cujos fluxogramas de atuação devem ser seguidos pelos profissionais de saúde na abordagem a esta temática.

2.2 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A OMS define Educação para a Saúde como uma combinação de aprendizagens que tem por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento da literacia em saúde e do desenvolvimento de competências.⁽⁴³⁾ Esta definição visa contribuir para a operacionalização do conceito de Promoção da Saúde definido na Carta de Ottawa (1986), como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”.⁽⁴⁴⁾

Nesta medida, os profissionais de saúde devem tornar a aprendizagem e a partilha de informação componentes de cada consulta de vigilância, com a mulher e a sua família.

TEMAS A ABORDAR NAS CONSULTAS

Neste documento procura-se concretizar quais os elementos que durante a gravidez estão factualmente associados a benefícios para a grávida e para a criança. Pela diversidade das características populacionais e na impossibilidade de abordar todos os aspetos que compõem a promoção e educação para a saúde, opta-se por salientar os que se consideram mais frequentes.

Alimentação

- **Aconselhar sobre alimentação saudável;**
- **Aconselhar sobre cuidados alimentares seguros e adequados durante a gravidez.**

A gravidez é um período muito importante para refletir sobre o estilo de vida, hábitos alimentares e sensibilizar as mulheres sobre os efeitos benéficos que uma alimentação saudável e variada tem para elas e para os seus bebés.⁽⁴⁵⁾ No entanto, é fundamental respeitar as opções alimentares de cada grávida e procurar, em conjunto, adequar a alimentação a esta fase.

A alimentação da grávida tem uma enorme importância sobre a saúde da criança e determina a qualidade de vida futura do adulto. Neste período, o tipo de alimentação não é muito diferente da recomendada para toda a população, devendo ser completa, equilibrada, variada, segura e adaptada às necessidades da mulher e fases de gestação, nunca sendo tarde demais para fazer as escolhas certas.⁽⁴⁵⁾

O documento “**Alimentação e nutrição na gravidez**” constitui um recurso relevante, que deve ser utilizado na abordagem a este tema.⁽⁴⁶⁾

Os requisitos de energia e de nutrientes aumentam durante a gravidez, não havendo, no entanto, necessidade de “comer por dois”. Recomenda-se 5 a 6 refeições diárias, para que a grávida não esteja mais de 3 horas sem comer. Devem existir duas a três refeições principais e dois a três lanches de acordo com as suas rotinas.⁽⁴⁵⁾

A Roda dos Alimentos Portuguesa é um guia prático para a alimentação incentivando o consumo de pelo menos 5 porções diárias de produtos hortofrutícolas (cerca de 400 gramas), pois são fontes de diversas vitaminas e minerais.

Em relação ao consumo de carne, são preferíveis as carnes mais magras (por exemplo o frango ou peru). Quanto à ingestão de peixe, é importante variar o tipo de pescado consumido.

Devem ser disponibilizadas informações práticas sobre a alimentação, nomeadamente:

- Refeição principal (almoço/jantar) – Procurar variar de acordo com as proporções e variedade da Roda dos Alimentos e incluir sempre a sopa de hortícolas. Os alimentos deste grupo devem ocupar cerca de metade do prato nessas refeições;
- Lanches - Variar e combinar alimentos como fruta, iogurte ou leite, com hidratos de carbono como pão escuro ou de mistura ou mesmo frutos gordos (ex.: amêndoas, nozes, avelãs, pinhões);
- Produtos açucarados – Evitar produtos de pastelaria, sobremesas açucaradas, refrigerantes, chocolates, gomas, rebuçados, etc.;
- Alimentos salgados – Evitar produtos de charcutaria, salsicharia, alguns queijos, alimentos processados industrialmente, caldos concentrados, alimentos tipo fast-food, etc.;
- Alimentos ricos em gordura – Evitar produtos de charcutaria e enchidos, chocolates, massas folhadas, produtos de pastelaria, molhos, etc..
- Reforço hídrico – Aconselhar a ingestão de pelo menos litro e meio de água por dia.

A exclusão de um ou vários grupos de alimentos presentes na Roda dos Alimentos pode conduzir a deficiência de certos nutrientes importantes.

As dietas vegetarianas são baseadas no consumo de alimentos de origem vegetal, excluindo todo o tipo de carne e peixe. Alguns tipos destas dietas podem conter quantidades excessivas de gordura (a partir de queijo, nozes, produtos lácteos, etc). A ingestão de gordura deve ser controlada. Nas dietas vegetarianas podem ocorrer carências nutricionais, nomeadamente de ferro e vit. B12.

Na tabela 6 estão resumidas as características de algumas variantes da dieta vegetariana.

Tabela 6 – Alguns padrões alimentares vegetarianos

Dietas Ovolactovegetarianas ⁽⁴⁵⁾	Dieta que exclui <u>todo o tipo de carne e peixe</u> mas inclui <u>ovos e laticínios</u> .
Dietas Lactovegetarianas ⁽⁴⁵⁾	Dieta que exclui <u>todo o tipo de carne e peixe</u> mas inclui <u>laticínios</u> .
Dietas Vegan ⁽⁴⁵⁾	Dieta que exclui <u>todo e qualquer consumo de alimentos ou sub produtos derivados de origem animal, incluindo ovos, laticínios (leite, queijo, manteiga) e mel.</u> Poderão existir carências em Ferro, Vitamina B12, Ácido fólico e Cálcio, necessitando de uma avaliação nutricional e vitamínica. A administração de suplementos é geralmente necessária. Aconselhar sobre fontes alternativas dos nutrientes e vitaminas: Cálcio > Bebida de soja, queijo de soja (embora tenha um valor muito baixo em cálcio), couves, grão, amêndoas; Vitamina D > Cereais e bebida à base de soja, margarinas vegetais enriquecidas ; Vitamina B12 > Alimentos enriquecidos em Vit. B12; Zinco > lentilhas, ervilhas, feijão-frade, soja, amendoim, amêndoa, noz, feijão branco, milho, avelã .

As grávidas estão mais vulneráveis a toxinfecções alimentares devido às alterações do sistema imunitário. É por isso fundamental saber preveni-las. Deste facto decorre a importância dos cuidados com a escolha e a higiene dos alimentos.

Tabela 7 - Cuidados especiais

PATOLOGIA	CUIDADOS ESPECÍFICOS
Toxoplasmose ⁽⁴⁷⁾	• Especial cuidado de higiene das mãos e utensílios de cozinha depois de manusear carne crua; • Consumir fruta e vegetais crus só depois de bem lavados; não consumir carne mal passada.
Listeriose ⁽⁴⁸⁾	• Alimentos infetados frequentemente: leite e produtos lácteos não pasteurizados; peixe e carne crus e mal cozinhadas; refeições pré-preparadas; frutas e vegetais crus, não lavados ou não cozinhados; • Especial cuidado de higiene das mãos, utensílios e frigorífico.
Salmonelose ^{(45) (49)}	• Comum em aves e ovos, sendo transmitida pela ingestão de alimentos contaminados com fezes de animais, por isso a importância de cozinhar muito bem os alimentos; • Evitar pratos com ovos que não sejam cozinhados - maionese, mousses, etc. Cozinhar muito bem as aves e os ovos de maneira a que a gema e a clara fiquem sólidos.
Brucelose ⁽⁵⁰⁾	• Contaminação por ingestão de carne mal cozinhada ou pelo consumo de produtos lácteos não pasteurizados tais como o leite, queijo e gelado.

Atividade Física

- **Esclarecer acerca da importância do exercício físico ao longo da gravidez;**
- **Aconselhar sobre a atividade física.**

O exercício físico melhora o tónus muscular, a força, a resistência e a postura, ajudando a reduzir os edemas, a aliviar as lombalgias e a obstipação. ⁽¹⁵⁾

A natação, as caminhadas, o yoga e os exercícios de aeróbica de baixo impacto são atividades recomendadas desde que a grávida não se encontre em risco de parto pré-termo, placenta prévia, hemorragia vaginal ou rutura prematura de membranas. ⁽⁵¹⁾

Quando a grávida já praticava algum desporto poderá mantê-lo com moderação, desde que não seja um desporto de contacto físico, ou que envolva o risco de trauma abdominal. Quedas e stress exagerado podem influenciar o desenvolvimento fetal. ⁽¹⁵⁾

Recomenda-se equilíbrio entre a atividade física (pelo menos 30 minutos por dia em 5 dias por semana) e os períodos de repouso. ⁽⁵¹⁾

Saúde Oral

- **Informar sobre a importância da saúde oral;**
- **Incentivar as grávidas a agendar uma consulta de medicina dentária;**
- **Desmistificar ideias preconcebidas relativas ao tratamento dentário.**

Durante a gravidez, devido às alterações hormonais pode ocorrer o aparecimento ou agravamento de problemas orais, em especial a inflamação das gengivas, sendo frequente a dor e o sangramento gengival durante a escovagem. A saúde oral deve ser vigiada durante a gravidez, sobretudo no decurso do segundo trimestre. Nesta fase, a cavidade oral necessita de cuidados especiais e os hábitos de higiene devem também ser reforçados. Por isso, é aconselhável que a escovagem dos dentes se efetue diariamente (duas ou mais vezes), sendo uma delas antes de dormir e usando um dentífrico com flúor. O uso do fio dentário e/ou do escovilhão é suficiente uma vez por dia, de preferência antes da escovagem da noite. ^{(52) (53)}

O “**Plano B**” do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral constitui um recurso relevante, que deve ser utilizado na abordagem a esta temática. ⁽⁵³⁾

A melhoria da saúde oral durante a gravidez pode ajudar, no futuro, a prevenir o aparecimento da cárie nos filhos. ⁽⁵²⁾

Os “cheques-dentista”, no máximo de três, permitem o acesso ao diagnóstico, a cuidados preventivos e curativos de medicina dentária, de acordo com as necessidades identificadas. Os cheques cobrem os tratamentos necessários, de modo a garantir que a mulher grávida, no final do tratamento, fique livre de lesões ativas de cárie dentária. ⁽⁵²⁾

O primeiro cheque será atribuído a todas as grávidas em vigilância pré-natal no SNS que optem por aceitar a sua referência para medicina dentária. Os restantes cheques serão atribuídos às grávidas cuja situação clínica assim o justifique, dependendo do plano de tratamentos estabelecido na primeira consulta, pelo médico aderente. ⁽⁵²⁾

A prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças orais são benéficos e podem ser realizados durante a gravidez. O risco adicional para a mãe ou para o feto dos tratamentos efetuados, incluindo o uso de radiografias intraorais e anestesia local, é menor quando comparado com o risco da não prestação de cuidados e, muitas vezes, da automedicação.^{(52) (53)}

