Ordem dos Enfermeiros
GABINETE DO BASTONÁRIO

Exmo. Senhor
Diretor Executivo da Direção Executiva
Serviço Nacional de Saúde, I.P.
Professor Doutor Álvaro Almeida

E-mail: geral@sns.min-saude.pt

N. Ref	V. Ref	Data
SAI-OE/2025/8211		**14-08-2025**

Assunto: Pronúncia Ordem dos Enfermeiros | Rede de Referenciação Hospitalar - Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia

Exmo. Senhor Diretor,

No âmbito do procedimento de consulta pública do documento "**Rede de Referenciação Hospitalar Obstetrícia e Ginecologia**", não pode a Ordem dos Enfermeiros deixar de evidenciar, uma vez mais, que a discussão e elaboração de documentos estruturantes para o Sistema de Saúde e para a própria prestação de cuidados, não integrou qualquer representante da Ordem dos Enfermeiros e do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sentido diverso da afirmada transparência no processo e envolvimento dos profissionais, bem como não contempla ou integra os contributos emanados por esta Ordem no âmbito das consultas ocorridas em fevereiro e setembro de 2023.

Resultado do mencionado, esta nova versão do citado documento, não apresenta uma redação adequada à centralidade e regulamentação profissional dos Enfermeiros, como se evidencia nos contributos enunciados. Assim,

I - Quanto à constituição do grupo de trabalho

A sua composição mantém, na essência, os contributos apresentados quanto às versões anteriores, em particular quanto à representatividade e equidade interdisciplinar na definição das orientações no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica a nível nacional.

Num sistema de saúde onde os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO) constituem o maior grupo profissional prestador de cuidados diretos e de continuidade às mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal, a sua sub-representação num grupo técnico desta natureza resulta, inevitavelmente, numa perspetiva que se afasta da realidade dos serviços, mantendo uma visão que, até ao momento presente, parece não contribuir para a formulação de soluções que a grave situação verificada no acesso atempado a cuidados de saúde, sua segurança e qualidade, cada vez mais, exigem.

Para além disso, o documento em consulta pública mantém a utilização imprecisa de terminologia, descontextualizada da prática de enfermagem especializada, evidenciando um afastamento da realidade dos cuidados centrados na mulher, tal como preconizados pelas orientações da Organização Munida de

Saúde (OMS) e pelos referenciais profissionais definidos pela Ordem dos Enfermeiros. Acresce ainda, que a ausência de representatividade de reflete-se em omissões significativas no que respeita aos cuidados que efetivamente podem — e devem — ser oferecidos às mulheres no contexto do SNS, com grave prejuízo para a qualidade assistencial.

II – Caracterização e definição dos diferentes níveis

2.1. Hospitais de nível I

Concordando-se com a estratificação de cuidados apresentada, e no que concerne aos **HOSPITAIS DE NÍVEL I** (ponto 3.1), quanto aos serviços a oferecer à população (pág. 7), considera-se essencial acrescentar:

a) **Consulta de enfermagem especializada em Saúde Materna e Obstétrica (SMO):** onde se realiza o acompanhamento de grávidas com complicações de saúde materna e/ou fetal, e que no âmbito da assistência pré-natal necessitam de melhorar a autogestão de complicações da gravidez e do regime terapêutico durante a gravidez. Para além disso, poderão necessitar de gerir expectativas e preparar-se para um parto de vigilância acrescida, assim como para se prepararem para cuidar de um recém-nascido com necessidades especiais. Estas consultas também se destinam ao acompanhamento de grávidas/casais com feto com doença/malformação fetal e a mulheres em processo de luto perinatal;

b) **Internamento de puerpério:** onde são oferecidos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), centrados na mulher, e pessoa com quem partilha o projeto de maternidade, e no recém-nascido, e orientados para a promoção da recuperação física, emocional e psicossocial da mulher após o parto, bem como para a promoção da adaptação à parentalidade, com enfoque na amamentação, e da ligação mãe/pai-filho. A tendência será para adotar um modelo de alta precoce, conforme o protocolo definido.

c) **Programa de preparação para o parto e parentalidade para grávidas com complicação** (em vez de "*curso de preparação para a parentalidade*" usado no documento). Neste contexto, o programa de preparação para o parto e parentalidade para grávidas com complicação destina-se a grávidas/casais com necessidade de desenvolver recursos para lidar com um trabalho de parto de vigilância acrescida ou gerir expectativas em relação ao tipo de parto.

d) **Consulta de enfermagem especializada de saúde sexual e reprodutiva:** destinada a acompanhar mulheres com desafios no planeamento familiar, como por exemplo não desejar ou impossibilidade para usar contraceção e pós-interrupção da gravidez, e casais com necessidade de promoção de comportamentos promotores da saúde fértil.

Quanto aos **CUIDADOS "AGUDOS" EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA** nos hospitais de nível I (pág. 9), é essencial que o Bloco de Partos garanta os cuidados de saúde a todas as grávidas de baixo risco, numa filosofia de **CENTRO DE PARTO NORMAL** (*birth center*). Por exemplo, no Reino Unido, integrados no NHS, existem cerca de 130 *birth centres* integrados em hospitais. De forma geral, os *birth centres* são unidades coordenadas por (EE-ESMO/*midwives*), concebidas para grávidas de baixo risco, num modelo de cuidado centrado na mulher e na fisiologia do parto. Neste Centro de Parto Normal (conforme o modelo proposto pela Ordem dos Enfermeiros, que se anexa), em conformidade com as orientações da OMS (2024; 2025), os cuidados de

saúde deverão ser coordenados pelos EE-ESMO (desde o internamento à alta), enquanto se mantiver situação de baixo risco e em conformidade com o plano de parto da mulher. Nas situações que se desviem do decurso esperado na evolução do trabalho de parto, é cumprido o protocolo de referenciação, previamente estabelecido, para ao médico obstetra destacado para o Bloco de Partos.

2.2. Hospitais de nível II

Em coerência com um modelo que responda às necessidades de cuidados identificadas, quanto aos **HOSPITAIS DE NÍVEL II** (ponto 3.2), é fundamental, entre os serviços a oferecer à população (pág. 10), acrescentar:

a) **Consulta de enfermagem especializada em SMO:** onde se realiza o acompanhamento de grávidas com complicações de saúde materna e/ou fetal, que no âmbito da assistência pré-natal necessitam de melhorar a autogestão de complicações da gravidez e do regime terapêutico durante a gravidez. Para além disso, poderão necessitar de gerir expectativas, preparar-se para um parto de vigilância acrescida e para cuidar de um recém-nascido com necessidades especiais. Estas consultas também se destinam ao acompanhamento de grávidas/casais com feto com doença/malformação fetal e a mulheres em processo de luto perinatal.

b) **Internamento de puerpério:** onde são oferecidos cuidados especializados em ESMO, centrados na mulher, e pessoa com quem partilha o projeto de maternidade, e no recém-nascido, e orientados para a promoção da recuperação física, emocional e psicossocial da mulher após o parto, bem como para a promoção da adaptação à parentalidade, com enfoque na amamentação, e da ligação mãe/pai-filho.

c) **Programa de preparação para o parto e parentalidade para grávidas com complicação** (em vez de "*curso de preparação para a parentalidade*" ou de "*sessões de preparação para a parentalidade*", usado no documento): o programa de preparação para o parto e parentalidade para grávidas com complicação destina-se a grávidas/casais com necessidade de desenvolver recursos para lidar com um trabalho de parto de vigilância acrescida ou gerir expectativas em relação ao tipo de parto face à complicação de saúde materna e/ou fetal.

d) **Consulta de enfermagem especializada de saúde sexual e reprodutiva:** acompanhar mulheres com desafios no planeamento familiar, como por exemplo não desejar ou impossibilidade para usar contraceção e pós-interrupção da gravidez, e casais com necessidade de promoção de comportamentos promotores da saúde fértil.

Relativamente aos **CUIDADOS "AGUDOS" EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA** nos hospitais de nível II (pág. 12), é crucial que o Bloco de Partos contemple uma parte do serviço destinada a garantir cuidados de saúde a grávidas de baixo risco, numa filosofia de **CENTRO DE PARTO NORMAL** (*birth centres*), como consta acima e tem vindo a ser proposto pela Ordem dos Enfermeiros, em coerência com as recomendações internacionais.

2.3. Hospitais de nível III

Face aos objetivos assistenciais pretendidos, e no que se refere aos **HOSPITAIS DE NÍVEL III** (ponto 3.3), aos serviços a oferecer à população (pág. 13) devem ser considerados:

a) **Consulta de enfermagem especializada em SMO:** assegura o acompanhamento de grávidas com complicações de saúde materna e/ou fetal, que no âmbito da assistência pré-natal necessitam de melhorar a autogestão de complicações da gravidez e do regime terapêutico durante a gravidez. Para além disso, poderão necessitar de gerir expectativas, preparar-se para um parto de vigilância acrescida e capacitar-se para cuidar de um recém-nascido com necessidades especiais. Estas consultas também se destinam ao acompanhamento de grávidas/casais com feto com doença/malformação fetal e a mulheres em processo de luto perinatal.

b) **Internamento de puerpério:** onde são oferecidos cuidados especializados em ESMO, centrados na mulher, e pessoa com quem partilha o projeto de maternidade, e no recém-nascido, e orientados para a promoção da recuperação física, emocional e psicossocial da mulher após o parto, bem como para a promoção da adaptação à parentalidade, com enfoque na amamentação, e da ligação mãe/pai-filho.

c) **Programa de preparação para o parto e parentalidade para grávidas com complicação** (em vez de "*curso de preparação para a parentalidade*" ou de "*sessões de preparação para a parentalidade*", usado no documento): o programa de preparação para o parto e parentalidade para grávidas com complicação destina-se a grávidas/casais com necessidade de desenvolver recursos para lidar com um trabalho de parto de vigilância acrescida ou gerir expectativas em relação ao tipo de parto face à complicação de saúde materna e/ou fetal.

d) **Consulta de enfermagem especializada de saúde sexual e reprodutiva:** acompanhar mulheres com desafios no planeamento familiar, como por exemplo não desejar ou impossibilidade para usar contraceção e pós-interrupção da gravidez, e casais com necessidade de promoção de comportamentos promotores da saúde fértil.

Concernente aos **CUIDADOS "AGUDOS" EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA** nos hospitais de nível III (pág. 16), para além do enunciado, e atenta a similitude aos hospitais de nível I e nível II, o Bloco de Partos deverá contemplar uma parte do serviço que garanta os cuidados de saúde a grávidas de baixo risco, como enunciado em parágrafos que antecedem do presente documento.

III – Recursos Humanos

Refere-se no enquadramento que «*Para os recursos de enfermagem foram tomadas em consideração as recomendações existentes e aplicáveis como o "Regulamento da Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem", da Ordem dos Enfermeiros,* ***Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro.***»

Ora, tal não corresponde ao verificado quando apreciado o quadro apresentado (pág. 18), como se demonstra pelos quadros ajustados ao recomendado e dos quais consta o cálculo da dotação conforme o vertido no Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro.

3.1. Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Diferenciação do hospital		**Nível I**	**Nível II**	**Nível III**
N.º de nascimentos ocorridos no hospital (média anual nos últimos 3 anos)				
	Postos de trabalho (SUOG+ BP), considerando 2 EE-ESMO:1000 partos*	N.º EE-ESMO da equipa	N.º EE-ESMO da equipa	N.º EE-ESMO da equipa
< 999	4	27 ETI	27 ETI	27 ETI
1000–1499	5	35 ETI	35 ETI	35 ETI
1500–1999	6	41 ETI	41 ETI	41 ETI
2000–2499	7	48 ETI	48 ETI	48 ETI
2500–2999	9	62 ETI	62 ETI	62 ETI
3000–3499	10	69 ETI	69 ETI	69 ETI
3500–3999	12	82 ETI	82 ETI	82 ETI
4000–4499	14	97 ETI	97 ETI	97 ETI
4500–4999	15	104 ETI	104 ETI	104 ETI
>5000	15	104 ETI	104 ETI	104 ETI
Internamento de grávidas de risco (materno fetal) **				
Ocupação média diária	Gravidez de alto risco	–	1:3	1:3
	3-6		14 ETI	14 ETI
	7-9		21 ETI	21 ETI
	10-12		28 ETI	28 ETI
	12 >	Ajuste à média real de internamentos/dia.		
	Gravidez de médio risco	–	1:6	1:6
	6		7 ETI	7 ETI
	7-12		13 ETI	13 ETI
	>12	Ajuste à média real de internamentos/dia.		
Consulta de enfermagem especializada em SMO				
	1: 10 consultas			
	<10	1 ETI	1 ETI	1 ETI
	10-24	2 ETI	2 ETI	2 ETI
	25-40	3-4 ETI	3-4 ETI	3-4 ETI

	>40	4 ETI (+1 ETI por cada 10 consultas)	4 ETI (+1 ETI por cada 10 consultas)	4 ETI (+1 ETI por cada 10 consultas)
Programa de preparação para o parto e parentalidade				
	1: 150 mulheres/casais			
<150		1 ETI	1 ETI	1 ETI
150–250		2 ETI	2 ETI	2 ETI
250–350		3 ETI	3 ETI	3 ETI
>350		4 ETI	4 ETI	4 ETI
Consulta de Obstetrícia e PMA de apoio ao médico (obstetrícia, interrupção da gravidez, ecografia, PMA)				
	< 20 consultas	2 ETI/turno	2 ETI/turno	2 ETI/turno
	20 – 40 consultas	4 ETI/turno	4 ETI/turno	4 ETI/turno
	> 40 consultas[1]	6 ETI/turno	6 ETI/turno	6 ETI/turno
Internamento de puérperas***				
Ocupação média diária	Puérperas de risco	–	1:3	1:3
	3-6	–	14 ETI	14 ETI
	7-9	–	21 ETI	21 ETI
	10-12	–	18 ETI	18 ETI
	Puerpério normal	1:6	1:6	1:6
	6	7 ETI	7 ETI	7 ETI
	7-12	14 ETI	14 ETI	14 ETI
Consulta de enfermagem especializada de saúde sexual e reprodutiva (1EE-ESMO: 12 consultas)				
	<12	1 ETI	1 ETI	1 ETI
	12-24	2 ETI	2 ETI	2 ETI
	25-40	3-4 ETI	3-4 ETI	3-4 ETI
	>40	4 ETI (+1 ETI por cada 10 consultas)	4 ETI (+1 ETI por cada 10 consultas)	4 ETI (+1 ETI por cada 10 consultas)
Bloco operatório de cesarianas				
(recém-nascido e apoio no pós-parto - recobro)	(por sala operatória)	1 ETI/turno	1 ETI/turno	1 ETI/turno
Internamento de Ginecologia****				
		1 ETI/turno	1 ETI/turno	1 ETI/turno

* Em permanência, de 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por cada 1.000 partos/ano,tendo em consideração os seguintes rácios:

Indução do trabalho de parto	1/3
Intraparto:	
1.º Estádio de trabalho de parto	1/2
2.º, 3.º e 4.º Estádio de trabalho de parto.	1/1
Antes e pós-parto sem complicações.	1/6

** Nas unidades de internamento de Medicina Materno-Fetal, deve existir 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 3 (três) clientes com gravidez de alto risco e 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 6 (seis) clientes com gravidez de médio risco.

*** Nas unidades de internamento de puérperas deve existir 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 3 (três) clientes em puerpério patológico, e 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 6 (seis) clientes em puerpério normal. Horas de cuidados necessárias usadas no cálculo – 3,51h.

****Nos serviços de ginecologia deve existir, preferencialmente, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, em permanência, 24 horas por dia.

3.2. Outros Enfermeiros

Diferenciação do hospital		Nível I	Nível II	Nível III
Internamento de puérperas				
Ocupação média diária	Puérperas de risco	–	--	--
	Puerpério normal	1:6	1:6	1:6
	6	7 ETI	7 ETI	7 ETI
	7-12	14 ETI	14 ETI	14 ETI
	13-18	21 ETI	21 ETI	21 ETI
	>18	Ajuste à média real de internamentos/dia.		
Consulta de Ginecologia (apoio ao médico)				
	< 40 consultas	2 ETI/turno	2 ETI/turno	2 ETI/turno
	> 40 consultas[1]	Ajuste à média real de atendimentos/dia.		

IV –Metodologia de monitorização

Os indicadores de produtividade, qualidade e benchmarking devem refletir tanto o desempenho global do serviço de saúde, resultante do trabalho da equipa multiprofissional, como os resultados específicos alcançados por cada grupo profissional.

Os EE-ESMO constituem o maior grupo profissional na área, representando a principal força de trabalho especializada na prestação de cuidados materno-infantis. A presença permanente, 24 horas por dia, dos EE-ESMO constitui um fator estruturante para a qualidade e segurança dos cuidados. A continuidade assegura a resposta adequada às necessidades em cuidados especializados. Pela relevância direta no desfecho materno e neonatal, esta presença justifica e determina a monitorização de indicadores específicos, que permitam avaliar o impacto do exercício diferenciado dos EE-ESMO nos resultados assistenciais e na experiência de parto.

A ausência desta monitorização dilui o impacto da sua intervenção no conjunto dos dados globais, não refletindo de forma fidedigna o valor acrescentado dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Esta informação é determinante para sustentar decisões de gestão, otimizar a

afetação de recursos e reforçar modelos de cuidados centrados na fisiologia do parto e na experiência positiva da mulher e da família.

Neste sentido, **os indicadores obstétricos** devem, necessariamente, contemplar:

- % de trabalho de parto espontâneo (sem recurso a medicalização)
- % de partos eutócicos
- % de partos eutócicos assistidos por EE-ESMO
- % de partos eutócicos em posição que não litotomia
- % de períneos íntegros em partos assistidos por EE-ESMO
- % de episiotomia em partos assistidos por EE-ESMO
- % de lacerações 3.º e 4.º grau em partos assistidos por EE-ESMO
- % de mulheres com hemorragia pós-parto (moderada ou excessiva) em partos assistidos por EE-ESMO
- % de recém-nascidos com contacto pele com pele durante a 1.ª hora de vida pós-cesariana
- Nível de satisfação das mulheres com a experiência de parto

Na lista de indicadores obstétricos apresentados é necessária a revisão de alguns indicadores, de forma a corrigir imprecisões na sua redação e garantir que traduzem com rigor o que se pretende avaliar.

- % de recém-nascido com APGAR <7 ao 1.º minuto com acidose metabólica (*será adequado realizar aos que apresentem APGAR <7 ao 1.º minuto, não sendo necessário realizar a todos os recém-nascidos*)
- % de recém-nascidos com APGAR <7 ao 1.º minuto com acidemia grave (*será adequado realizar aos que apresentem APGAR <7 ao 1.º minuto, não sendo necessário realizar a todos os recém-nascidos*)
- % de recém-nascidos amamentados na 1.ª hora de vida (*o recém-nascido não amamenta*)
- % de recém-nascidos com contacto pele com pele durante a 1.ª hora de vida (*contacto pele com pele*)

No que respeita aos indicadores gerais para a atividade na urgência, consulta e internamento, é fundamental definir indicadores específicos que permitam distinguir e avaliar o contributo efetivo de cada área para os resultados globais do serviço, evidenciando, de forma particular, o impacto da intervenção dos EE-ESMO. Assim, devem ser acrescentados:

- Número de mulheres com avaliação/triagem pelo EE-ESMO no SUOG
- % de internamentos realizados por EE-ESMO
- Número de consultas de enfermagem especializada em SMO
- Número de consultas de enfermagem especializada de saúde sexual e reprodutiva
- Número de grávidas com > 5 intervenções de preparação para o parto e parentalidade
- % de puérperas em amamentação exclusiva à data da alta
- % de puérperas com alta pelo EE-ESMO
- Custos com horas extra e suplementos com a equipa médica de Obstetrícia e Ginecologia por ano civil
- Custos com horas extra e suplementos com a equipa de EE-ESMO por ano civil

O indicador "Doentes padrão por enfermeiro" (quadro Indicadores gerais para atividade na urgência, consulta e internamento, pág. 34) deve ser removido porque, no contexto da prática dos EE-ESMO, muitas das pessoas acompanhadas não são "doentes" no sentido clínico do termo.

O conceito de "doente padrão" foi concebido para contextos hospitalares centrados na doença e pode distorcer a realidade assistencial desta área de especialidade. O objetivo é que o indicador traduza de forma fidedigna a carga de trabalho e a complexidade da assistência, valorizando o impacto do acompanhamento especializado no sucesso da transição para a parentalidade e nos resultados de saúde materna e neonatal. E, por exemplo, no contexto do serviço de internamento de puérperas, o indicador deverá contabilizar dois clientes - a mulher e o respetivo recém-nascido, que podem possuir, um ou ambos, alguma doença, ou não.

Para além do referido, constituindo os registos clínicos a base para a produção de indicadores fiáveis, são, por isso, determinantes para medir, avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados. Contudo, a atual diversidade de plataformas utilizadas para a documentação dos cuidados gera discrepâncias na forma de registar, dificulta a comparação entre instituições e aumenta o risco de perda ou incompletude de informação, comprometendo o rigor necessário à produção dos indicadores.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros reitera a necessidade de garantir consistência, comparabilidade e qualidade dos dados, pelo que é fundamental que os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPSM) definam, de forma clara, quais as plataformas a serem utilizadas de forma uniformizada por todas as instituições de saúde. Na definição destas plataformas, é essencial que os enfermeiros, enquanto utilizadores principais e responsáveis diretos pelo registo dos cuidados de enfermagem — que representam uma parte substancial da informação clínica —, tenham uma participação ativa e efetiva no processo de decisão.

Em suma, e sem prejuízo dos anteriores contributos recebidos pela DE-SNS, o documento ora apreciado continuar a não integrar nem reconhecer, plenamente, o grupo profissional central na implementação, funcionamento e sucesso da Rede de Referenciação Hospitalar em causa, numa abordagem que se afasta das recomendações internacionais quanto à organização dos cuidados e trabalho em equipas multidisciplinares e multiprofissionais que, no âmbito das suas competências e mandato social, atuam em complementaridade na resposta às necessidades de cuidados identificadas.

Na expetativa que os presentes sejam tidos como um contributo construtivo na prossecução da salvaguarda do direito de acesso a cuidados de saúde atempados e seguros, a Ordem dos Enfermeiros manifesta, como sempre até ao presente, a sua total disponibilidade para, em colaboração com as diferentes entidades, encontrar para as soluções e respostas que a atual situação determina.