Sexualidade durante a Gravidez

- **Esclarecer sobre a sexualidade durante a gravidez.**

No âmbito da variabilidade das respostas sexuais fisiológicas durante a gravidez, o interesse sexual, a frequência e a satisfação, podem alterar-se para homens e mulheres. As relações sexuais durante a gravidez dependem de muitos fatores, incluindo a qualidade da relação, valores e atitudes face à sexualidade, crenças religiosas, de saúde, preocupações específicas relacionadas com a gravidez.⁽¹⁷⁾

As grávidas e seus parceiros devem ter uma compreensão básica da sexualidade e do impacto da gravidez na mesma. Os profissionais de saúde devem informar sobre: as mudanças físicas e psicológicas durante a gravidez e como estas podem influenciar as respostas sexuais físicas e emocionais; as diferentes formas de dar prazer e a importância da comunicação. Nalgumas situações, como por exemplo, sangramento vaginal, rutura prematura de membranas ou risco de parto pré-termo, deve ser desaconselhado o sexo com penetração vaginal.⁽¹⁷⁾

Quando não existem contraindicações, manter relações sexuais na gravidez não está associado a qualquer resultado adverso.⁽¹⁵⁾

Desconfortos e Sinais de Alerta

- **Informar sobre os sinais de alerta e desconfortos durante a gravidez.**

Muitas mulheres saudáveis vivenciam uma variedade de sintomas ou desconfortos que surgem devido às mudanças fisiológicas normais, da adaptação do corpo à gravidez. Alguns dos sintomas permanecem durante todo esse período, outros são temporários. Por isso, os profissionais de saúde devem fornecer informação antecipada sobre possíveis desconfortos, disponibilizando soluções práticas.⁽¹⁷⁾

Existem, no entanto, sinais ou sintomas que podem indicar um possível problema. Os profissionais de saúde devem promover o conhecimento sobre os sintomas, aconselhando as grávidas a procurar um serviço de saúde se existir qualquer dos sinais incluídos no quadro seguinte⁽¹⁹⁾:

Sinais de Alerta

- Hemorragia vaginal
- Perda de líquido pela vagina
- Corrimento vaginal com prurido/ardor
- Dores abdominais/pélvicas
- Arrepios ou febre
- Dor/ardor quando urina
- Vômitos persistentes
- Dores de cabeça fortes ou contínuas
- Perturbações da visão
- Diminuição dos movimentos fetais

Tabagismo

- Inquirir todas as grávidas relativamente ao consumo de tabaco (passado e presente) e à exposição ao fumo ambiental, o mais cedo possível na gravidez e em cada consulta pré-natal;
- Informar e aconselhar as grávidas, os seus parceiros e outros membros da família sobre os riscos do consumo e da exposição ao fumo ambiental do tabaco, bem como estratégias para reduzir o consumo e essa exposição;

- **Disponibilizar intervenções psicossociais para a cessação do consumo de tabaco a todas as mulheres grávidas fumadoras ou que pararam de fumar recentemente;**
- **Sempre que a grávida se mostre interessada em parar de fumar e apresente um elevado grau de dependência deve ser equacionado o encaminhamento para uma consulta de apoio intensivo à cessação tabágica;**
- **Envolver diretamente os parceiros e outros membros da família no sentido de promover a redução do consumo e da exposição ao fumo ambiental do tabaco.**

É um direito básico de todas as grávidas serem informadas sobre os malefícios do uso do tabaco e da exposição ao fumo ambiental, nomeadamente em casa, no carro e no local de trabalho. ⁽⁵⁴⁾

Fumar durante a gravidez pode causar graves problemas de saúde e um aumento do risco de aborto espontâneo, parto prematuro, morte fetal, baixo peso à nascença e síndrome de morte súbita do lactente. ⁽⁵⁵⁾

Parar de fumar antes da concepção, ou no início da gravidez e manter a abstinência durante este período, proporciona benefícios quer para o feto quer para a mãe, até mesmo nas últimas semanas ou dias antes do parto. ⁽⁵²⁾ Reduzir drasticamente o número diário de cigarros fumados poderá diminuir o risco de complicações, embora não o elimine totalmente. ⁽⁵⁴⁾

A evidência científica demonstra que as seguintes intervenções são eficazes para ajudar as grávidas a deixar de fumar: terapia cognitivo-comportamental; entrevista motivacional e grupos de autoajuda estruturados. ⁽⁵⁵⁾

Não existem recomendações cientificamente validadas sobre a utilidade da terapia de substituição de nicotina para apoiar a cessação do consumo de tabaco durante a gravidez. O uso do bupropion ou da vareniclina para esse efeito na gravidez não está indicado. ⁽⁵⁴⁾

Todas as intervenções que visem a prevenção do consumo de tabaco e da exposição ao fumo ambiental na gravidez devem ser centradas na mulher e nas questões de igualdade de género; culturalmente adequadas e socialmente aceitáveis; isentas de julgamento, punição ou estigmatização. ^{(56) (55)}

O envolvimento da família, incluindo o companheiro da grávida, permite não só promover a redução à exposição ao fumo ambiental do tabaco, bem como averiguar o suporte existente para o processo de cessação tabágica. ⁽⁵⁵⁾

O documento “Cessação tabágica na gravidez: Guia para profissionais de saúde” constitui um recurso relevante, que deve ser utilizado na abordagem a esta situação. ⁽⁵⁷⁾

Álcool e Substâncias Psicoativas (SPA)

- **Inquirir todas as grávidas relativamente ao consumo de álcool e outras SPA (passado e presente), o mais cedo possível na gravidez e em cada consulta;**
- **Informar e aconselhar as grávidas sobre os riscos do consumo de álcool e SPA;**
- **Disponibilizar intervenções psicossociais para a cessação do consumo de álcool e SPA e referenciar para ajuda especializada as grávidas que não são capazes de abandonar os consumos;**
- **Envolver diretamente os parceiros e outros membros da família no sentido de promover o abandono do consumo de álcool e SPA pela grávida ou puérpera;**
- **Implementar metodologias de deteção precoces e de intervenções breves pelos profissionais que acompanham a grávida.**

É importante questionar sobre o consumo de álcool e SPA em cada consulta atendendo a que algumas mulheres são mais capazes de relatar informações sensíveis e pessoais somente após terem estabelecido uma relação de confiança sólida com os profissionais de saúde. ⁽⁵⁸⁾ Quando incluído num exame global de saúde a maior parte dos utentes dos Cuidados de Saúde não coloca objeções a que lhes seja questionada informação sobre os seus hábitos de consumo de álcool. ⁽⁵⁹⁾

As grávidas e as mulheres que planeiam engravidar devem ser aconselhadas a abandonar o consumo de álcool durante a gravidez.

O consumo de álcool pode causar problemas para o desenvolvimento do feto durante toda a gravidez, inclusive antes da mulher saber que está grávida. Durante os primeiros três meses de gravidez pode estar associado a um aumento do risco de aborto espontâneo ⁽¹⁵⁾, ser causa de malformações fetais, bem como de baixo peso à nascença, défices intelectuais e alterações comportamentais. ⁽⁶⁰⁾

Reforçar que relativamente ao álcool e às SPA não existe nem uma dose segura nem uma fase da gravidez em que o seu consumo seja inócuo. ^{(15) (61)}

O consumo de SPA no período pré-natal está associado a efeitos potencialmente prejudiciais para a grávida e para o feto. No entanto, avaliar a extensão total das consequências do abuso de drogas é difícil por muitas razões. Fatores individuais, familiares, ambientais, tais como, o estado nutricional, a qualidade da vigilância pré-natal, as condições socioeconómicas, entre outros, tornam difícil determinar o efeito direto do consumo de SPA durante este período sobre a criança. ⁽⁵⁹⁾

Os efeitos podem ser subtis e geralmente variam desde baixo peso ao nascer até défices de desenvolvimento que afetam o comportamento e a cognição. Por exemplo, défices de atenção e de linguagem, assim como problemas de comportamento e de aprendizagem, os quais podem afetar o sucesso escolar. ⁽⁶²⁾

A gravidez pode ser uma oportunidade para as mulheres, os seus parceiros e outras pessoas com quem coabitam mudarem os padrões de consumo de álcool e SPA.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para intervir ou referenciar para serviços especializados as grávidas que são identificadas com consumos de SPA ou consumos excessivos de álcool (passado e presente). ⁽⁵⁸⁾

O consumo excessivo de álcool pode ser avaliado utilizando a ferramenta AUDIT, de acordo com a **Norma da DGS nº030/2012 – “Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo do álcool no adulto”**. ⁽⁵⁹⁾

Grávidas com elevados níveis de consumo de álcool e/ou SPA podem reduzi-lo no seguimento de intervenções breves, preferencialmente que incluam o seu parceiro e/ou familiares. ⁽⁵⁸⁾

Implementar metodologias de detecção precoce e de intervenções breves pelos profissionais que acompanham a grávida é uma das mais promissoras estratégias para prevenir a exposição ao álcool e outras SPA durante a gravidez e amamentação. ⁽⁶³⁾

Segurança Rodoviária

- **Informar sobre os cuidados relacionados com a segurança rodoviária.**

Todas as grávidas devem usar o cinto de segurança, tendo o cuidado de não deixar que o mesmo exerça pressão sobre o abdômen. A faixa transversal do cinto de segurança será colocada sobre os ossos da bacia, de modo a ficar apoiada em baixo, e a faixa longitudinal, sobre o ombro, passando pelo esterno. No último trimestre da gravidez, a mulher deve evitar usar os lugares com *airbag* frontal. Não havendo alternativa, é necessário fazer recuar o banco o mais possível. Pode também ser desaconselhável conduzir no final da gravidez, devido à proximidade do *airbag*. ⁽⁶⁴⁾

2.3 PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARA A PARENTALIDADE

Todas as questões envolvidas na gravidez, parto, puerpério e parentalidade que podem afetar a grávida e a sua família devem ser tratadas de uma forma pró-ativa, no âmbito da educação pré-natal, na qual se inclui a preparação para o parto e a parentalidade. Este tema deve ser abordado em todas as consultas à medida das necessidades de cada grávida/casal e os conteúdos devem ser adequados a cada fase da gravidez. ⁽¹⁷⁾

Os temas a abordar devem incluir informações sobre as transformações físicas e psicológicas da gravidez e parentalidade, o crescimento e desenvolvimento fetal, a saúde oral, o trabalho de parto, os tipos de parto, a analgesia no parto, o papel do acompanhante, a massagem ao períneo e a informação acerca de

células estaminais. Os cuidados no puerpério e ao recém-nascido (alimentação, banho, roupa, vacinas), a prevenção de acidentes, incluindo a “alta segura”, o aleitamento materno, as competências parentais e os direitos e deveres parentais são temáticas igualmente importantes. ^{(10) (13)}

Esta intervenção tem como objetivos desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho. ⁽⁶⁵⁾

Deve ser promovida a participação do pai e/ou de outra pessoa significativa para a grávida. ^{(10) (13)} Os homens têm necessidades psicológicas, emocionais e físicas específicas relacionadas com a sua preparação e adaptação à paternidade, que é necessário ter em conta, escutando-os, esclarecendo-os e apoiando-os também. ⁽¹⁷⁾

Os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, ou Cursos de Preparação para o Nascimento, constituem uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez.