Com os melhores cumprimentos,

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Junta: Ordem dos Enfermeiros - Centros de Parto Normal

CENTRO DE PARTO NORMAL

MODELO DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS

GRAVIDEZ – PARTO – PÓS-PARTO

Ordem dos Enfermeiros

Lisboa, 2025

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 5

PONTOS-CHAVE 6

1. MODELO DE CUIDADOS CENTRADO NA MULHER E NO RECÉM-NASCIDO COORDENADOS POR EE-ESMO 7

2. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO NAS UCC 10

3. ASSISTÊNCIA INTRAPARTO: CENTRO DE PARTO NORMAL 12

3.1. Razões para a criação dos Centros de Parto Normal 12

3.1.1. Definição de parto normal 14

3.2. Organização e funcionamento 15

3.2.1. Circuito da grávida 16

3.2.1.1. Critérios de elegibilidade 17

3.2.2. Condições estruturais e recursos necessários 18

3.2.3. Articulação dos serviços e das equipas 19

4. EQUIPA DE SAÚDE PARA O MODELO DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS ARTICULADA 20

4.1. Dotação de EE-ESMO ao longo da continuidade de cuidados 21

4.2. Dotação de outros profissionais de saúde nos CPN 23

5. BENEFÍCIOS ESPERADOS E GANHOS EM SAÚDE 23

6. IMPLEMENTAÇÃO E MONITORIZAÇÃO 25

6.1. Indicadores de qualidade dos cuidados 28

6.2. Incentivos para a implementação de cuidados de continuidade centrados na Mulheres e Recém-nascidos coordenados por EE-ESMO 29

7. NOTA FINAL 31

8. REFERÊNCIAS 32

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde materna e neonatal constitui uma prioridade estratégica em Portugal, alinhada com os compromissos nacionais e internacionais assumidos no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), nomeadamente o ODS 3 — Garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. A melhoria da qualidade dos cuidados prestados durante a gravidez, o parto e o pós-parto, com foco na segurança, na humanização e na experiência de parto da mulher, tem sido objeto de crescente atenção por parte das autoridades de saúde e da sociedade civil.

A evidência científica atual sustenta a adoção de modelos de cuidados baseados na assistência ao parto normal, com enfoque na fisiologia, na autonomia da mulher e na prestação de cuidados respeitosos e baseados em evidência (OMS, 2024; OMS, 2025; MCEESMO, 2022). Por isso, a Ordem dos Enfermeiros (OE), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a *International Confederation of Midwifes* (ICM) defendem a transição para modelos de cuidados baseados na continuidade e centrados na Mulher, como uma via eficaz e custo-efetivos para melhorar os resultados em saúde e aumentar a satisfação das mulheres com os cuidados recebidos.

Neste contexto, a criação de Centros de Parto Normal (CPN)[1] representa uma oportunidade estratégica para reorganizar a assistência à gravidez e ao parto de baixo risco em Portugal, promovendo um modelo seguro, eficaz e humanizado, baseado na evidência e alinhado com as orientações nacionais e internacionais. Estes centros visam prestar cuidados centrados na Mulher e fisiologia da gravidez e do trabalho de parto, conduzidos por enfermeiras/os especialistas em saúde materna e obstétrica (EE-ESMO), assegurando a continuidade desde o pré-natal até ao pós-parto, em articulação com os restantes níveis do sistema de saúde.

A implementação dos CPN responde à necessidade de respeitar o parto como um processo fisiológico, garantindo segurança clínica, respeito pelos direitos das mulheres e uma utilização mais eficiente dos recursos do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Ao promover uma abordagem centrada na autonomia da mulher, na não implementação de intervenção sem justificação clínica e no fortalecimento da função dos EE-ESMO, este modelo de cuidados contribui para uma experiência de parto mais satisfatória e para melhores resultados em saúde. Esta proposta encontra-se alinhada com as orientações nacionais, em particular com a Orientação n.º 02/2023 da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023), e nas competências legalmente atribuídas aos EE-ESMO.

Este documento tem como objetivo apresentar uma proposta estruturada para os standards para a organização, funcionamento e acreditação dos Centros de Parto Normal (*Birth Centers*) em Portugal sustentada em princípios técnicos, legais e éticos, e fundamentada nas boas práticas reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros e pelas organizações internacionais de referência (OMS, 2024; OMS, 2025).

[1] Do inglês Birth Centers

PONTOS-CHAVE

1. A continuidade de cuidados, coordenados por Enfermeira/o Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO), como princípio estruturante: "***A cada grávida, o seu EE-ESMO***", abrangendo gravidez, trabalho de parto e pós-parto.

2. As **mulheres grávidas** acompanhadas nos cuidados de saúde primários podem, desde já, ser **referenciadas para as UCC a partir das 10 semanas de gravidez**, **em especial aquelas sem médico de família, para o acompanhamento da gravidez, preparação para o parto e promoção da adaptação à parentalidade**. Para isso, basta criar uma carteira adicional de serviços ou reforçar a equipa de EE-ESMO com mais um elemento para reforçar a equipa.

3. Os **Centros de Parto Normal podem ser implementados desde já** com ajustes concretos: adequação das instalações e dos equipamentos (iluminação, disposição dos materiais e equipamentos, sistema de som e imagem) e reforço da equipa de EE-ESMO. A criação de CPN nos hospitais do SNS, que assistam maioritariamente grávidas de baixo risco, deve ser iniciado sob proposta da Enfermeira Gestora e equipa de EE-ESMO do serviço de bloco de partos da instituição apresentando o projeto de implementação (Tomada de Posição N.º 01/2022).

4. Necessidade de **criação de protocolos de referenciação e de articulação interprofissional**. Estes protocolos permitem clarificar **quando, como e para onde referenciar**, assegurando que a mulher recebe o cuidado adequado ao seu nível de risco e às suas necessidades, de forma atempada.

5. A redução de intervenções obstétricas "de rotina" **não compromete a segurança materna ou neonatal**. Pelo contrário, está **associada a melhores desfechos clínicos, maior satisfação da mulher e menores taxas de complicações pós-parto**.

6. Os **modelos de continuidade de cuidados coordenados por EE-ESMO são custo-efetivos e contribuem para a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde**. No contexto do SNS, tal como já aconteceu em outros países, a adoção deste modelo representa uma oportunidade para reorganizar os cuidados de saúde às mulheres e recém-nascidos, libertar recursos hospitalares e investir em práticas mais seguras, humanizadas e economicamente responsáveis.

1. MODELO DE CUIDADOS CENTRADO NA MULHER E NO RECÉM-NASCIDO COORDENADOS POR EE-ESMO

O modelo de cuidados centrado na mulher e no recém-nascido refere-se a uma abordagem de prestação de cuidados de saúde em que a mulher é colocada no centro de todas as decisões e intervenções. No contexto dos cuidados maternos, um modelo *woman-care-based* reconhece que o parto não é apenas um evento clínico, mas uma experiência transformadora na vida da mulher, devendo ser vivida com segurança, confiança e apoio. Isso significa que os cuidados apresentam como características, serem: 1) personalizados às necessidades físicas, emocionais, sociais e culturais de cada mulher e família; 2) respeitadores da sua autonomia, escolhas e plano de parto; 3) baseados na evidência e orientados por princípios de dignidade, equidade e direitos humanos; e, 4) oferecidos com continuidade ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

A continuidade de cuidados constitui um princípio estruturante dos modelos de assistência centrados na mulher e no recém-nascido. Este modelo assegura que a mulher é acompanhada ao longo de todo o ciclo perinatal: gravidez, trabalho de parto e período pós-parto, preferencialmente pelo mesmo grupo de profissionais de saúde (WHO, 2025). O modelo de continuidade coordenado por Enfermeira/o Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO[2]) permite estabelecer uma relação de confiança com a mulher e família, facilita a deteção precoce de situações de risco, respeita os valores, escolhas e plano de parto da mulher, e garante a articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Os elementos-chave da organização dos cuidados são, nomeadamente os destinatários dos cuidados, os cuidados a prestar, a abrangência dos cuidados, os profissionais de saúde envolvidos e a filosofia dos cuidados (Figura 1).

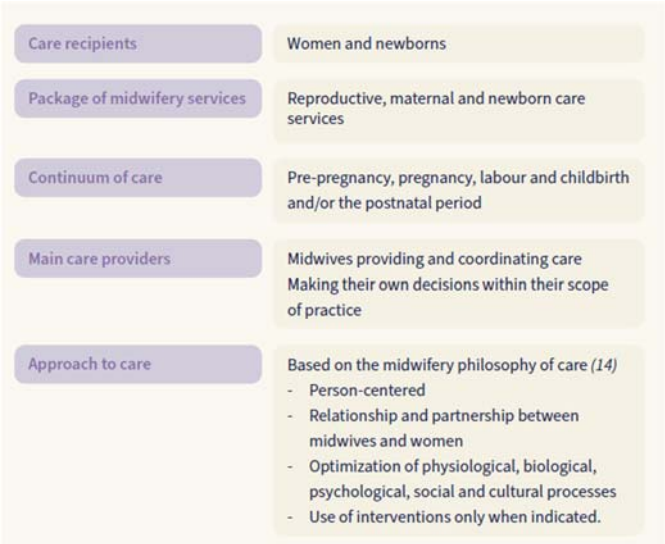


Figura 1. Componentes-chave na prestação de cuidados conduzidos por EE-ESMO (WHO, 2025, p. 10)

[2] Nos textos em inglês corresponde a *midwife* ou *nurse-midwife*.

No modelo de continuidade de cuidados preconizado pela OMS (2024, 2025), o principal prestador de cuidados de saúde à mulher e ao recém-nascido, ao longo de todo o *continuum* da saúde materna e neonatal — incluindo cuidados pré-gravidez, pré-natal, intraparto e pós-parto — é a/o EE-ESMO (Bazirete et al., 2023; Mattison et al., 2020; Stevens & Alonso, 2020; ICM, 2025). A evidência demonstra que este tipo de acompanhamento, especificamente assegurado por EE-ESMO, está associado a melhores resultados clínicos, menor taxa de intervenções, maior satisfação com os cuidados e maior probabilidade de amamentação bem-sucedida (Sandall et al., 2016; Hodnett et al., 2012; King, 2020; Offerhaus et al., 2020; Buckley, 2015; Moore et al., 2016).

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, da Ordem dos Enfermeiros, as/os EE-ESMO possuem as competências necessárias para prestarem cuidados de forma autónoma dentro do seu mandato social, e em articulação com equipas interdisciplinares. Essa colaboração é suportada por sistemas de referenciação bem articulados e mecanismos interprofissionais entre os diversos níveis e plataformas de prestação de cuidados, assegurando a continuidade dos cuidados, em caso de complicações.

Acreditamos que este modelo de cuidados – "*A cada grávida, o seu EE-ESMO*" representa um passo fundamental para a reorganização dos cuidados de saúde materna em Portugal, em linha com as orientações da OMS (WHO, 2024; WHO, 2025).

No contexto da criação dos Centros de Parto Normal (CPN), esta continuidade traduz-se na articulação entre as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), os serviços de obstetrícia - CPN, garantindo uma linha de cuidados fluida, sem ruturas, e com foco na promoção da saúde, na deteção precoce de complicações e na valorização da experiência da mulher (Figura 2).

Figura 2. Centros de parto normal: mulher/casal no centro dos cuidados (MCEESMO, 2022)

As Unidades Locais de Saúde (ULS) representam uma mais-valia estrutural e estratégica para a criação e funcionamento dos CPN, sobretudo pela forma como favorecem a continuidade de cuidados e a coerência assistencial ao longo de todo o percurso da gravidez, parto e pós-parto. De facto, as ULS integram sob uma única gestão, os cuidados de saúde primários e hospitalares, promovem uma visão articulada da resposta às necessidades materno-infantis. Assim, a criação de CPN no contexto das ULS está alinhada com os princípios de proximidade, continuidade, equidade e eficiência do SNS.