Estes cursos permitem às mulheres/casais a partilha, a expressão e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes destas fases, num ambiente de grupo e de suporte mútuo.

Além da componente teórica na abordagem das diferentes temáticas, este deve incluir sessões práticas que envolvam exercícios para o período da gravidez e do pós-parto imediato. As atividades com vista à promoção da vinculação entre mãe/pai/bebé (comunicação intrauterina, aprendizagem da massagem infantil), os posicionamentos a ter durante o trabalho de parto e as técnicas de respiração e relaxamento devem, também, ser abordados nas sessões práticas. ⁽¹⁵⁾

O recurso a equipas multidisciplinares permite que grávidas/casais tenham contacto com diferentes experiências e saberes que enriquecem e promovem a qualidade da aprendizagem.

Antes do início do curso, o profissional responsável pela atividade deve realizar uma entrevista de modo a conhecer a grávida/casal, identificar possíveis desvios da normalidade quanto ao processo da gravidez e tomar conhecimento de necessidades específicas em cada caso.

Quando possível, a visita ao local onde se prevê que venha a decorrer o parto é um fator importante para atenuar os medos e ansiedades relativos ao hospital ou maternidade, tornando o nascimento iminente mais real.⁽¹⁷⁾

“ A **educação pré-natal** tem como objetivo **preparar os futuros pais para o parto e parentalidade**. O casal procura nestes cursos a oportunidade para receber **informação** sobre a tomada de decisão no **trabalho de parto, alívio da dor, cuidados ao recém-nascido, aleitamento materno, competências parentais**. ” ⁽⁷⁸⁾

Direitos e Deveres Parentais

O conhecimento sobre o regime de proteção e apoio à parentalidade é fundamental para a grávida/casal. Nesse sentido é crucial que os profissionais de saúde possuam informação atualizada e pertinente sobre os mecanismos de apoio existentes.

O artigo 68º da Constituição da República Portuguesa determina que a maternidade e a paternidade constituem valores sociais eminentes e, como tal, os pais e as mães têm direito à proteção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível ação em relação aos filhos. Determina ainda que as mulheres têm direito a especial proteção durante a gravidez e após o parto, tendo as mulheres trabalhadoras ainda direito a dispensa do trabalho por período adequado, sem perda de retribuição ou de quaisquer regalias. A lei regula a atribuição às mães e aos pais de direitos de dispensa de trabalho por período adequado, de acordo com os interesses da criança e as necessidades do agregado familiar.

Em relação à proteção da parentalidade, a legislação laboral atual pretende facilitar a conciliação da vida profissional com a vida familiar e promover a igualdade de direitos do pai e da mãe, fomentando a partilha da licença parental. Nesse sentido a licença de maternidade e paternidade passou a designar-se “licença parental”, que pode ser de gozo exclusivo pelo pai ou pela mãe.⁽⁶⁶⁾

O [site](http://www.cite.gov.pt) da Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (www.cite.gov.pt) constitui um recurso para os profissionais de saúde.

Preparação para o Aleitamento Materno

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural que possui a composição nutricional perfeitamente ajustada às necessidades do bebê. Sofre alterações ao longo do tempo, respondendo à crescente exigência de nutrientes que ocorre com o crescimento. Para além de nutrientes possui outras substâncias com capacidade imunomoduladora, bem como centenas de espécies de bactérias benéficas, tornando o leite materno inimitável. É adequado a quase todos os recém-nascidos, sendo raras as exceções.

O aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida ajuda à formação de uma estreita relação entre a mãe e o bebê. O contacto e a atenção ajudam o bebê a sentir-se seguro e amado, o que é de extrema importância para a sua saúde, o seu crescimento e desenvolvimento.

Para que a amamentação tenha sucesso e decorra sem intercorrências, devem conjugar-se três fatores: o desejo e a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte à amamentação.

Todas as grávidas devem ser informadas sobre as vantagens e questões práticas do aleitamento materno, para uma tomada de decisão, nomeadamente: importância da amamentação para a mãe e para o bebê; tempo de duração da amamentação exclusiva; importância de manutenção do aleitamento materno, se possível, até aos dois anos de vida; saber reconhecer quando o bebê está a receber leite suficiente; pertinência de evitar oferecer tetinas e chupetas até a amamentação estar estabelecida; saber identificar as formas de prevenir dificuldades; conhecer riscos das fórmulas para lactentes e as desvantagens de não amamentar.

As vantagens do aleitamento materno para a criança são nutricionais, anti-infecciosas, imunológicas, cognitivas, e afetivas.⁽⁶⁷⁾ Tem também um papel importante na estimulação da musculatura oro facial e moldagem do palato com benefício para a respiração nasal e oralidade/fala.⁽⁶⁸⁾ Para a mãe, as vantagens são a promoção da involução uterina, estando associada a diminuição do risco de cancro da mama e do ovário. Potencia também as competências maternas.^{(67) (68)}

É fundamental iniciar a amamentação logo após o nascimento, em contacto pele a pele com a mãe durante a primeira hora de vida, pois estimula a produção de leite materno. O alojamento conjunto, a amamentação frequente e guiada pelo bebé, um bom posicionamento, uma boa pega e a amamentação exclusiva, sem suplementos, contribuem igualmente para o sucesso da amamentação.

A todas as mulheres deve ser oferecido apoio na manutenção do aleitamento materno por forma a aumentar a duração e a exclusividade da mesma. O apoio em consulta ou visita domiciliária é mais eficaz, mas pode igualmente ser útil quando realizado através de contacto telefónico.

É fundamental que o pai e/ou outras pessoas significativas para a mãe/bebé também estejam a par das vantagens e das práticas do aleitamento materno para que possam dar o apoio e o estímulo necessário.

Para que a amamentação seja bem-sucedida, as organizações de saúde devem implementar e fazer cumprir o Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno.

O profissional deve avaliar e antecipar a resolução dos problemas mais frequentes da amamentação durante a gravidez, nomeadamente se existiram previamente intervenções cirúrgicas ou alterações nos mamilos, que podem requerer apoio especializado durante o pós parto imediato.

Na maioria dos casos o mamilo fica mais saliente nas últimas semanas de gravidez e/ou logo após o parto, pelo que não está demonstrado que haja necessidade de preparar o mamilo antes do parto.

Salienta-se que não constituem contraindicação para o aleitamento as situações em que as mães são AgHBs positivas; têm infeção pelo vírus VHC; com síndrome febril; expostas a baixo teor de agentes químicos ambientais; fumadoras. Também não constitui contraindicação a existência de hiperbilirrubinémia no recém-nascido. ⁽⁶⁹⁾

Em raras situações o aleitamento materno pode ser contraindicado de forma absoluta ou temporária. ⁽⁶⁷⁾

A informação veiculada durante a gravidez deve estar em consonância com os cuidados a prestar durante a consulta de puerpério. É igualmente importante nesta fase capacitar a grávida com conhecimento sobre o local ou locais onde possa recorrer para apoio.³

Quando existe dúvida sobre a possibilidade de utilizar um fármaco durante o período da amamentação podem ser consultados sites de referência:

- **e-lactancia.org** (www.e-lactancia.org);
- **LactMed** (www.toxnet.nlm.nih.gov);
- **SIMeG** (Portugal).

³ Pode encontrar-se informação complementar sobre esta temática no capítulo da Consulta do Puerpério.

Tabela 8 - Guia das consultas de Vigilância da Gravidez

1ª CONSULTA – Antes das 12 semanas

DETERMINAR/EFETUAR

- Dados da consulta pré-concepcional;
- Elementos da história clínica;
- Avaliação de fatores de risco pré-natal;
- Avaliação de fatores de risco social, tais como pobreza, imigração, desemprego, refugiados, condições habitacionais precárias;
- Cálculo da IG e DPP;
- Avaliação do bem-estar materno (peso e altura – antes da gravidez e atual / índice de massa corporal / pressão arterial (PA) / análise sumária à urina – bacteriúria e proteinúria / pesquisa de edemas / pesquisa de sinais de anemia (coloração da pele, das extremidades e da mucosa oral);
- Avaliação da motivação e adaptação pessoal e familiar para o estado de gravidez (desejada/planeada/não aceite);
- Exame físico e ginecológico (atenção à genitália externa para detecção de situações de mutilação genital feminina);
- Rastreio da violência nas relações de intimidade através de perguntas tipo, como: *“Existem conflitos familiares que a estejam a preocupar? Tem tido problemas de relacionamento com o seu companheiro? Sente-se segura na sua relação?”*;
- Preenchimento do BSG;
- Avaliação do histórico vacinal.

Antes das 12 semanas

VALIDAR/INFORMAR	VERIFICAR/REQUISITAR
• Importância e periodicidade da vigilância da gravidez; • Caráter adaptativo das transformações psicológicas que ocorrem na gravidez; • Estilos de vida saudável (alimentação / aumento ponderal desejável / trabalho / atividade física / repouso / cuidados de higiene / sexualidade / segurança rodoviária / consumo de tabaco, álcool, substâncias psicoativas); • Sinais de alerta e de aborto; • Fisiologia e desconfortos da gravidez no 1º T; • Prevenção de infeções; • Desenvolvimento embrionário/fetal; • Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral; • PNV (prevenção do tétano neonatal, gripe sazonal, gripe pandémica, quando aplicável); • Suplementação com ácido fólico (400 µg/dia) até à 12ª semana de gravidez e iodo (150-200 µg/dia) durante toda a gravidez.	• Boletim Individual de Saúde; • Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar; • Ecografia obstétrica do 1ºT; • Análises laboratoriais do 1ºT; • Suplemento de ácido fólico e iodo; • Ponderar “cheque dentista”; • Ponderar referência para consulta de cessação tabágica, consulta de psicologia, consulta com assistente social ou para Unidade de Cuidados na Comunidade; • Ponderar referência para HAP ou HAPD (de acordo com protocolo de cada UCF). • Ponderar referência para as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) e Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco.

2ª CONSULTA – Entre as 14 e as 16 semanas e 6 dias

DETERMINAR/EFETUAR

- Avaliação dos exames pedidos;
- Reavaliação da IG e corrigir DPP, se aplicável;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal (peso / pressão arterial (PA) / altura uterina (AU) / análise sumária à urina / edemas / batimentos cardio-fetais);
- Avaliação de fatores de risco pré-natal;
- Avaliação de sinais de ansiedade (ambivalência, insegurança) e do risco de depressão na gravidez (sinais de alerta a valorizar: tristeza invasiva / desespero / crises de choro / Ideação suicida).

3ª CONSULTA – Antes das 24 semanas

DETERMINAR/EFETUAR

- Avaliação dos exames pedidos;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal (peso / PA / análise sumária à urina / edemas / altura uterina (AU) / batimentos cardio-fetais / movimentos fetais);
- Avaliação de fatores de risco pré-natal;
- Vacinação contra o tétano e difteria (atualizar se necessário).