O modelo de continuidade de cuidados assegurados por EE-ESMO permite uma resposta mais eficiente e ajustada às necessidades individuais, reforça a autonomia da mulher e contribui para melhores resultados em saúde, sendo reconhecido como uma boa prática nacional e internacional (MCEESMO, 2022; WHO, 2024; WHO, 2025).

A criação dos Centros de Parto Normal (CPN) representa uma mudança organizacional e cultural no modo como se encaram o parto e o nascimento no SNS. De facto, os centros de parto normal existentes a nível mundial assentam numa filosofia de cuidados que reconhece o parto como um processo fisiológico e não como um evento patológico, disponibilizando um ambiente seguro, confortável e respeitador da autonomia da mulher. Representam serviços orientados para mulheres com gravidez de baixo risco, onde os cuidados são coordenados e prestados por EE-ESMO, integrados em equipas multidisciplinares e com acesso facilitado a apoio médico, sempre que necessário (WHO, 2024, 2025). Esta abordagem nos cuidados de saúde visa promover experiências de parto positivas, minimizar intervenções desnecessárias e reforçar a centralidade da mulher na tomada de decisões.

Com base em evidência científica e nas boas práticas internacionais, os CPN procuram garantir cuidados seguros, humanizados e custo-efetivos, contribuindo simultaneamente para a sustentabilidade do sistema de saúde e a satisfação das mulheres e famílias.

Os princípios orientadores dos cuidados incluem:

- Respeito pela fisiologia do trabalho de parto: o parto é considerado um processo natural, que deve decorrer com o mínimo de intervenções sempre que não haja indicação clínica. A atuação centra-se em apoiar a progressão espontânea do trabalho de parto e do nascimento.
- Centralidade na mulher e na sua autonomia: as decisões são tomadas em parceria com a mulher, respeitando os seus valores, preferências e plano de parto. A mulher é reconhecida como protagonista do seu parto (Cardoso et al., 2023).
- Promoção da continuidade de cuidados: a mulher é acompanhada por EE-ESMO ao longo de todo o ciclo — gravidez, parto e pós-parto — garantindo uma relação de confiança, maior segurança e melhor experiência de cuidados.
- Ambiente acolhedor e facilitador: o espaço físico é preparado para favorecer o conforto, a mobilidade, a privacidade e a autonomia da mulher, promovendo um ambiente que reduz o stresse e favorece o processo fisiológico.
- Prática informada pela evidência: as intervenções clínicas, quando necessárias, seguem protocolos atualizados e baseados nas melhores evidências disponíveis, garantindo segurança materna e neonatal.
- Trabalho em equipa interdisciplinar: os cuidados são prestados maioritariamente por EE-ESMO, em articulação com outros profissionais de saúde (médicos obstetras, anestesiologistas, neonatologistas), assegurando respostas rápidas em caso de necessidade de referenciação ou vigilância acrescida.
- Valorização do papel das pessoas significativas: a mulher tem o direito de ser acompanhada por pessoas da sua escolha durante o parto, reconhecendo-se o valor do apoio contínuo.
- Promoção do contacto pele com pele e amamentação precoce: o contacto imediato entre mãe e recém-nascido e o início precoce da amamentação são incentivados como práticas fundamentais para a ligação mãe/pai-filho e a adaptação do recém-nascido.

- Responsabilidade profissional e ética: os profissionais atuam com elevado nível de competência técnica e responsabilidade ética, promovendo cuidados seguros, respeitadores e dignos.
- Segurança com intervenção proporcional ao risco: o modelo de cuidados inclui mecanismos claros de avaliação e referenciação, garantindo que qualquer alteração no estado materno ou fetal/neonatal é prontamente identificada e gerida em articulação com o nível de cuidados apropriado.

Estes princípios refletem uma prática que valoriza a mulher como agente ativo no seu parto, promovendo melhores resultados em saúde e maior satisfação com os cuidados recebidos (MCEESMO, 2022). De facto, as mulheres querem ser ouvidas, respeitadas e cuidadas com dignidade durante o processo de gravidez, parto e pós-parto. Desejam ter acesso a informação clara, poder participar nas decisões sobre o seu corpo e contar com profissionais qualificados que as acompanhem com empatia e competência. Um parto respeitoso — centrado na mulher, sem maus-tratos ou violência obstétrica, assente na evidência e nos direitos humanos — é fundamental para garantir não apenas a segurança física, mas também o bem-estar emocional da mulher e do recém-nascido. Pelo contrário, partos vividos como traumáticos, marcados por desrespeito, intervenções desnecessárias ou ausência de apoio contínuo, podem ter consequências profundas e duradouras, como depressão pós-parto, dificuldades na ligação mãe-filho, compromisso na relação conjugal, evitar futuras gravidezes ou, até mesmo, a rejeição dos serviços de saúde (Pronúncia da MCEESMO n.º 4/2024).

2. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO NAS UCC

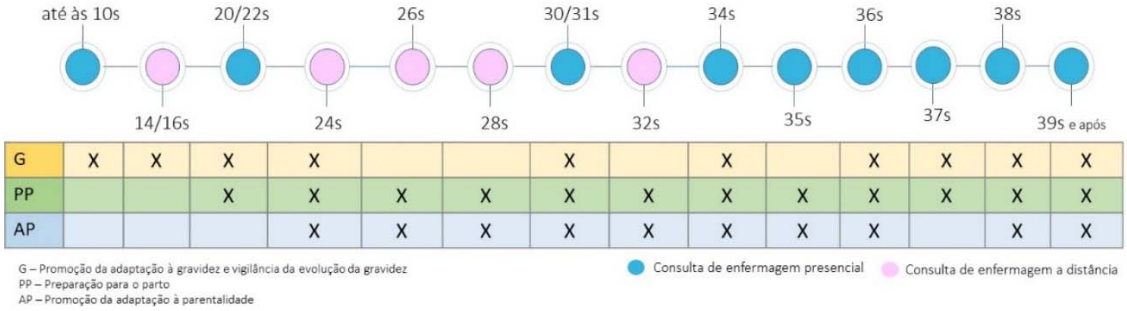
As/Os EE-ESMO assumem um papel central no modelo de cuidados baseado na continuidade, sendo os profissionais mais qualificados para acompanhar mulheres com gravidez de baixo risco ao longo de todo o processo perinatal (WHO, 2024; WHO, 2025; OE, 2019).

Na assistência pré-natal, as/os EE-ESMO, em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), asseguram:

- A vigilância clínica da gravidez, com avaliação contínua da normalidade do processo e deteção precoce de sinais de alerta;
- Solicitação de análises, ecografias e prescrição de suplementos, conforme as orientações da DGS;
- Promoção da adaptação à gravidez, nomeadamente no que se refere ao estilo de vida saudável, nutrição, alterações fisiológicas, sexualidade e sinais de trabalho de parto;
- Promoção da adaptação à parentalidade, através de cuidados antecipatórios promotores do desenvolvimento das competências parentais;
- Preparação para o parto e elaboração do plano de parto, a partir dos desejos e expectativas da mulher e da pessoa que ela escolheu para a apoiar durante o trabalho de parto.

O acompanhamento da grávida, através de consultas individuais, conduzidas por EE-ESMO, constitui uma mais-valia significativa na preparação efetiva da mulher para o seu parto. O ambiente de consulta individual permite identificar necessidades emocionais ou sociais complexas que poderiam passar despercebidas em contextos de grupo, garantindo o encaminhamento atempado e adequado. Para além disso, as consultas permitem abordar, de forma progressiva, temas como o plano de parto, as opções para lidar com a dor de trabalho de parto, o tipo de apoio desejado e o papel do acompanhante. Isto torna a mulher protagonista ativa do processo, o que está associado a melhores resultados obstétricos e menor risco de experiências traumáticas (Moore et al., 2016; Sandall et al., 2024). De igual modo, as mulheres acompanhadas de forma individual têm maior probabilidade de aderir a práticas como o início precoce da amamentação, mobilidade durante o trabalho de parto e contacto pele com pele, porque compreendem melhor os seus benefícios (Buckley, 2015; Offerhaus et al., 2020).

De acordo com os guias orientadores de boas práticas centrados na assistência pré-natal estão consideradas até 14 consultas, que envolvem a gravidez, a adaptação à parentalidade e a preparação para o parto, admitindo-se que poderão ser realizadas presencialmente ou via teleconsulta (Figura 3).



G	X	X	X	X			X		X		X	X	X	X
PP			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
AP				X	X	X	X	X	X	X	X		X	X

Figura 3. Esquema de consultas coordenadas por EE-ESMO (Cardoso et al., 2023a; Cardoso et al, 2023b; Cardoso et al., 2024)

Durante o internamento, asseguram a alta precoce, articulando-se com a/o EE-ESMO que a acompanhou durante a gravidez.

Na assistência no pós-parto, em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), as/os EE-ESMO asseguram:

- Os cuidados à mulher e ao recém-nascido, assegurando a recuperação física e emocional da puérpera;
- Promovem a amamentação e a assistência nas complicações decorrentes da lactação e/ou amamentação;
- Monitorizam os sinais de complicações e referenciam as situações que ultrapassam o seu mandato social;

3. ASSISTÊNCIA INTRAPARTO: CENTRO DE PARTO NORMAL

Um Centro de Parto Normal (CPN) é uma unidade de saúde destinada à assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato de mulheres com gravidez de baixo risco, num ambiente que valoriza a fisiologia do parto, a autonomia da mulher e a prestação de cuidados humanizados, seguros e baseados na evidência.

Os Centros de Parto Normal[3] são espaços dedicados onde mulheres e recém-nascidos com baixo risco de complicações recebem cuidados de qualidade prestados e coordenados por EE-ESMO. Embora estes centros garantam sempre cuidados durante o trabalho de parto e o nascimento, podem também oferecer serviços adicionais, tais como cuidados antenatais, pós-parto imediato e saúde sexual e reprodutiva, prestados através de um modelo de continuidade de cuidados assegurado por EE-ESMO.

O CPN proposto pela Ordem dos Enfermeiros localiza-se dentro do hospital, integrado nos serviços de obstetrícia, com uma organização própria e diferenciada, centrada numa filosofia de cuidados menos intervencionista. Caracteriza-se por ser:

- Um espaço acolhedor, confortável e seguro, com condições físicas e materiais que favorecem a mobilidade, o conforto e o parto fisiológico;
- Um serviço destinado a mulheres com gravidezes de baixo risco, em trabalho de parto de início espontâneo, com feto único, em apresentação cefálica, entre as 37 e 42 semanas;
- Um modelo de cuidados centrado na mulher e coordenado por EE-ESMO, com vigilância contínua, apoio e promoção da progressão natural do trabalho de parto;
- Um espaço onde se respeita o plano de parto e se promove a autodeterminação da mulher, com intervenções clínicas em conformidade com o seu mandato social, e apenas quando justificadas;
- Um componente integrado do sistema de saúde, com mecanismos de referenciação seguros e eficazes para unidades hospitalares em caso de necessidade.

3.1. Razões para a criação dos Centros de Parto Normal

A atual organização dos serviços de saúde obstétrica tende a tratar todos os partos com o mesmo grau de intervenção, mesmo quando não se justificam intervenções médicas, cirúrgicas ou farmacológicas. Esta abordagem tem contribuído para um uso excessivo de recursos, aumento de custos e, por vezes, para a insatisfação das mulheres com a sua experiência de parto, nomeadamente pela desconsideração do seu plano de parto e preferências individuais.

[3] Teve por base a designação em inglês "*birth centres*".