Entre as 14 e as 16 semanas e 6 dias

VALIDAR/INFORMAR	VERIFICAR/REQUISITAR
• Estilos de vida saudável; • Sinais de alerta e de aborto; • Fisiologia da gravidez e desconfortos do 2ºT; • Crescimento e movimentos fetais / vestuário / profilaxia da insuficiência venosa / cuidados à pele; • Legislação na gravidez (atividade laboral / direitos / abono de família pré-natal); • Diagnóstico Pré-natal, se aplicável; • Suplementação com ferro elementar (30-60mg/dia);	• Ecografia obstétrica do 2ºT (entre as 20-22s); • Serologia para rubéola (se não imune entre as 18-20 s); • Rastrear hemoglobinopatias (se hg alterada); • Modelo de certificação do tempo de gravidez para efeitos do pagamento do abono pré-natal; • Ponderar referência para HAP ou HAPD; (de acordo com protocolo de cada UCF); • Ponderar referência para consulta de psicologia.

Antes das 24 semanas

VALIDAR/INFORMAR	VERIFICAR/REQUISITAR
• Estilos de vida saudável; • Sinais de alerta e de parto pré-termo; • Abordar Profilaxia da isoimunização RhD, se aplicável; • Calendário e inscrição em curso de preparação para o parto e parentalidade.	• Análises laboratoriais do 2º T (entre as 24-28 s); • Programar administração de Imunoglobulina anti-D, se aplicável; • Ponderar referência para HAP ou HAPD (de acordo com protocolo de cada UCF).

4ª CONSULTA – Entre as 27-30 Semanas e 6 dias

DETERMINAR/EFETUAR

- Avaliação dos exames pedidos;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal (peso / PA / análise sumária à urina / edemas / altura uterina (AU) / batimentos cardio-fetais / movimentos fetais);
- Avaliação de fatores de risco pré-natal;
- Realizar profilaxia da isoimunização RhD, se aplicável;
- Avaliação da capacidade de antecipar e de integrar uma nova pessoa na família.

5ª CONSULTA – Entre as 34-35 Semanas e 6 dias

DETERMINAR/EFETUAR

- Avaliação dos exames;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal (peso / PA / análise sumária à urina / edemas / altura uterina (AU) e perímetro abdominal / batimentos cardio-fetais / movimentos fetais);
- Vacinação contra o tétano e difteria (2ª dose, se aplicável);
- Avaliação de fatores de risco pré-natal;
- Avaliação da capacidade de antecipar e de integrar uma nova pessoa na família.

Entre as 27-30 Semanas e 6 dias

VALIDAR/INFORMAR	VERIFICAR/REQUISITAR
• Estilos de vida saudável; • Sinais de alerta e de parto pré-termo; • Promoção do aleitamento materno; • Importância da comunicação intrauterina (falar com o feto, acariciar o abdómen, estimular pensamentos sobre o bebé, etc).	• Análises laboratoriais do 3ºT (> 32s); • Ecografia obstétrica (3ºT) – (30-32 s); • Ponderar referência para HAP ou HAPD (de acordo com protocolo de cada UCF).

Entre as 34-35 Semanas e 6 dias

VALIDAR/INFORMAR	VERIFICAR/REQUISITAR
• Estilos de vida saudável; • Sinais de alerta e de parto pré-termo; contagem dos movimentos fetais (pela mãe); • Fisiologia e desconfortos da gravidez no 3ºT; • Registo de movimentos fetais no BSG /"Mala" para a maternidade; • Importância da sintonia entre as emoções da mãe e as reações do feto; • Preparação do quarto e do enxoval do bebé.	• Análise laboratorial: pesquisa de estreptococos β hemolítico de grupo B no terço externo da vagina e ano-retal (35-37 s); • Ponderar referência para HAP ou HAPD (de acordo com protocolo de cada UCF).

6ª CONSULTA – Entre as 36-38 Semanas e 6 dias

DETERMINAR/EFETUAR

- Avaliação dos exames;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal (peso IPA / análise sumária à urina / edemas / altura uterina / perímetro abdominal / apresentação fetal / batimentos cardio-fetais / movimentos fetais);
- Avaliação de fatores de risco pré-natal.

7ª CONSULTA – Após as 40 Semanas

DETERMINAR/EFETUAR

- Avaliação do bem-estar materno-fetal (peso IPA / análise sumária à urina / edemas / altura uterina / perímetro abdominal / apresentação fetal / batimentos cardio-fetais / movimentos fetais);
- Avaliação do índice de Bishop;
- Avaliação de fatores de risco pré-natal.

Entre as 36-38 Semanas e 6 dias

VALIDAR/INFORMAR	VERIFICAR/REQUISITAR
• Estilos de vida saudável; • Sinais de alerta de início de trabalho de parto e/ou risco; • Fisiologia do trabalho de parto / sinais de parto / plano de parto / estratégias de alívio da dor no trabalho de parto; • Promoção do aleitamento materno; • Cuidados ao RN / vigilância de saúde infantil / alta segura; • Recursos na comunidade (rede de cantinhos de amamentação) / linhas telefónicas e sites de apoio / recuperação no pós-parto); • Alterações fisiológicas no puerpério / revisão de parto / contraceção.	• Registo integral de dados no BSG; • Referenciar para HAP ou HAPD (de acordo com protocolo de cada UCF).

Após as 40 Semanas

VALIDAR/INFORMAR	VERIFICAR/REQUISITAR
• Sinais de alerta de início de trabalho de parto e/ou risco; • Fisiologia do trabalho de parto / sinais de parto / plano de parto / estratégias de alívio da dor no trabalho de parto; • Indicação para indução do trabalho de parto.	• Cardiotocografia, se aplicável.



3.

CONSULTA
DO PUERPÉRIO

3. CONSULTA DO PUERPÉRIO

3.1 DEFINIÇÃO

Puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) recém-nascido(s) e se prolonga por 6 semanas pós-parto (42 dias). Designa-se por consulta de puerpério a consulta ou consultas realizadas durante este período. ⁽⁷⁰⁾

Nesta fase é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel. ⁽⁷⁰⁾

3.2 OBJETIVOS

- Avaliar o bem-estar físico, emocional e social da mulher/criança/família;
- Corrigir/tratar situações de dificuldade ou desvio da normalidade durante o puerpério;
- Identificar situações de luto perinatal (morte da criança ou pessoa significativa para a puérpera) ou de internamento do recém-nascido para que recebam intervenção específica.

3.3. MODELO DE ENTREVISTA E CONSULTA

As consultas do puerpério devem ser realizadas em articulação e complementaridade com as consultas de Saúde Infantil.

O documento “**Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de Orientação para Profissionais de Saúde**” (páginas 35-40), constitui um instrumento útil de trabalho que deve ser utilizado na entrevista / nas consultas de puerpério. ⁽¹²⁾

A visita domiciliária durante o período do puerpério (até ao 42º dia) constitui um instrumento de trabalho, sendo particularmente importante nas famílias ou situações identificadas como de risco.

O documento “**Maus tratos em crianças e jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção**” permite igualmente identificar riscos, fatores protetores e sinais de maus tratos, nomeadamente ligados ao recém-nascido e à fratria, aquando da consulta do puerpério ou da visita domiciliária. ⁽⁷¹⁾

3.4 REGISTO DE DADOS E DE AVALIAÇÕES

Nas situações em que se justifique as puérperas devem ser referenciadas a consulta hospitalar de acordo com os critérios estabelecidos em cada UCF.

Os dados da consulta devem ser registados no processo clínico, no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e no Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar.

3.5 ESQUEMA E PERIODICIDADE DA CONSULTA DO PUERPÉRIO

No puerpério que decorra sem complicações ou desvios da normalidade preconiza-se:

- Uma consulta a realizar entre a 4ª e a 6ª semanas após o parto;
- Deve ser consagrada uma consulta no puerpério precoce (até ao 15º dia pós-parto) em puérperas com determinadas situações:
 - **Extremos da idade reprodutiva;**
 - Necessitem de **avaliação de ferida cirúrgica** e eventual remoção de material de sutura;
 - **Dificuldades no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno;**
 - **Sinalizadas pelo hospital** e/ou no âmbito dos protocolos da UCF.

3.6 INFORMAÇÃO

Nas consultas do puerpério devem ser validados os conhecimentos da puérpera/casal, as suas tomadas de decisão e disponibilizar informação de acordo com a tabela 9.

Durante a consulta deve ser fornecida informação escrita de forma a complementar a que foi transmitida oralmente, dando oportunidade às mulheres de tomar decisões informadas sobre os seus cuidados de saúde, em parceria com os profissionais de saúde.

3.7 INTERVENÇÕES

O conjunto de intervenções pode ser acrescido tendo em conta os dados da história clínica, as necessidades da puérpera/ família, os protocolos de cada UCF, sem prejuízo do definido no ponto anterior. As intervenções a realizar durante esta consulta encontram-se resumidas na tabela 9.

- A) Avaliar o aleitamento materno⁴:
 - Observar sinais de uma boa pega;
 - Validar os cuidados com as mamas e mamilos;
 - Capacitar para a resolução de dificuldades durante a amamentação;
- B) Avaliar a Saúde Mental:
 - Identificar sinais de risco e fatores protetores;
 - Avaliar situações de luto;
- C) Avaliar a dinâmica familiar e suporte social;
- D) Avaliar:
 - Estado nutricional⁵;
 - Necessidade de suplementação com iodo e ferro;
- E) Avaliar as possíveis perdas hemáticas e involução uterina;
- F) Avaliar o pavimento pélvico;
 - Ensinar a realizar os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico mesmo se assintomáticas;
- G) Promover o início da contraceção;
- H) Informar sobre a sexualidade durante o puerpério;
- I) Avaliar o consumo de substâncias nocivas como o tabaco, álcool e outras substâncias⁶;
- J) Realizar o rastreio da neoplasia do colo uterino, se aplicável;
- K) Verificar estado vacinal da puérpera;

4, 5, 6 Temática já abordada no subcapítulo da Educação para a Saúde.

3.8 FUNDAMENTAÇÃO

- I. O aleitamento materno promove a vinculação mãe-criança, diminui o risco de hemorragia, de depressão pós-parto, bem como de cancro da mama e ovário. Os lactentes devem ser exclusivamente amamentados durante os primeiros seis meses de vida para terem um crescimento, desenvolvimento e saúde otimizados. ⁽⁶⁷⁾ Nas consultas de puerpério devem ser validados os conhecimentos da puérpera/casal e a tomada de decisão sobre alimentação segura da criança.

A observação e promoção de uma boa pega, evita que surjam dificuldades durante a amamentação (anexo 2). Os profissionais de saúde devem saber reconhecer e informar sobre pequenas dificuldades que podem surgir nas primeiras semanas de amamentação, tais como: dor durante a mamada; ingurgitamento mamário; mamilos com fissuras; mamilos planos e invertidos; obstrução ductal; mastite; abscesso mamário; corrimento hemático; infeção fúngica do mamilo. ^{(67) (69)}

- II. No puerpério há transformações psicológicas consideradas adaptativas. No que diz respeito à saúde mental, neste período podem ser identificadas três situações com graus de ocorrência e severidade diferentes:
- O **blues pós-parto** caracteriza-se por humor depressivo, crises repetidas de choro e ansiedade. Com prevalência entre 40% a 60%, constitui uma perturbação emocional que deve estar ultrapassada ao fim de 10 a 14 dias e tende a desaparecer espontaneamente. Podendo ter carácter adaptativo não deve, contudo, ser desvalorizado. ⁽⁷²⁾
 - A **depressão pós-parto** caracteriza-se pelos sintomas anteriores que se prolongam no tempo e se agravam, acrescidos de confusão, perturbações do sono e do apetite. Tem uma prevalência de 10% a 15%. Constitui uma patologia que pode originar perturbações emocionais e cognitivas quer na mãe quer na criança, se não for detetada e tratada precocemente. ⁽⁷²⁾

- A **psicose pós-parto** caracteriza-se por alucinações, delírios e angústias paranoides. Com prevalência de 2-4/1000 surge nas duas primeiras semanas após o parto. Constitui uma patologia grave que requer tratamento intensivo em consulta da especialidade e por vezes de internamento.

(72) (12)

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (anexo 3) é um instrumento coadjuvante no diagnóstico da depressão pós-parto, indicando a sua probabilidade mas não a sua gravidade. A aplicação deste instrumento, apesar de recomendada, não substitui a avaliação clínica. (12)

A maior parte das grávidas/casal/família antecipa que o parto seja normal e que a gravidez e o desenvolvimento da criança sejam saudáveis. Contudo, quando isso não acontece é importante que os profissionais acompanhem e apoiem a mãe/casal em situações de luto. Estas incluem não só a morte fetal ou neonatal, o nascimento de um recém-nascido com malformações, mas também a morte de uma pessoa emocionalmente significativa para a mulher. Perante estes acontecimentos coexistem intensos sentimentos de perda, afetando a saúde mental das mulheres tornando-as mais vulneráveis para o desenvolvimento de uma perturbação. (72) (65)

Em situações de luto é importante oferecer apoio, através de uma escuta ativa e reflexiva dos sentimentos e emoções presentes nesta fase, ajudando o casal a entender as causas e circunstâncias da morte fetal e neonatal; (17)

A morte de um recém-nascido é um momento difícil para qualquer mãe/casal/família. A este acontecimento pode associar-se a hospitalização ou doença da mãe, por algum tempo, o que interfere fortemente na relação do casal, requerendo um apoio adicional tanto para a mulher como para o seu parceiro. (73)

O processo de luto é exclusivo para cada indivíduo e não pode ser “normalizado” com regras e regulamentos do que os pais devem ou não fazer. Como tal, a qualidade da relação entre a grávida/casal e profissional de saúde assume uma grande importância. (17)

- III. Os profissionais de saúde devem ter especial atenção à relação emocional mãe/pai/criança, à qualidade da vinculação, à deteção de sinais e sintomas

de maus-tratos, de negligência, de VD, ou dos relacionados com o risco de mutilação genital feminina⁷;

Todas as situações mencionadas anteriormente deverão ser registadas no módulo do Programa de Saúde infantil e Juvenil nos sistemas de informação de apoio às consultas médica e de enfermagem no separador “Avaliação do Risco Familiar”. Esta avaliação deverá estar de acordo com o documento da DGS “Manual de maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção”.⁽⁷¹⁾

A mulher pode incluir no seu sistema de apoio o parceiro, a família nuclear, os amigos, a comunidade e quaisquer outras pessoas que ela considere necessárias para o seu bem-estar físico, emocional e social.⁽¹⁷⁾

As mulheres devem ser incentivadas a desenvolver e manter redes de apoio social, pois estas são promotoras de uma interação positiva mãe/bebé e de um sentimento de pertença e segurança.⁽⁷²⁾ Avaliar a existência de suporte social é importante para detetar situações de risco para a relação mãe/criança, como por exemplo isolamento social, e ausência de suporte familiar.⁽¹²⁾

Um apoio social insuficiente durante o puerpério é caracterizado pelo isolamento; falta de ajuda quando se trata de tarefas diárias, eventos que provocam stress ou crises; e falta de apoio de um companheiro, amigo próximo ou membro da família.⁽¹²⁾

- IV. Deve ser reestruturado o plano alimentar, desta vez adaptado às necessidades nutricionais da mulher lactante e de acordo com o novo estilo de vida.

As grávidas e as lactantes são um grupo de risco para a carência de iodo. Estudos demonstram os valores recomendados de 250 µg/dia podem ser atingidos através da suplementação com iodeto de potássio e ingestão de alimentos fornecedores de iodo.⁽¹¹⁾

- V. Questionar sobre as características das perdas hemáticas (quantidade, cheiro, duração) é indispensável para averiguar a normalidade e diagnosticar precocemente complicações no puerpério. Com os mesmos objetivos devem ser, também, avaliadas a perineorrafia ou a cicatriz da cesariana.

7 As temáticas sobre a violência doméstica e a mutilação genital feminina foram abordadas no capítulo da Vigilância da Gravidez

- VI. De acordo com a literatura, na consulta do puerpério devem ser avaliados na totalidade os diferentes aspetos e funcionalidades do pavimento pélvico, a saber, urogenital, fecal e sexual. A profilaxia, referência e terapêuticas precoces durante este período diminuem as complicações urogenitais e fecais futuras. ^{(72) (74) (75)}

As questões devem ser dirigidas a todas as mulheres, mesmo quando não refiram espontaneamente queixas, mas deve ser consagrada especial atenção às mulheres após um parto vaginal distócico, prolongado ou com recém-nascido macrossómico. ^{(72) (74) (75)}

Devem, ainda, ser informadas de que, se surgirem queixas durante o primeiro ano pós-parto, devem referir o facto em consulta e caso apresentem sintomatologia devem ser referenciadas para reeducação períneo esfinteriana. ^{(72) (74) (75)}

- VII. A utilização de contraceção deve ser discutida durante a vigilância da gravidez e reforçada, depois, na consulta do puerpério. A escolha do método é influenciada por diversos fatores, que devem ser considerados, nomeadamente: o processo fisiológico do puerpério; o retorno da fertilidade, se a mulher está ou não a amamentar exclusivamente; as expectativas do casal quanto ao recomeço das relações sexuais e planeamento de um novo filho. ⁽⁷⁶⁾

A utilização de contraceptivos hormonais só com progestativo não afeta a qualidade nem a quantidade do leite. ⁽⁷⁶⁾

Relativamente à amamentação exclusiva é um método contraceptivo temporário, baseado no efeito natural da amamentação sobre a fertilidade, assegurando picos de prolactina, que inibe a ovulação. A sua eficácia requer a coexistência de quatro condições: 1) a mulher deve permanecer em amenorreia; 2) a amamentação terá de ser exclusiva (a criança não recebe nenhum outro líquido ou alimento, em adição ao leite materno), ou quase exclusiva (em que apenas uma refeição semanal poderá não ser de origem materna); 3) com mamadas diurnas e noturnas, com intervalos inferiores a 6 horas; 4) a criança deve ter menos de 6 meses de idade. ⁽⁷⁶⁾

Contudo, para todos os métodos contraceptivos existem vantagens e desvantagens que devem ser abordadas, fornecendo toda a informação essencial e correta à mulher/casal. ⁽⁷⁶⁾

- VIII. Os profissionais devem dar atenção e informação sobre a sexualidade no período puerperal, tendo em conta a importância que tem na vida afetiva e sexual da mulher e do casal. ⁽⁷⁷⁾

Existem estudos que indicam que o interesse da mulher por relações sexuais se modifica depois do parto e que se deve a alterações hormonais, mas existe também referência a outros fatores: distúrbios emocionais, baixa autoestima, amamentação, alterações físicas (preocupação com a recuperação perineal/muscular), dispareunia e exigências como mãe. Alguns homens após a paternidade também partilham este stress emocional e psíquico, influenciando no seu desejo e disponibilidade sexual. ⁽⁷⁷⁾

Apesar das potenciais mudanças na libido, estima-se que mais de 80 por cento das mulheres retomam as relações sexuais coitais nas seis semanas após o parto. ⁽⁷⁷⁾

Um aumento transitório da atrofia vaginal e diminuição da lubrificação pode ocorrer em mulheres que praticam amamentação exclusiva ou que utilizam contraceção com progestativo. Esta situação pode melhorar com a utilização de lubrificantes à base de água ou cremes com estrogénio tópico. ⁽⁷⁷⁾

A gravidez e puerpério são uma oportunidade para realizar o rastreio da neoplasia do colo do útero, nas mulheres que não o realizam habitualmente, de acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas. ⁽²⁶⁾

A vacinação de mulheres que estão a amamentar não interfere com o esquema de vacinação recomendado para os lactentes. As mães que amamentam e que têm o esquema vacinal do PNV desatualizado devem atualizá-lo. A vacina HPV quadrivalente pode ser administrada durante a amamentação. ⁽³¹⁾



Tabela 9 - Guia da Consulta do Puerpério

CONSULTA DO PUERPÉRIO – Entre a 4ª e a 6ª semana pós-parto

DETERMINAR/EFETUAR

- **História clínica** – Intercorrências na gravidez, dados do parto e eventuais complicações;
- **Exame físico e do estado geral da mulher** – Observação da pele e mucosas, edemas, sutura/cicatriz, (episiiorrafia, laceração ou cesariana) e altura do fundo uterino; pressão arterial, temperatura, peso;
- **Observação das mamas** – Validar aleitamento materno ou supressão láctea;
- **Identificação precoce de sinais e sintomas das patologias mais frequentes** – Anemia, cefaleias, sinais de bloqueio de ducto, ingurgitamento mamário ou lesões do mamilo que dificultem a amamentação, má involução uterina e/ou hemorragia vaginal, incontinência urinária/fecal, infecções urinárias, ginecológicas e/ou da sutura, hemorroidas;
- **Avaliação de histórico vacinal** – Administração de vacinas contra o sarampo, papeira e rubéola (VASPR) e contra o tétano e difteria (Td) se puérpera não vacinada ou com esquema em atraso;
- **Exame ginecológico** – Realização de citologia cervico-vaginal se aplicável;
- **Avaliação do pavimento pélvico** – Queixas urinárias, sexuais e/ou pélvicas;
- **Avaliação de conhecimentos sobre o retorno à fertilidade no pós-parto** – Informação e fornecimento de método contraceptivo escolhido, se aplicável;
- **Avaliação do suporte social / fatores de risco familiares** – Pessoas e/ou instituições de apoio e resposta às necessidades básicas da tríade mãe/bebê/pai. Avaliação de fatores de risco social, tais como pobreza, migração, desemprego, refugiados, condições habitacionais precárias. Avaliação de contextos de vida, tais como situações de luto, nascimento de um recém-nascido com malformações;
- **Avaliação do estado emocional da puérpera através da:**
 - **Avaliação clínica** – questionar: “Durante o último mês, sentiu-se muitas vezes incomodada por estar “em baixo”, deprimida ou desanimada?”; “Durante o último mês, sentiu-se muitas vezes incomodada por ter pouco interesse ou prazer em fazer algo?”; Considere colocar uma terceira questão se alguma das duas anteriores teve uma resposta positiva, por exemplo, “Esta situação fá-la sentir que quer ou precisa de ajuda?”
 - **Escala de Edimburgo para a depressão pós-parto**, caso sinais de blues pós-parto persistam ao fim de 10 a 14 dias; com referência para consulta de psicologia sempre que score ≥ 12 ou 10º item assinalado positivamente (anexo 3);
- **Avaliação da dinâmica familiar** – Dedicar especial atenção à relação emocional mãe/pai-bebê, 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;
- **Avaliação de hábitos alimentares**
- **Preenchimento do BSG, BSR / PF**