Face à escassez de médicos obstetras no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e à evidência robusta que demonstra os benefícios dos modelos de assistência centrados na fisiologia do parto e na autonomia das mulheres, a criação de Centros de Parto Normal (CPN) surge como uma resposta adequada e necessária. Estes centros propõem-se prestar cuidados seguros e baseados na evidência a mulheres com gravidez de baixo risco, valorizando a autonomia, o conforto e a autodeterminação, e promovendo o parto como um processo normal e saudável.

Ao serem integrados nos serviços de obstetrícia já existentes, os CPN representam uma oportunidade para reorganizar os cuidados, melhorar a utilização dos recursos disponíveis, aumentar a satisfação das mulheres e profissionais de saúde, e contribuir para a sustentabilidade do SNS. Trata-se de uma mudança sustentada numa filosofia de cuidados que respeita a fisiologia como o *gold standard*, reduz intervenções desnecessárias e responde de forma mais adequada às necessidades das mulheres, dos recém-nascidos e das famílias.

Revisões sistemáticas indicam que a estas mulheres, com parto nos *birth centers* estão associados a menor risco de pré-termo, baixo peso ao nascer, maior início e continuidade da amamentação, menor intervenção obstétrica e segurança neonatal. Por exemplo, no National Birth Center Study II, estudo prospetivo com mais de 15 500 mulheres em 79 centros de parto normal realizado nos Estados Unidos, a taxa de cesariana foi de cerca de 6%, comparativamente a aproximadamente 32% em mulheres de baixo risco nos cuidados obstétricos tradicionais; cerca de 84 % das mulheres em centros de parto pariram neste espaço, com menos de 2% de transferências devido a emergências maternas e sem mortes maternas registadas, acrescido de percentagens elevadas de parto vaginal espontâneo e integridade do períneo e 99 % das mulheres expressaram níveis elevados de satisfação (Stapleton, Osborne & Illuzzi, 2013).

Na Europa, especificamente no Reino Unido, os *birth centres*, designadamente os *alongside midwifery units*, estão frequentemente localizados dentro ou junto aos hospitais, oferecendo um ambiente mais familiar e seguro para partos de baixo risco. De acordo com o relatório clínico da National Maternity and Perinatal Audit, referente ao ano de 2018/19, entre os 130 hospitais auditados, 95 incluíam um *alongside midwifery unit*. Estes dados representam uma ampla adoção do modelo dentro dos hospitais do NHS, refletindo a confiança nos resultados clínicos e na experiência da mulher oferecida nos centros de parto normal. A posição do Royal College of Midwives reflete confiança no modelo dos *birth centres* como espaço ideal para prática baseada na evidência, humanização dos cuidados e eficiência do sistema (RCM, 2016). Também nos Países Baixos, dos 23 centros de parto normal, seis encontram-se integrados diretamente em unidades obstétricas hospitalares, conhecidos como *on-site birth centres*, que funcionam dentro do edifício hospitalar sob uma gestão integrada com o serviço de bloco de partos (Hermus et al., 2017).

Os resultados dos estudos e das experiências internacionais servem como referência útil para a criação de Centros de Parto Normal em Portugal, integrando segurança clínica, envolvimento ativo da mulher e organização estruturada e sustentável.

Adicionalmente, a OMS emanou dois documentos, «*Transitioning to midwifery models of care: Global position paper*» (WHO, 2024) e «*Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care*» (WHO, 2025) que fornecem orientações práticas para os países que pretendem adotar ou expandir modelos de cuidados conduzidos por EE-ESMO, com o objetivo de melhorar os resultados em saúde materna e neonatal, reduzir desigualdades e garantir cuidados centrados na mulher.

Nestes documentos é defendido a transição estratégica para modelos de continuidade de cuidados conduzidos por EE-ESMO. Estes modelos, não implicam substituir completamente os cuidados médicos, mas sim reorganizar o sistema para que os cuidados de baixo risco sejam prestados prioritariamente por EE-ESMO, reservando os recursos médicos para situações de maior complexidade (WHO, 2024, 2025).

Às mais-valias deste modelo de cuidados, temos a crise nos serviços de urgência de obstetrícia em Portugal. De facto, os serviços enfrentam uma crise estrutural e prolongada, marcada por escassez de profissionais, encerramentos temporários de blocos de parto e dificuldades na organização das escalas, especialmente durante períodos críticos. Esta situação tem gerado instabilidade no acesso aos cuidados, sobrecarga das equipas existentes e insegurança para as mulheres e famílias.

A concentração de recursos nos grandes hospitais, aliada à fraca valorização de modelos de proximidade e continuidade de cuidados, contribui para desigualdades regionais e limita a resposta às necessidades reais da população. A crise atual evidencia a necessidade urgente de reorganizar o sistema de cuidados perinatais, com soluções sustentáveis e baseadas em modelos já testados, como os CPN, que aliviam a pressão sobre os serviços hospitalares, garantem segurança clínica e reforçam a humanização da assistência.

3.1.1. Definição de parto normal

O parto normal é definido como um processo fisiológico que ocorre espontaneamente, sem a necessidade de intervenção médica, cirúrgica ou farmacológica, envolvendo a expulsão do feto e da placenta através do canal vaginal. Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1996; 2018) e da International Confederation of Midwifes (ICM, 2023), o parto normal caracteriza-se por:

- Início espontâneo do trabalho de parto;
- Gravidez de baixo risco no início e durante todo o processo;
- Presença de feto único, em apresentação cefálica de vértice;
- Idade gestacional entre as 37 e as 42 semanas completas;
- Progressão natural e contínua do trabalho de parto e nascimento;
- Parto eutócico (sem instrumentalização ou cirurgia);
- Expulsão espontânea da placenta;
- Boa adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
- Mãe e bebé em boas condições de saúde após o parto.

O parto normal é um evento biopsicossocial significativo, influenciado por fatores fisiológicos, emocionais e ambientais. Reconhece-se que, para além dos aspetos clínicos, envolve também processos hormonais e psiconeuroendócrinos que contribuem para a experiência global da mulher e para o início da ligação afetiva com o recém-nascido. Este tipo de parto, quando adequadamente apoiado, está associado a menor risco de complicações, melhores resultados

perinatais, maior probabilidade de prevenção de cesariana primária, maior probabilidade de sucesso na amamentação, melhor recuperação pós-parto e maior satisfação da mulher com a sua experiência de parto (WHO, 2018; Sandall et al., 2016; Moore et al., 2016; Offerhaus et al., 2020; Declercq et al., 2020; NICE, 2021; Souter et al., 2019; Renfrew et al., 2014).

3.2. Organização e funcionamento

A operacionalização dos Centros de Parto Normal (CPN) exige uma organização bem estruturada, capaz de garantir a segurança, a eficácia e a continuidade dos cuidados prestados às mulheres com gravidez de baixo risco. O funcionamento dos CPN deve estar articulado com os restantes serviços de saúde, assegurando mecanismos eficazes de referenciação sempre que necessário.

A estrutura dos CPN deve refletir a filosofia de cuidados centrada na fisiologia do parto e na autonomia da mulher, respeitando os princípios clínicos e éticos definidos para este tipo de unidade. Isto implica a definição rigorosa de critérios de elegibilidade, o estabelecimento de protocolos clínicos baseados na evidência, a presença permanente de dotações seguras de EE-ESMO e a garantia de condições físicas e técnicas adequadas.

Na assistência durante o trabalho de parto, as/os EE-ESMO, sobretudo em contexto de CPN, asseguram:

- O internamento das grávidas de baixo risco em trabalho de parto (DGS n.º 02/2023);
- A condução e vigilância do trabalho de parto de baixo risco, promovendo a progressão espontânea e fisiológica do processo;
- Assumir a assistência nos partos eutócicos e os cuidados inerentes;
- A referenciação das situações que ultrapassam o seu mandato social;
- Um ambiente seguro, calmo e respeitador da autonomia da mulher, encorajando estratégias de *coping* para lidar com a dor;
- Utilizam intervenções baseadas em evidência apenas quando clinicamente indicadas, prevenindo a chamada "cascata de intervenções" e os "riscos fabricados"[4];
- A adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
- A articulação com os médicos (obstetras, anestesiologistas, neonatologistas) em caso de necessidade de vigilância acrescida ou complicações, assegurando a referenciação segura e atempada;
- A transferência para o serviço de puerpério.

De seguida, apresentam-se alguns dos elementos essenciais para o funcionamento dos CPN, incluindo o circuito da grávida, a articulação com os diferentes níveis de cuidados, a gestão dos

[4] Muitos dos riscos atuais associados ao parto, como complicações decorrentes de intervenções médicas desnecessárias e frequentemente implementadas por rotina, como por exemplo, cesarianas sem indicação clínica, partos instrumentados ou induções de trabalho de parto são "fabricados". Por isso, a medicalização, paradoxalmente, introduz riscos que não existiam.

recursos humanos e os procedimentos de atuação em caso de necessidade de vigilância acrescida ou transferência.

3.2.1. Circuito da grávida

O circuito da grávida ao longo do *continuum* de cuidados é concebido para garantir um percurso de cuidados contínuo, seguro e centrado na mulher, desde a gravidez até ao pós-parto. Este circuito permite identificar precocemente as mulheres com gravidez de baixo risco que são elegíveis para o acompanhamento por cuidados coordenados por EE-ESMO, assegurando, ao mesmo tempo, vias de referenciação eficazes para situações que exijam vigilância acrescida ou cuidados diferenciados (Figura 4).

Figura 4. Continuidade de cuidados entre serviços de saúde.

O processo inicia-se nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), onde as/os EE-ESMO asseguram as consultas da gravidez, a preparação para o parto e a promoção da adaptação à parentalidade. É nesta fase que se avalia a elegibilidade clínica, se discute o plano de parto e se inicia o acompanhamento que se manterá até ao pós-parto.

Aquando do trabalho de parto, a grávida é orientada pelo circuito conforme ilustrado na Figura 5.

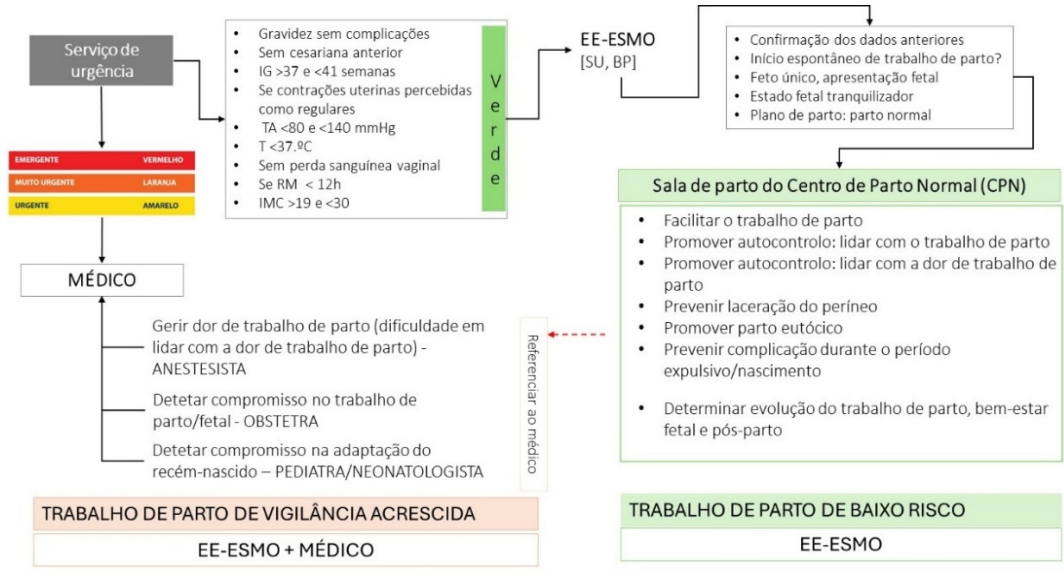


Figura 5. Circuito da grávida no Centro de Parto Normal (OE, s/d)

No momento do início do trabalho de parto, a grávida dirige-se ao Serviço de Urgência ou diretamente ao CPN (dependendo da organização local), onde os critérios de admissão são reavaliados. Se a situação corresponder a um trabalho de parto de baixo risco e plano de parto compatível com a filosofia, a mulher é admitida no CPN, onde os cuidados são prestados por EE-ESMO. A condução clínica do trabalho de parto é contínua e rigorosa, permitindo identificar, de forma precoce, qualquer alteração que exija a intervenção de outros profissionais. Nos casos em que, durante o trabalho de parto, surjam sinais de alerta — como alterações na progressão do parto, sinais de compromisso fetal, dificuldades de lidar com a dor, ou complicações na adaptação do recém-nascido — o circuito prevê a referenciação para o médico obstetra, anestesiologista ou neonatalogista, conforme necessário. O circuito termina com a assistência no pós-parto imediato, garantindo a vigilância da mãe e do recém-nascido, o contacto pele com pele e o início precoce da amamentação.