Entre a 4ª e a 6ª semana pós-parto

INFORMAR/VALIDAR/REQUISITAR

- **Estilos de vida saudável** – alimentação / atividade física / sono e repouso / higiene (cuidados na zona perineal) / segurança rodoviária / consumo de tabaco, álcool, e outras SPA (risco de recaída);
- **Aleitamento materno** – Frequência das mamadas (diurna e noturna), sinais de boa pega e de satisfação do recém-nascido, condições das mamas, extração e conservação do leite materno, resolução de problemas;
- **Aleitamento artificial** – Higienização e esterilização de biberons e tetinas, preparação de fórmula para lactente quando, por impossibilidade ou opção materna, a mulher não amamenta; deverá igualmente ser assegurado o apoio específico na supressão láctea;
- **Fortalecimento do pavimento pélvico** – Recuperação pós-parto incluindo, entre outros, exercícios de Kegel e reeducação períneo esfinteriana quando indicada. Devem ser realizadas questões que incluam a globalidade das funções:
 - Tem perda de urina ao esforço? Sente vontade urgente de urinar ou evacuar? Tem perda de “gases” involuntariamente? Sente dor nas relações sexuais? Sente falta de sensibilidade e/ou de tónus muscular? Tem “sensação de peso a nível pélvico” ?;
- **Queixas** – Dor, fluxo vaginal (sangue, leucorreia), queixas urinárias, febre. A persistência de hemorragia 6 semanas após o parto deve ser investigada;
- **Planeamento familiar:**
 - Desejo de ter outros filhos;
 - Método contraceptivo escolhido pelo casal – Informação sobre o uso adequado, gestão de intercorrências ou eventuais efeitos adversos e instruções para a sua continuação;
 - Reinício da atividade sexual e eventuais dificuldades sexuais – Desconforto, sensação de ardor/picada no local da episiorrafia / perineorrafia no primeiro ano, diminuição da lubrificação vaginal;
- **Transformações emocionais** – Informação sobre o seu caráter adaptativo (adequado) nesta fase;
- **Apoio ao pai** na adaptação ao seu novo papel e responsabilidades dentro da unidade familiar;
- **Recuperação em grupo pós-parto** – Calendário e inscrição;
- **Verificar/Atualizar o PNV**
- **Suplementação com iodo e ferro** (se aplicável).
- **Estado nutricional**, peso adequado, hábitos alimentares e estilos de vida saudável;

VI. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

1. Divulgar e promover o programa junto dos profissionais de saúde, através dos sites da DGS e www.saudereprodutiva.dgs.pt.
2. Promover a articulação com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) no sentido de delinear estratégias de formação para os profissionais do SNS;
3. Promover a recolha, o tratamento e a análise da informação que permitam monitorizar os cuidados de saúde materna.
4. Participar nas ações de formação destinadas a profissionais de saúde, em articulação com as várias Regiões de Saúde, ao longo da implementação do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.
5. Incentivar e apoiar a realização de encontros científicos que promovam a divulgação e monitorização do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.
6. Fomentar parcerias com as ordens profissionais e sociedades científicas para a melhoria da intervenção profissional no domínio do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.
7. Promover a articulação com todos os Programas de Saúde Nacionais no que diz respeito às intervenções pré-concecionais, da grávida e da lactante.
8. Promover e apoiar a realização de estudos científicos e iniciativas conjuntas sobre temas abordados no Programa, estabelecendo parcerias com universidades e outras entidades com responsabilidade na formação de profissionais.
9. Promover a articulação com a ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) e a SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde) no sentido da recolha de dados sobre a vigilância da gravidez no sistema de informação clínica (médico e de enfermagem).
10. Elaborar relatórios periódicos de monitorização e avaliação do presente Programa.

VII. AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO

Pretende-se que a avaliação e a monitorização do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco se constituam como um processo dinâmico. A informação recolhida deve permitir avaliar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às mulheres em idade reprodutiva e acompanhar os pontos estratégicos do Programa.

Os indicadores serão introduzidos de forma faseada. Assim, numa primeira fase este acompanhamento é possível utilizando os indicadores de monitorização que integram os sistemas de informação clínica dos cuidados de saúde primários e que são dirigidos aos cuidados fundamentais em saúde materna: precocidade da vigilância e adequação do acompanhamento na gravidez e puerpério.

Progressivamente devem ser elaborados indicadores que permitam monitorizar outros aspetos qualitativos dos cuidados prestados às mulheres em idade fértil.

Coligindo estes dados é possível apoiar os profissionais de saúde no processo de comparação, compreensão e melhoria contínua dos cuidados em saúde materna, numa lógica pró-ativa.

Indicadores previstos

Indicadores registados atualmente nos sistemas de informação clínica (médico e enfermagem).

Com o desenvolvimento deste Programa pretende-se atingir metas comuns para todo o País. Porém, existem particularidades regionais que podem justificar a variação nas metas a atingir.

Tabela 10 - Indicadores de avaliação do programa

INDICADORES	VALORES		
	2013*	2014*	Meta 2020
Proporção de grávidas com 1ª consulta de vigilância da gravidez, realizada no 1ºT em Cuidados de Saúde Primários (CSP)	64%	68%	70-80%
(Numerador – N° de grávidas com consulta realizada no 1ºT em Saúde Materna nos CSP no ano. Fonte: SIM@SNS; Denominador – N° de nascimentos ocorridos no ano. Fonte: INE)			
Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas em saúde materna em CSP	31%	33%	35-45%
(Numerador – N° de grávidas com pelo menos 6 consultas em Saúde Materna nos CSP no ano. Fonte: SIM@SNS; Denominador – N° de nascimentos ocorridos no ano. Fonte: INE)			
Proporção de puérperas com consulta domiciliária em CSP	17%	19%	20-30%
(Numerador – N° de puérperas com consulta domiciliária em Saúde Materna nos CSP no ano. Fonte: SIM@SNS; Denominador – N° de nascimentos ocorridos no ano. Fonte: INE)			
Proporção de puérperas com consulta de puerpério efetuada em CSP	28%	30%	35-45%
(Numerador – N° de puérperas com consulta de revisão de puerpério em Saúde Materna nos CSP no ano. Fonte: SIM@SNS; Denominador – N° de nascimentos ocorridos no ano. Fonte: INE)			

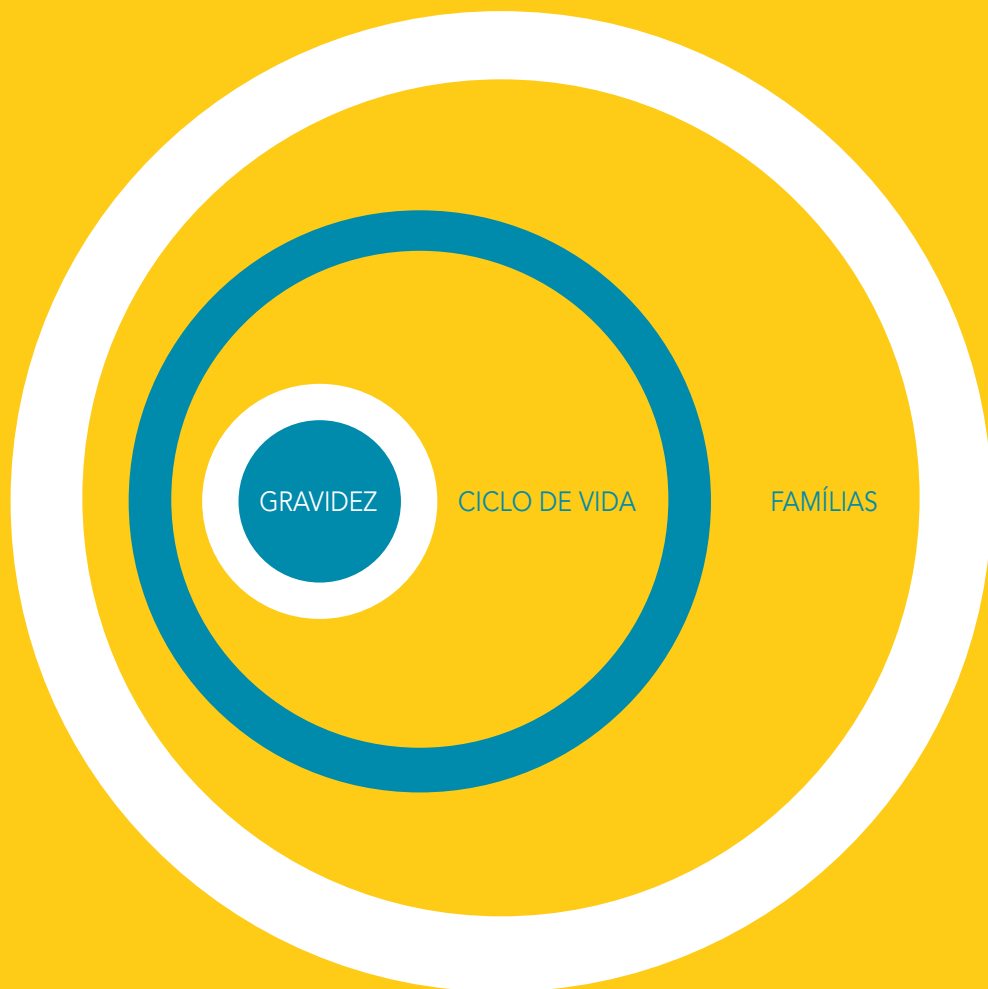
*Fonte: SIARS

b) Indicadores a desenvolver

Devem ser elaborados indicadores que permitam conhecer as necessidades da população e a evolução dos cuidados prestados. Sugere-se que sejam incluídos nos sistemas informáticos registos que tornem possível monitorizar os indicadores definidos na tabela 11, sem prejuízo de virem a ser introduzidos outros que ao longo do tempo se considerem pertinentes.

Tabela 11 - Indicadores a desenvolver

INDICADORES
• Taxa de cobertura em saúde materna (%)
• Consulta pré-concepcional em mulheres em idade fértil (%)
• Proporção de gravidezes planeadas (%)
• Percentagem de grávidas fumadoras (%)
• Mulheres que realizam ecografia obstétrica do 1º trimestre entre as 11 e as 13 semanas+6 dias (%)
• Mulheres que realizam ecografia obstétrica do 2º trimestre entre as 20 e as 22 semanas+6 dias (%)
• Mulheres que realizam ecografia obstétrica do 3º trimestre entre as 30 e as 32 semanas+6 dias (%)
• Mulheres com exames laboratoriais no 1º trimestre (%)
• Mulheres com exames laboratoriais no 2º trimestre (%)
• Mulheres com exames laboratoriais no 3º trimestre (%)
• Proporção de profilaxia da isoimunização nas grávidas Rh D negativas (%)
• Taxa de iniciação de amamentação (%)
• Amamentação exclusiva na alta hospitalar (%)
• Amamentação exclusiva aos 4 meses (%)
• Amamentação exclusiva aos 6 meses (%)
• Proporção de mulheres que ingere, no mínimo, 5 porções hortofrutícolas diárias
• Percentagem de grávidas com consumo de álcool (%)
• Proporção de grávidas com 1ª consulta de vigilância da gravidez, realizada no 1ºT global
• Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas em saúde materna global
• Proporção de puerperas com consulta domiciliária global
• Proporção de puerperas com consulta de puerpério efetuada global



VIII. BIBLIOGRAFIA

1. United Nations Children's Fund. Situação Mundial da Infância 2009 - Saúde Materna e Neonatal. [Online]. New York: UNICEF; 2009 [cited 2014 Outubro 9. Acessível em: https://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf.
2. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. [Online]. UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2010 [cited 2014 Outubro. Acessível em: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000934.pdf>.
3. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [Online].; 2012 [cited 2014 Fevereiro. Acessível em: pns.dgs.pt/.
4. World Health Organization. Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity. [Online]. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication; 2012 [cited 2014 Fevereiro. Acessível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78067/1/9789241505000_eng.pdf.
5. Delissaint, Dieula; McKyer, E Lisako J. A systematic review of factors utilized in preconception health behavior research. [Online].; 2011 [cited 2014 Fevereiro. Acessível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21511954>.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Pre-conception - advice and management. [Online].; 2012 [cited 2014 Fevereiro. Acessível em: <http://cks.nice.org.uk>.
7. Branco MJ, Paixão E, Vicente LF. Uma "observação" sobre a utilização de cuidados preventivos pela mulher. [Online]. Lisboa; 2011 [cited 2014 Fevereiro 20. Acessível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/preconcepcao/utilizacao-de-cuidados-preventivos-pela-mulher-estudo-no-grupo-ecos-pdf.aspx>.
8. Wilson RD. Pre-conception Folic Acid and Multivitamin Supplementation for the Primary and Secondary Prevention of Neural Tube Defects and Other Folic Acid-Sensitive Congenital Anomalies. [Online].; 2015 [cited 2015 Maio 10. Acessível em: <http://sogc.org/guidelines/pre-conception-folic-acid-and-multivitamin-supplementation-for-the-primary-and-secondary-prevention-of-neural-tube-defects-and-other-folic-acid-sensitive-congenital-anomalies/>.
9. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Review). [Online].: John Wiley & Sons; 2007 [cited 2014 Fevereiro 10. Acessível em: <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD001056.pdf>.
10. World Health Organization. Guideline : Optimal serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects. [Online].; 2015 [cited 2015 Abril 10. Acessível em: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/optimalserum_rbc_womenrep_tubedefects/en/.
11. Direção-Geral da Saúde. Aporte de iodo em mulheres na concepção, gravidez e amamentação nº 011/2013. [Online].; 2013 [cited 2014 Outubro. Acessível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24648>.
12. Direção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais. [Online]. Lisboa; 2006 [cited 2014 Novembro 10. Acessível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental->

- na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx.
13. Mario SD, Basevi V, Gori DG, Spettoli D. What is the effectiveness of antenatal care? (supplement). [Online]. Copenhagen: WHO ; 2005 [cited 2014 Setembro 15. Acessível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf?ua=1.
 14. World Health Organization; Department and Reproductive Health and Research Family and community Health. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. [Online]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2014 Setembro 10. Acessível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf?ua=1.
 15. National Institute for Health and Clinical Excellence; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal Care. [Online]. London: RCOG Press; 2014 [cited 2014 Dezembro. Acessível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/cg62-antenatal-care-full-guideline-corrected-june-20082>.
 16. Committee on Obstetric Practice; American Institute of Ultrasound in Medicine; Society for Maternal-Fetal Medicine. Method for Estimating Due Date. [Online].; 2014 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co611.pdf?dmc=1&ts=20141203T1154264854>.
 17. Health Canada. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines Ottawa: Minsiter of Public Works and Government Services; 2000.
 18. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine. The Lancet. 2001 Maio; 357.
 19. Direção-Geral da Saúde. Boletim da Grávida - circular normativa nº16/DSMIA. [Online].; 2001 [cited 2014 Setembro. Acessível em: <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?c-n=551955436077AAAAAAAAAAAA&>.
 20. Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C-L., Grace, S.L., & Wallington, T. Postpartum Depression: Literature Review of Risk. [Online].; 2003 [cited 2014 Outubro. Acessível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf.
 21. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. [Online].; 2007 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg45>.
 22. Santos JCPd, Façanha JDN, Gonçalves MAB, Erse MPQdA, Cordeiro RAC, Façanha RMPS. Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. [Online].; 2012 [cited 2014 Novembro 18. Acessível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mceesmp.pdf.
 23. World Health Organization. Improving Maternal Mental Health. [Online].; 2008 [cited 214 Novembro. Acessível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf.
 24. Institute of Medicine and National Academies. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. [Online]. Washington: National Academy of Sciences; 2009 [cited 2014 Maio. Acessível em: <http://iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexamining-the-Guidelines/Report%20Brief%20-%20Weight%20Gain%20During%20Pregnancy.pdf>.
 25. Gillen-Goldstein J, Funai EF, Ruvel HRJM. Nutrition in pregnancy. [Online].; 2014 [cited 2014 Dezembro. Acessível em: <http://www.uptodate.com/contents/nutrition-in-pregnancy>.
 26. Direção-Geral da Saúde. Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco - norma nº37. [Online].; 2013 [cited 2014 Outubro. Acessível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0372011-de-30092011-jpg.aspx>.

27. Direção-Geral da Saúde. Exames Ecográficos na Gravidez de baixo risco - norma nº023/2011. [Online].; 2011 [cited 2014 Outubro. Acessível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0232011-de-29092011-atualizada-a-21052013-jpg.aspx>.
28. Infarmed. Fármacos e gravidez. [Online]. [cited 2014 Dezembro. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/prontuario/navegavalores.php?id=402>.
29. Direção-Geral da Saúde. Prestação de cuidados preconcepcionais - Circular normativa nº 02 de 16/01/2006. [Online].; 2006 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/prestacao-de-cuidados-pre-concepcionais-pdf.aspx>.
30. World Health Organization. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. [Online].; 2012 [cited 2015 Fevereiro 12. Acessível em: http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/en/.
31. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. [Online].; 2012 [cited 2014 Março. Acessível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0402011-de-21122011-atualizada-a-26012012-jpg.aspx>.
32. Direção-Geral da Saúde. Profilaxia da Isoimunização Rh - norma nº: 2/DSMIA. [Online].; 2007 [cited 2014 Março. Acessível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-15012007.aspx>.
33. Crowther CA, Middleton P, McBain RD. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. [Online]. Adelaide, Australia: John Wiley & Sons.; 2013 [cited 2014 Dezembro. Acessível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23450526>.
34. Browne M, Ellis P, Elvidge J, Fanslow J, Grey S, Huirama T, et al. Family Violence Intervention Guidelines: Child and Partner Abuse. [Online].; 2002 [cited 2014 Novembro 17. Acessível em: <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/family-violence.pdf>.
35. American College of Obstetricians and Gynecologists; Centers for Disease Control and Prevention. Intimate Partner Violence During Pregnancy: A Guide for Clinicians. [Online].; 2013 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/intimatepartnerviolence/index.htm>.
36. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. [Online]. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013 [cited 2014 Novembro. Acessível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1.
37. Direção-Geral da Saúde. Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. [Online].; 2015 [cited 2015 Janeiro. Acessível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>.
38. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Health Care for Underserved Women - Intimate Partner Violence. [Online]. Washington; 2012 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Intimate-Partner-Violence>.
39. Howard LM, Sian Oram HG, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. [Online].; 2013 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001452>.
40. Parys ASV, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. [Online].; 2014 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0085084>.

41. Jasinski JL. Pregnancy and Domestic Violence - A Review of the Literature. TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE. 2004 Junho; 5: p. 47-64.
42. Direção-Geral da Saúde. Mutilação Genital Feminina - Orientação nº 005/2012. [Online].; 2012 [cited 2014 Novembro 24. Acessível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>.
43. World Health Organization. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. [Online]. Geneva: WHO Library Cataloguing; 2012 [cited 2014 Dezembro. Acessível em: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf.
44. World Health Organization. Health Promotion - The Ottawa Charter for Health Promotion. [Online]. [cited 2014 Dezembro. Acessível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
45. World Health Organization; UNICEF. WHO Training Course on Healthy Food and Nutrition for Women and their Families. [Online]. Geneva; 2001 [cited 2014 Setembro. Acessível em: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/15227/E73470.pdf?ua=1.
46. Teixeira D, Pestana D, Calhau C, Vicente L, Graça P. Alimentação e Nutrição na GRvidez. [Online].; 2015 [cited 2015 Fevereiro 10. Acessível em: <http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/04/Alimentacao-e-nutricao-na-gravidez.pdf>.
47. Kaiser L; Allen LH; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. Journal of the American Dietetic Association. 2008 Março; p. 553-61.
48. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of Pregnant Women With Presumptive Exposure to Listeria monocytogenes. [Online].; 2014 [cited 2014 Dezembro. Acessível em: www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co614.pdf?dmc=1&ts=20141223T1032593291.
49. Centers for Disease Control and Prevention. Diagnosis and Treatment. [Online].; 2013 [cited 2014 Novembro. Acessível em: www.cdc.gov/salmonella/general/diagnosis.html.
50. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention Brucellosis. [Online].; 2012 [cited 2014 Setembro. Acessível em: www.cdc.gov/brucellosis/prevention/index.html.
51. American College of Obstetricians and Gynecologists. Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. [Online]. Washington; 2002 [cited 2014 Dezembro. Acessível em: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co267.pdf?dmc=1&ts=20141223T0644393649>.
52. Direção- Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. [Online]. [cited 2014 Dezembro 1. Acessível em: www.saudeoral.min-saude.pt/.
53. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B - Orientação nº 007/2011. [Online].; 2011 [cited 2014 Dezembro 1. Acessível em: <http://www.dgs.pt/?mid=5005&cr=19748>.
54. World Health Organization. Recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. [Online]. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013 [cited 2014 Novembro. Acessível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94555/1/9789241506076_eng.pdf?ua=1.
55. National Institute for Health and Care Excellence. Quitting smoking in pregnancy and following childbirth. [Online].; 2010 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <http://www.nice.org.uk>.
56. World Health Organization. Gender, women and the tobacco epidemic. [Online]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2014 Novembro. Acessível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599511_eng.pdf.