Após o parto, se existirem condições para alta precoce, a/o EE-ESMO responsabiliza-se pela referenciação para a UCC onde a mulher foi acompanhada durante a gravidez e articula o regresso a casa, onde a/o EE-ESMO da UCC dará continuidade aos cuidados em função das necessidades específicas da mulher e recém-nascido, e respetiva família.

3.2.1.1. Critérios de elegibilidade

A admissão de mulheres no CPN exige uma avaliação rigorosa de critérios clínicos que garantam a segurança da mulher e do feto/recém-nascido. Com base nos documentos analisados e nas boas práticas nacionais e internacionais na Tabela 1 são apresentados os critérios de elegibilidade.

Tabela 1. Critérios de elegibilidade para admissão num CPN

Critérios clínicos maternos	Critérios relacionados com o feto	Critérios sociais e contextuais
• Gravidez única (feto único) • Idade gestacional entre 37 semanas completas e menos de 42 semanas • Início espontâneo do trabalho de parto • Ausência de patologia materna relevante (ver Orientação n.º 2/2023 da DGS) • Pressão sanguínea entre 80 e 140 mmHg • Temperatura corporal inferior a 37 °C • Bolsa amniótica íntegra ou rota há menos de 12 horas • Índice de Massa Corporal (IMC) entre 19 e 30	• Apresentação cefálica de vértice • Estado fetal tranquilizador (monitorização fetal normal à admissão) • Ausência de malformações congénitas conhecidas com impacto perinatal • Peso fetal estimado dentro de parâmetros normais para a idade gestacional	• Consentimento informado da mulher • Elaboração prévia de plano de parto compatível com a filosofia do CPN • Desejo expresso de um parto fisiológico, sem intervenções de rotina • Apoio para o pós-parto tendo em vista a alta precoce

Fonte: MCEESMO, OE; Orientação n.º 2/2023 da DGS.

O funcionamento dos CPN deverá assentar numa lógica de complementaridade entre profissionais de saúde, garantindo uma resposta segura, eficaz e centrada na mulher. As/Os EE-ESMO, que assumem a responsabilidade pelos cuidados prestados em situações de baixo risco,

trabalham em articulação com outros profissionais, sempre que se verifique necessidade de vigilância acrescida ou surgimento de complicações.

A existência de protocolos bem definidos e comunicação eficaz entre profissionais são pilares fundamentais deste funcionamento integrado e seguro.

3.2.2. Condições estruturais e recursos necessários

A implementação do CPN requer a criação de condições físicas, materiais e humanas adequadas à filosofia de cuidados. Estas condições devem garantir um ambiente acolhedor, funcional e tecnicamente preparado para assistir partos de baixo risco, respeitando a autonomia da mulher, promovendo o seu conforto e assegurando uma atuação clínica eficaz e baseada na evidência.

A sua instalação pode ocorrer no interior dos atuais blocos de partos, com integração funcional com os restantes serviços hospitalares. Esta proximidade permite um apoio e/ou transferência célere e segura em situações de complicação, sem comprometer a filosofia de cuidados centrada na fisiologia do parto.

A qualidade do ambiente físico é um fator determinante para a experiência da mulher e para a adequada evolução do trabalho de parto. Deve, por isso, ser planeado de acordo com os princípios da humanização dos cuidados e com as recomendações técnicas aplicáveis à segurança e bem-estar de todos os envolvidos. O ambiente do CPN deve ser concebido para favorecer o desenrolar espontâneo do trabalho de parto e do nascimento, respeitando a fisiologia do corpo da mulher e minimizando fatores externos que possam interferir negativamente. A criação de um espaço seguro, confortável e intimista contribui para a produção hormonal adequada (como ocitocina e endorfinas) e para a sensação de controlo e segurança da mulher.

As características físicas dos CPN devem refletir o objetivo de proporcionar um ambiente seguro, acolhedor e facilitador da autonomia da mulher. O espaço deve ser confortável, com privacidade, e conter os elementos necessários à mobilidade, à adoção de diferentes posições durante o trabalho de parto e ao uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto. A disposição dos espaços deve também permitir a presença de acompanhante escolhido pela mulher. Em cada sala de parto do CPN, os equipamentos e materiais devem estar organizados de forma discreta, acessível e compatível com a prestação de cuidados em situações normais e de emergência. É ainda essencial garantir o cumprimento das normas de higiene, segurança e acessibilidade, bem como a existência de condições para a atuação de equipas de emergência e transporte, sempre que necessário. A organização dos espaços, os equipamentos disponíveis e a presença de profissionais qualificados devem estar alinhados com os princípios orientadores do modelo de cuidados e com os requisitos definidos pelas normas nacionais e internacionais. A existência de recursos apropriados é determinante para que o CPN possa funcionar de forma segura, articulada com os restantes serviços do SNS, e com capacidade de resposta adequada às necessidades das mulheres e das suas famílias. Neste ponto, apresentam-se os principais elementos estruturais e recursos humanos indispensáveis ao funcionamento dos CPN.

Os equipamentos presentes nos CPN devem permitir a vigilância clínica adequada, a resposta pronta em caso de emergência e, simultaneamente, a promoção do parto com o menor grau de intervenção possível. Assim, devem incluir, entre outros:

- Cama articulada para diferentes posições de parto;
- Bola de parto, banco de parto (ou similar) e barras de apoio para facilitar a mobilidade;
- Acesso ao uso de água (chuveiro ou imersão) durante o trabalho de parto;
- Iluminação regulável, ambiente calmo e controlo da temperatura;
- Espaço para acompanhante e espaço para objetos pessoais da mulher;
- Outros materiais/equipamentos relevantes para a mulher.

Os dispositivos clínicos necessários para monitorização materna e fetal devem estar acessíveis, mas discretos, para não interferir com o ambiente "*fisiológico e familiar*". Da mesma forma, deve existir equipamento básico de emergência, como oxigénio, materiais de reanimação neonatal, medicação essencial e acesso rápido a suporte hospitalar, garantindo a segurança sem comprometer a natureza não intervencionista do espaço.

Admite-se que a combinação entre um ambiente respeitador, o equipamento adequado e a atuação centrada na mulher é essencial para promover o parto fisiológico, reduzir a necessidade de intervenções e proporcionar uma experiência de parto positiva e segura.

3.2.3. Articulação dos serviços e das equipas

A eficácia e segurança dos CPN dependem de uma articulação estruturada entre os serviços envolvidos e equipas de saúde, de modo a garantir os cuidados certos, à pessoa certa e no momento certo. Importa sempre garantir a continuidade de cuidados, a resposta em tempo útil a situações de complexidade crescente e a integração plena dos CPN na rede assistencial. Esta articulação é essencial para assegurar que o parto fisiológico decorre num ambiente adequado, mas com acesso rápido a cuidados diferenciados sempre que necessário.

Assim, os CPN devem estar ligados funcional e logisticamente aos serviços hospitalares. Deve existir um protocolo definido para a referenciação rápida de mulheres com alterações clínicas que requeiram vigilância ou intervenção médica (obstétrica, anestésica ou neonatológica). A transferência de cuidados deve ser realizada com informação clínica completa (DGS, 2017), com documentação dos cuidados atualizada e com consentimento informado da mulher.

Nos modelos de cuidados coordenados por EE-ESMO, estes profissionais atuam de forma autónoma dentro do seu âmbito de prática, colaborando com obstetras, neonatologistas, anestesiologista, outros enfermeiros e outros profissionais de saúde. A colaboração interprofissional baseada na confiança, respeito mútuo e na ausência de hierarquias rígidas é essencial para uma transição bem-sucedida para este modelo de cuidados e para garantir a qualidade e continuidade da assistência (Sangy et al., 2023; Mattison et al., 2020; McFadden et al., 2020; WHO, 2025).

A articulação da equipa de saúde do CPN com os cuidados de saúde primários assegura os cuidados antes e depois do parto, que garante um modelo de continuidade de cuidados. A articulação entre unidades deve ser formalizada através de protocolos clínicos, fluxogramas de decisão e vias rápidas de comunicação, garantindo respostas seguras e céleres (Figura 6).

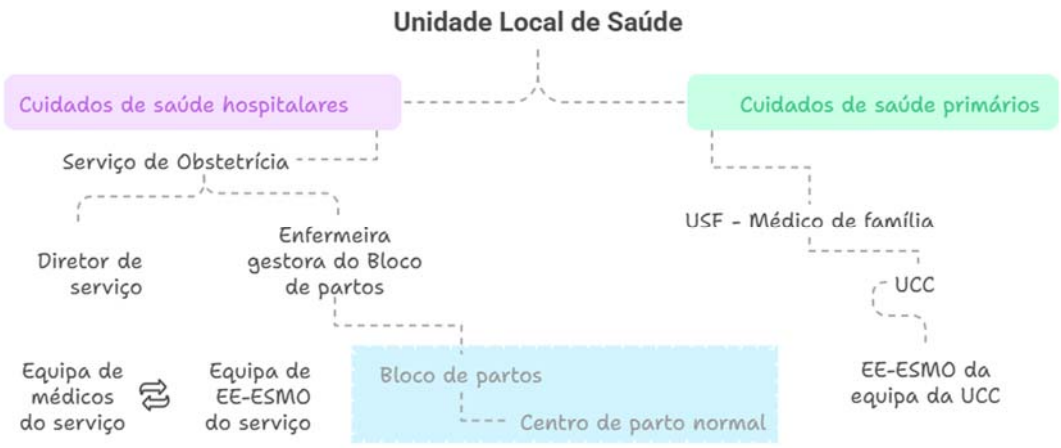


Figura 6. Organograma sumário da organização e dos recursos

Este modelo integrado permite a gestão racional de recursos, evita redundâncias e ruturas nos cuidados, uma vez que é possível, desde já, ser colocada em ação em diversos contextos. Ao mesmo tempo, reforça a capacidade de resposta do SNS, libertando os espaços e profissionais mais diferenciados para situações de maior complexidade.

4. EQUIPA DE SAÚDE PARA O MODELO DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS ARTICULADA

A operacionalização do modelo de continuidade de cuidados no acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto exige a constituição de uma equipa de saúde articulada, multidisciplinar e orientada por níveis de necessidades da mulher e da família. Este modelo pressupõe a afetação eficiente e proporcional dos recursos profissionais, em função da complexidade clínica, do risco identificado e do contexto social da grávida, garantindo uma resposta segura, eficaz e humanizada.