57. Nunes E, Narigão M. Cessação Tabágica na Gravidez: Guia para Profissionais de Saúde. 1st ed. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
58. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. [Online]. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2014 [cited 2014 Outubro. Acessível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf.
59. Direção-Geral da Saúde. Detecção precoce e Intervenção Breve no consumo excessivo do álcool no adulto - nº030/2012. [Online].; 2012 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0302012-de-28122012-png.aspx>.
60. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol Use in Pregnancy. [Online].; 2014 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/alcohol-use.html>.
61. Journal of Obstetrics and Gynaecology. Alcohol use and Pregnancy, Consensus Clinical Guidelines. [Online]. Canadá; 2010 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui245CPG1008E.pdf>.
62. National Institute on Drug Abuse. Prenatal Exposure to Drugs of Abuse. [Online].; 2011 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/prenatal.pdf>.
63. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Pregnancy, Childcare and the Family: Key Issues for Europe's Response to Drugs. [Online].; 2012 [cited 2014 Novembro 18. Acessível em: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/OEDT121031siGEF.pdf>.
64. Direção-Geral da Saúde. Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade - Orientação nº 001/2010. [Online].; 2010 [cited 2014 Dezembro 5. Acessível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012010-de-16092010.aspx>.
65. Aceituno Velasco, Longinos. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. [Online]. Sevilha; 2014 [cited 2014 Outubro. Acessível em: <http://www.juntadeandalucia.es>.
66. Perdigão A, Sotto-Mayor A. Guia dos direitos da criança. 3rd ed. Lisboa: Instituto de apoio à criança; 2009.
67. Levy L, Bértolo H. Manual de Aleitamento materno. [Online].: UNICEF; 2012 [cited 2014 Outubro. Acessível em: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf.
68. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. [Online]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2014 Outubro. Acessível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf.
69. World Health Organization. Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students. [Online]. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2009 [cited 2014 Setembro. Acessível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44117/1/9789241597494_eng.pdf?ua=1.
70. World Health Organization. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care. [Online]. Geneva, Switzerland; 2010 [cited 2014 Maio. Acessível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_MPS_10_03/en/.
71. Direção-Geral da Saúde. Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. [Online].; 2011 [cited 2014 Dezembro. Acessível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de>

- abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx.
72. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal Care. [Online].; 2014 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/guidance-postnatal-care-pdf>.
 73. World Health Organization. Counselling for maternal and newborn health care - A handbook for building skills. [Online]. Geneva, Switzerland: WHO; 2009, updated in 2013 [cited 2014 Novembro. Acessível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44016/1/9789241547628_eng.pdf.
 74. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. [Online]. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2014 [cited 2014 Dezembro. Acessível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf.
 75. Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. [Online].; 2012 [cited 2014 Novembro. Acessível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076935>.
 76. Direção-Geral da Saúde. Saúde Reprodutiva/Planeamento familiar. [Online]. Lisboa; 2008 [cited 2014 Novembro. Acessível em: www.saudereprodutiva.dgs.pt.
 77. Berens P. Overview of postpartum care. [Online].; 2011 [cited 2014 Novembro. Acessível em: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-care?source=search_result&search=Overview+of+postpartum+care~&selectedTitle=1~150.
 78. Gagnon A, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. [Online].; 2007 [cited 2014 Setembro. Acessível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636711>.







IX. ANEXOS

ANEXO 1

Tabela de Goodwin modificada

HISTÓRIA REPRODUTIVA		
Idade	≤17	= 3
	>40	= 0
	18 - 29	= 1
Paridade	0	= 1
	1 - 4	= 0
	≥ 5	= 3
HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR		
Aborto habitual ≥ (3 consecutivos)	= 1	
Infertilidade	= 1	
Hemorragia pós-parto/dequitação manual	= 1	
RN ≥ 4000 g	= 1	
Pré-eclampsia/eclampsia	= 1	
Cesariana anterior	= 2	
Feto morto / morte neonatal	= 3	
Trabalho de parto prolongado ou difícil	= 1	
PATOLOGIA ASSOCIADA		
Cirurgia ginecológica anterior	= 1	
Doença renal crónica	= 2	
Diabetes gestacional	= 1	
Diabetes Mellitus	= 3	
Doença cardíaca	= 3	
Outras (bronquite crónica, lúpus, etc.)		
Índice de acordo com a gravidade	= (1 a 3)	

Gravidez atual	1ª visita	36ª semana
Hemorragias ≤ 20 semanas	= 1	
Hemorragias > 20 semanas	= 3	
Anemia (≤ 10 g)	= 1	
Gravidez prolongada ≥ 42 semanas	= 1	
Hipertensão	= 2	
Rotura prematura da membranas	= 2	
Hidramnios	= 2	
ACIU (atraso de crescimento intrauterino)	= 3	
Apresentação pélvica	= 3	
Isoimunização Rh	= 3	

Baixo risco 0 – 2 / Médio risco 3 – 6 / Alto risco ≥ 7

ANEXO 2

Folheto da DGS – Amamentação: como resolver pequenos problemas

Se...
Vai ser mãe

Se...
Já tem um bebé

Se...
Decidiu amamentar o seu bebé

Precisa
Saber mais sobre o aleitamento materno e como cuidar de si!

AMAMENTAR O SEU BEBÉ É DAR-LHE O MELHOR E MAIS EQUILIBRADO INÍCIO DE VIDA...

Para si que decidiu amamentar o seu bebé, este é um momento muito especial entre ambos.

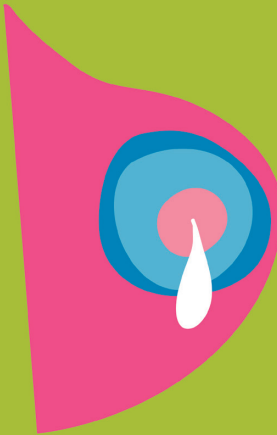
Não se esqueça de si própria e das suas necessidades, o que trará benefícios para ambos.

CONTACTOS ÚTEIS

- **Mama Mater** - Associação pró Aleitamento Materno de Portugal
www.mamamater.org
TM: 960047000 ou 917557950
- **SOS Amamentação**
www.sosamamentacao.org.pt
TM: 213 880 915 ou 934 169 466
- **Contacto do Cantinho da Amamentação** do seu Centro de Saúde

Direcção-Geral da Saúde
Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

Amamentação



Como resolver pequenos problemas

INGURGITAMENTO

Quando se dá a "descida" do leite (2.º a 3.º dia), as mamas podem ficar tensas, quentes e dolorosas. A temperatura da mulher pode elevar-se até 38° C durante 24 horas.

Como prevenir

- Iniciar a amamentação logo após o parto;
- Assegurar que o bebé pega bem na mama;
- Dar de mamar em horário livre (sempre que o bebé quiser).

Como tratar

- Aplicar compressas quentes ou chuveiro com água morna e massajar suavemente a pele com movimentos circulares em relação ao mamilo;
- Colocar o bebé a mamar primeiro na mama mais cheia;
- Se a mama continuar congestionada após amamentar, deve esvaziá-la manualmente ou com a ajuda de bomba extractora de leite, até sentir-se bem;
- No final, aplicar compressas frias ou gelo protegido por 5 minutos, suspender por 2 minutos e voltar a aplicar por mais 5 minutos;
- Na mamada seguinte repetir o procedimento anterior na outra mama.

MAMILOS GRETADOS

O mamilo pode ficar dorido e com fissuras logo na primeira semana de aleitamento tornando a amamentação dolorosa para a mãe.

Como prevenir

- Assegurar que o bebé pega bem na mama;
- Aplicar algumas gotas (2 a 3) de leite materno no mamilo e aréola e/ou pomada cicatrizante, após o banho e cada mamada;
- Evitar a utilização de discos absorventes impermeáveis;
- Não interromper a mamada, deixar que seja o bebé a fazê-lo. Caso tenha mesmo de interromper, deve colocar suavemente um dedo na boca do bebé de modo a interromper a sucção;
- Lavar os mamilos apenas uma vez por dia, no decorrer da higiene diária.

Como tratar

- Iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- Continuar a aplicar algumas gotas (2 a 3) de leite materno no mamilo e aréola, e esperar que seque.

MASTITE (MAMA INFLAMADA)

A mastite pode ser ou não de origem infecciosa. A mastite não infecciosa pode ser devida ao bloqueio de ductos (canais por onde passa o leite). A mastite infecciosa surge quando há entrada de microrganismos através de mamilos gretados. Nos dois casos, parte da mama fica avermelhada, quente, inchada e muito dolorosa. A mulher tem febre alta e mal-estar. Na mastite não infecciosa os sintomas passam em 24 horas, o que não acontece na infecciosa, em que há agravamento dos mesmos.

Como prevenir

- Tratar o ingurgitamento e os mamilos gretados;
- Evitar a compressão excessiva da mama com os dedos durante a amamentação;
- Evitar roupas que comprimam a mama.

Como tratar

- Continuar a amamentar;
- Pode começar pela mama não afectada;
- Após a mamada, esvaziar manualmente ou com bomba o lado afectado;
- Aplicar compressas frias como no engurgitamento;
- Consultar a enfermeira ou médico;
- Repousar.

ANEXO 3

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky.

British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786.

Versão Portuguesa : *Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of child-bearing women and matched controls*. Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. Psychol Med, 26 (1):135-41; 1996 Jan

Nome: _____

Data: _____

Idade do bebé: _____

Pontuação: _____

Aplicador da escala: _____

Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

Tanto como dantes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

Tanta como sempre tive

Menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

Sim, a maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

Não, nunca
Quase nunca
Sim, por vezes
Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

Sim, muitas vezes
Sim, por vezes
Não, raramente
Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

Sim, quase sempre
Sim, por vezes
Raramente
Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Raramente
Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Só às vezes
Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

Sim, muitas vezes
Por vezes
Muito raramente
Nunca

EPDS – Orientações para cotação

De acordo com Warner, Appleby, Whitton e Faragher (1996), a depressão pós-parto atinge 10% das mães, variando este valor entre 8% e 15%.

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi desenvolvida em 1987 como um instrumento específico para identificar a depressão no período pós-natal.

A escala foi já validada no nosso país e os estudos realizados confirmaram a sua fiabilidade e sensibilidade na detecção da depressão nesta fase da vida.

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