A gestão dos cuidados por níveis de complexidade e de intervenção permite que as mulheres com gravidez de baixo risco sejam acompanhadas por EE-ESMO, em articulação com médicos de medicina geral e familiar (cuidados de saúde primários) e médicos obstetras, neonatologistas e anestesiologistas (cuidados hospitalares), sempre que necessário. Este princípio está alinhado com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018; 2025), que defende uma reorganização dos serviços baseada na otimização de competências e na transição para modelos de cuidados assegurados por EE-ESMO, como forma de melhorar os resultados em saúde materna e neonatal e assegurar a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

A evidência internacional demonstra que equipas de EE-ESMO, organizadas de forma articulada e centradas na continuidade de cuidados, reduzem o número de intervenções clínicas, aumentam a satisfação das mulheres e melhoram os desfechos perinatais (Sandall et al., 2016; Renfrew et al., 2014; WHO, 2024). Este modelo facilita a deteção precoce de alterações no curso fisiológico da gravidez e do parto, permitindo a referenciação atempada para cuidados diferenciados, sempre que necessário, sem comprometer a autonomia e a experiência da mulher.

Assim, a definição e gestão da equipa de saúde devem ter por base critérios clínicos e organizativos claros, assegurando a adequação dos profissionais às necessidades identificadas e promovendo a gestão racional de recursos, a eficiência e qualidade dos cuidados prestados ao longo de todo o percurso perinatal.

4.1. Dotação de EE-ESMO ao longo da continuidade de cuidados

As/Os EE-ESMO asseguram a prestação de cuidados à mulher e à família em contexto de baixo risco, desde a gravidez até ao pós-parto, assegurando acompanhamento contínuo, personalizado e baseado na evidência. Contudo, a constituição da equipa deve garantir uma resposta articulada, com capacidade de integração em diferentes níveis de cuidados e em articulação com os restantes profissionais de saúde, de forma a promover a segurança, a proximidade e a qualidade assistencial (Figura 7).

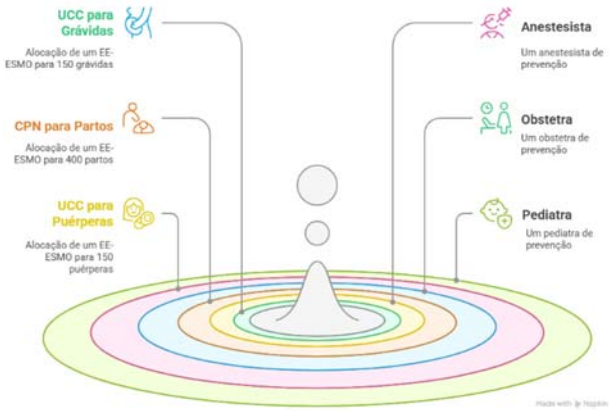


Figura 7. Alocação de recursos humanos

Assistência pré-natal

Os cuidados prestados em continuidade por EE-ESMO resultam em: 1) menor uso de analgesia farmacológica; 2) menor risco de intervenções; e, 3) melhores experiências relatadas pelas mulheres (Sandall et al., 2016).

Durante a gravidez, os EE-ESMO devem assegurar o seguimento regular da grávida de baixo risco, desde o início da gravidez (Quadro 1).

Quadro 1. Proporção entre EE-ESMO e grávidas acompanhadas na UCC

Momento	N.º de EE-ESMO	N.º de grávidas
Grávidas a partir das 8/10 semanas	1	150

Fonte: MCEESMO, OE

Assistência intraparto e pós-parto imediato

A evidência recomenda a presença de pelo menos um EE-ESMO por mulher em trabalho de parto ativo, garantindo a relação de um-para-um que favorece melhores resultados, como maior taxa de parto vaginal espontâneo, menor duração do trabalho de parto, menor necessidade de analgesia farmacológica e maior satisfação com os cuidados recebidos (Hodnett et al., 2012; NICE, 2021; WHO, 2018). Por exemplo, a revisão sistemática da Cochrane que analisou 21 ensaios clínicos com mais de 15.000 mulheres. Os autores concluíram que o apoio contínuo por uma EE-ESMO) resulta em: 1) aumento da probabilidade de parto vaginal espontâneo; 2) menor duração do trabalho de parto; 3) menor uso de analgesia (incluindo epidural); 4) menor taxa de cesariana e de partos instrumentais; e, 5) maior satisfação das mulheres com a experiência de parto.

Assim, numa proporção de um EE-ESMO para 400 partos, recomenda-se que uma proporção entre EE-ESMO e parturientes conforme o ilustrado no Quadro 2.

Quadro 2. Proporção entre EE-ESMO e parturientes

Momento	N.º de EE-ESMO	N.º de parturientes
Fase latente (até 6 cm)	1	2
Fase ativa	1	1
Expulsivo	2	1
Dequitadura e pós-parto imediato	1	1

Fonte: MCEESMO, OE

Em momentos críticos, como o período expulsivo, é necessária a presença de dois EE-ESMO por mulher, por motivos de segurança e apoio simultâneo à mãe e ao recém-nascido.

Assistência pós-parto no internamento e após o regresso a casa

As mulheres com parto no CPN são candidatas para a alta precoce. A alta precoce de mulheres e recém-nascidos saudáveis (geralmente até 24 horas após o parto) pode ser uma opção viável quando integrada num modelo de continuidade de cuidados, que prevê acompanhamento estruturado por EE-ESMO.

Numa revisão sistemática publicada pela Cochrane (Jones & Brown, 2021), esta prática não aumenta significativamente a readmissão materna nas seis semanas seguintes nem a depressão pós-parto, podendo estar associada a um ligeiro aumento na taxa de readmissão neonatal (risco relativo de aproximadamente 1,6) para condições como icterícia ou desidratação. Estes resultados sugerem que a alta precoce após parto em CPN, desde que acompanhada por um protocolo claro e por visitas domiciliárias/consultas presenciais por EE-ESMO, pode promover uma transição segura para casa, com manutenção da amamentação e bem-estar materno e neonatal (Jones & Brown, 2021; Cochrane Effective Practice and Organisation of Care, 2016; Askelsdottir, Ødegård & Fridlund, 2012).

Após o regresso a casa, a partir da informação da ocorrência do parto enviada pelo CPN, todas as mulheres deverão ser contactadas pela/o EE-ESMO que a acompanhou durante a gravidez para avaliar a recuperação pós-parto e definir o plano de cuidados subsequente (Quadro 3).

Quadro 3. Proporção entre EE-ESMO e puérperas e recém-nascidos acompanhadas na UCC

Momento	N.º de EE-ESMO	N.º de puérperas e respetivos recém-nascidos
Puérperas até às 6/8 semanas pós-parto	1	150

Fonte: MCEESMO, OE

A/O EE-ESMO que realizou o acompanhamento da gravidez, assegurará a continuidade de cuidados às puérperas em situação de luto perinatal, após perda gestacional ou morte fetal/neonatal, referenciando as situações que ultrapassam o campo de ação do seu mandato social.

4.2. Dotação de outros profissionais de saúde nos CPN

Os serviços de saúde materna e os seus profissionais existem para servir as mulheres, estando disponíveis sempre que necessário e guiados por um princípio central: a mulher deve ser colocada no centro dos cuidados, com autonomia, escolhas informadas e continuidade nos cuidados. Esta abordagem, conhecida como *woman-centred care*, coloca a experiência individual da mulher no centro da organização dos cuidados, reconhecendo as suas necessidades únicas e garantindo que o cuidado se ajusta à sua realidade clínica e expectativas.

Assim, para além dos EE-ESMO, os CPN devem garantir acesso rápido a outros profissionais de saúde hospitalares, sempre que necessário:

- Obstetra, em caso de complicações na evolução do trabalho de parto ou necessidade de avaliação clínica mais diferenciada;
- Anestesiologista, quando a mulher solicita analgesia ou não consegue lidar com a dor de forma eficaz para uma experiência de parto positiva;
- Pediatra/neonatalogista, para avaliar e intervir se houver compromisso na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

5. BENEFÍCIOS ESPERADOS E GANHOS EM SAÚDE

A implementação de modelos de cuidados centrados a mulher e no recém-nascido coordenados por EE-ESMO, assenta numa base científica sólida e numa vasta evidência internacional que demonstra os efeitos positivos desta abordagem na saúde materna, neonatal e na eficiência dos sistemas de saúde.

De acordo com a evidência científica compilada pela OMS (WHO, 2024, 2025) destacam-se os benefícios em diferentes níveis:

I - Melhoria dos resultados clínicos

- Aumento da probabilidade de parto vaginal espontâneo;
- Redução da taxa de cesarianas e de partos instrumentados;
- Menor necessidade de intervenções clínicas, como indução do parto, analgesia epidural ou episiotomia;
- Diminuição da incidência de lacerações graves e de hemorragia pós-parto;

- Resultados neonatais semelhantes ou superiores, incluindo Apgar ≥8 e menor taxa de admissões em cuidados intensivos;

II - Promoção da experiência positiva de parto

- Maior envolvimento da mulher nas decisões sobre o seu parto;
- Respeito pelo plano de parto e pela autonomia da grávida;
- Acompanhamento contínuo durante o trabalho de parto;
- Maior sensação de controlo, dignidade e satisfação com os cuidados prestados.

III - Apoio à adaptação à parentalidade, em particular na amamentação

- Maior probabilidade de início da amamentação na primeira hora de vida;
- Apoio personalizado à adaptação à parentalidade e ao bem-estar emocional no pós-parto;
- Promoção do contacto pele com pele e do vínculo precoce mãe-bebé e família.

IV - Eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde

- Redução dos custos associados a intervenções cirúrgicas e farmacológicas;
- Otimização da alocação de recursos médicos, reservando-os para situações de maior complexidade;
- Maior rentabilização das competências dos EE-ESMO, com melhoria da produtividade e da qualidade dos cuidados.

V - Valorização profissional e melhoria das condições de trabalho

- Reforço da autonomia e reconhecimento do papel dos EE-ESMO no contexto do SNS;
- Condições de trabalho mais adequadas à prática especializada;
- Redução da rotatividade e maior satisfação profissional.

A satisfação da mulher com os cuidados recebidos durante o parto é um indicador essencial da qualidade assistencial. A experiência do parto tem um impacto profundo e duradouro na saúde física e mental da mulher, influenciando a forma como vivencia a maternidade, a relação com o recém-nascido e a sua confiança no sistema de saúde. A evidência demonstra que os modelos de cuidados centrados na mulher, coordenados por EE-ESMO promovem experiências de parto significativamente mais positivas quando comparados com modelos de cuidados convencionais. Estudos como os de Sandall et al. (2016, 2024) e Declercq et al. (2020) confirmam que mulheres acompanhadas em modelos de continuidade apresentam níveis mais elevados de satisfação, menor probabilidade de relatar experiências negativas e maior perceção de respeito, dignidade e apoio. Estes fatores não só influenciam o bem-estar no pós-parto como também a forma como as mulheres encaram futuras gravidezes e partos.

De acordo com King (2020), Offerhaus et al. (2020) e Decker (2015), a redução de intervenções não compromete a segurança materna ou neonatal. Pelo contrário, está associada a melhores desfechos clínicos, maior satisfação da mulher e menores taxas de complicações pós-parto.

Além dos ganhos em saúde, esta abordagem de cuidados tem um impacto direto na redução dos custos para o sistema de saúde, nomeadamente:

- Menor utilização de recursos hospitalares e fármacos;
- Redução do tempo de internamento pós-parto;
- Menor necessidade de bloco operatório e assistência médica especializada;
- Redução de readmissões e complicações associadas a intervenções excessivas;
- Otimização dos recursos humanos, ao centrar os cuidados de baixo risco nos EE-ESMO e reservar os profissionais médicos para situações de maior complexidade.

Estudos como os de Rosenstein et al. (2015), ACNM (2019) e a própria OMS (2025) reforçam que os modelos de cuidados coordenados por EE-ESMO são custo-efetivos e contribuem para a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde. No contexto do SNS, a adoção deste modelo representa uma oportunidade para reorganizar os cuidados de saúde materna, libertar recursos hospitalares e investir em práticas mais seguras, humanizadas e economicamente responsáveis.

6. IMPLEMENTAÇÃO E MONITORIZAÇÃO

A criação e operacionalização do modelo de continuidade cuidados coordenados por EE-ESMO requerem um processo estruturado de implementação, sustentado em planeamento estratégico, envolvimento das equipas locais e definição clara de responsabilidades. Para garantir o sucesso deste modelo, é essencial assegurar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, a adequação dos recursos físicos e humanos, e a existência de normas e protocolos clínicos baseados na evidência.

A nível mundial, estima-se que existam atualmente mais de mil centros de parto com cuidados às mulheres e recém-nascidos coordenados EE-ESMO (Figura 8). A presença destes modelos de cuidados reflete a crescente valorização de modelos de cuidados centrados na mulher, baseados na fisiologia do parto, na continuidade de cuidados e na redução de intervenções desnecessárias (WHO, 2024; WHO, 2025; OE, 2022).

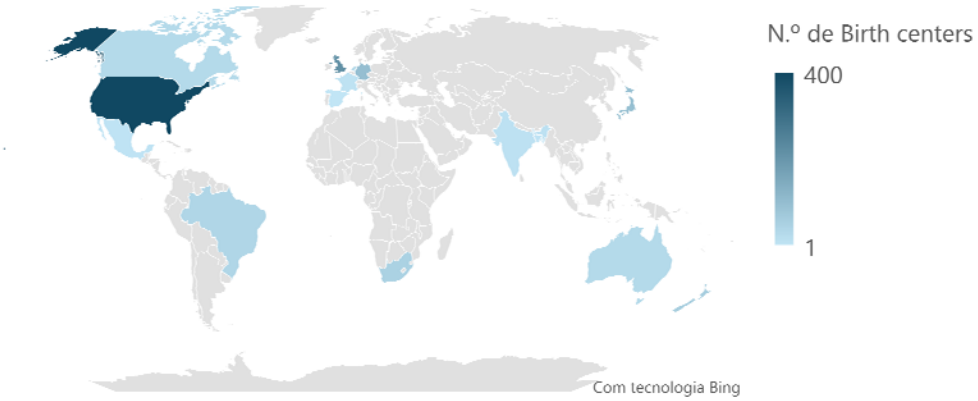


Figura 8. *Birth centers* no mundo baseado em relatórios e estudos disponíveis (pesquisa realizada a 04.07.2025)

A sua disseminação constitui, assim, uma estratégia estruturante para a humanização dos cuidados maternos, a reorganização eficiente dos sistemas de saúde e a promoção de experiências de parto mais positivas, seguras e respeitadoras dos direitos das mulheres.

Constituem fatores de sucesso relevantes para a implementação destes modelos de cuidados, a liderança institucional e o envolvimento político; as parcerias entre entidades profissionais, reguladoras e formativas; e, a avaliação contínua dos resultados. Como desafios comuns reportados na evidência, são apontados a resistência institucional e de outros profissionais, subvalorização das competências das/os EE-ESMO e falta de investimento em infraestruturas apropriadas e em recursos para garantir a implementação dos cuidados conforme a filosofia em que assentam.

A transição para modelos de cuidados centrados na mulher e recém-nascido e coordenados por EE-ESMO, nomeadamente a implementação dos Centros de Parto Normal (CPN), implica uma mudança organizacional estruturada, que exige compromisso institucional, planeamento cuidadoso e envolvimento das equipas. Neste processo, o envolvimento político é essencial para criar um ambiente favorável à mudança e para mobilizar os recursos necessários à transição bem-sucedida para modelos de cuidados liderados por EE-ESMO (WHO, 2025).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2025) propõe um esquema adaptável a diferentes contextos, que pode ser aplicado ao SNS, orientando a transição de forma faseada, segura e sustentável. De acordo com as orientações da OMS, os elementos essenciais para esta transição de cuidados são (Figura 9):

Figura 10. Planeamento estratégico para a transição para modelos de cuidados coordenados por EE-ESMO (WHO, 2025)

As principais etapas da transição organizacional descritas incluem (WHO, 2025):

I - Diagnóstico e planeamento inicial

- Levantamento das necessidades locais e da capacidade instalada (infraestruturas, recursos humanos, volume de partos);
- Identificação de blocos de partos com condições para acolher CPN, de forma autónoma ou integrada;
- Mapeamento das competências disponíveis e definição de perfis profissionais necessários;
- Envolvimento das lideranças institucionais e técnicas na definição de objetivos claros.

II. Envolvimento das partes interessadas

- Envolvimento dos profissionais de saúde (EE-ESMO, médicos, técnicos) no desenho do modelo assistencial;
- Envolver as mulheres e suas famílias, com valorização das suas preferências e experiências;
- Alinhamento com as orientações da Direção-Geral da Saúde e com as boas práticas definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

III. Criação das condições operacionais

- Adequação dos espaços físicos e aquisição dos equipamentos necessários;
- Definição de fluxos assistenciais e critérios de elegibilidade;
- Estabelecimento de protocolos clínicos e vias de comunicação com os serviços de retaguarda hospitalar;
- Garantia da articulação com as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) para assegurar a continuidade de cuidados.

IV. Formação e capacitação das equipas

- Formação específica para EE-ESMO e restantes profissionais sobre o modelo de cuidados e os protocolos do CPN;
- Desenvolvimento de competências em trabalho interdisciplinar, vigilância e assistência do parto fisiológico, gestão de risco e comunicação centrada na mulher.

V. Implementação de projetos piloto e avaliação inicial

- Início do funcionamento do CPN em contexto controlado (projeto-piloto);
- Monitorização dos primeiros casos e recolha de *feedback* das mulheres e profissionais;
- Avaliação de resultados preliminares e ajustamento dos processos, se necessário.

VI. Expansão e consolidação

- Escalonamento progressivo do modelo a outras instituições, com base nos resultados obtidos;
- Estabelecimento de um sistema contínuo de monitorização e melhoria da qualidade;
- Integração dos CPN na rede formal de cuidados do SNS, com reconhecimento institucional e financiamento adequado.

Esta transição exige tempo, liderança, capacidade técnica e compromisso político. No entanto, representa uma oportunidade estratégica para transformar a forma como se prestam cuidados de saúde materna e obstétrica em Portugal, com ganhos concretos para as mulheres, os profissionais e o sistema de saúde.

A avaliação do(s) projeto(s)-piloto(s) deve ser realizada de forma sistemática, com base em indicadores clínicos, organizacionais e de experiência da mulher, previamente definidos e alinhados com as metas de qualidade assistencial. A recolha e análise desses dados devem estar

integradas na rotina dos serviços, com devolução regular da informação às equipas, promovendo uma cultura de transparência, responsabilização e aprendizagem conjunta.

Este processo deve estar articulado com os mecanismos institucionais de gestão da qualidade e integrar-se nos sistemas de informação institucional.

6.1. Indicadores de qualidade dos cuidados

A avaliação da qualidade dos cuidados prestados deve assentar em indicadores objetivos, mensuráveis e comparáveis, que reflitam tanto os resultados clínicos como a experiência da mulher e a eficiência dos serviços. Estes indicadores permitem monitorizar a segurança e a eficácia do modelo de cuidados, identificar áreas de melhoria e sustentar a tomada de decisão com base em dados.

Com base na evidência disponível e nas recomendações da Ordem dos Enfermeiros, da OMS e da literatura científica, os seguintes indicadores de qualidade são recomendados para a monitorização dos CPN:

Indicadores clínicos maternos

- Percentagem de partos vaginais espontâneos;
- Taxa de partos instrumentados (ventosa, fórceps);
- Taxa de cesarianas em mulheres admitidas no CPN;
- Taxa de episiotomias;
- Percentagem de períneos intactos;
- Taxas de lacerações do 1.º, 2.º, 3.º e 4.º grau;
- Taxa de hemorragia pós-parto;
- Taxa de readmissão materna até 28 dias após o parto.

Indicadores neonatais

- Percentagem de recém-nascidos com índice de Apgar ≤7 aos 5 minutos;
- Taxa de admissão em unidade de cuidados especiais ou intensivos neonatais;
- Percentagem de amamentação iniciada na primeira hora de vida;
- Taxa de contacto pele com pele imediato e prolongado.

Indicadores da satisfação com a experiência de gravidez e parto

- Nível de satisfação da mulher com os cuidados prestados;
- Percentagem de planos de parto respeitados e registados;
- Presença de acompanhante à escolha da mulher durante o parto;
- Percentagem de mulheres que relatam ter-se sentido ouvidas e respeitadas;

- Percentagem de partos com acompanhamento contínuo por EE-ESMO (modelo de um-para-um na fase ativa).

Indicadores de eficiência e sustentabilidade

- Custos médios por parto (incluindo recursos humanos e materiais);
- Tempo médio de internamento pós-parto;
- Taxa de referenciação para outros profissionais;
- Proporção de partos realizados em contexto de CPN face ao total de partos da instituição.

6.2. Incentivos para a implementação de cuidados de continuidade centrados na Mulheres e Recém-nascidos coordenados por EE-ESMO

A implementação de modelos de cuidados baseados na continuidade, coordenados por EE-ESMO, requer uma estratégia de incentivo coerente com os objetivos e os benefícios dos cuidados para o SNS e para a saúde da população. A literatura internacional e a experiência de países como Reino Unido, Austrália e Países Baixos demonstram que os incentivos institucionais, financeiros, formativos e de valorização profissional são elementos críticos para uma transição bem-sucedida para este modelo de cuidados.

Um primeiro eixo de incentivo deve passar pelas dotações seguras, centrada na valorização do tempo assistencial em continuidade, através da reorganização de horários, definição de cargas assistenciais ajustadas, reconhecimento das equipas de referência e estabelecimento de equipas estáveis (WHO, 2025).

Um segundo eixo deve passar por considerar a existência de incentivos institucionais e financeiros, como por exemplo a diferenciação de contratualização para instituições que ofereçam continuidade de cuidados e que respondam às necessidades das mulheres e recém-nascidos da sua área de abrangência, garantindo "***A cada grávida, o seu EE-ESMO***".

Um terceiro eixo inclui a medição e divulgação dos resultados, com a criação de indicadores próprios de qualidade e ganhos em saúde, aos quais são atribuídos benefícios financeiros para a equipa interprofissional em função dos objetivos contratualizados. A combinação da remuneração base com incentivos associados ao desempenho clínico e à qualidade da prestação de cuidados contribui para melhores resultados em saúde e maior motivação profissional. Por exemplo, pode-se definir unidades de contratualização equivalentes ao número de mulheres acompanhadas ao longo do ciclo (pré-natal, intraparto, pós-parto), com valor financeiro adicional por objetivo alcançado, por equipa. Poder-se-á ainda estabelecer o regime de dedicação plena para EE-ESMO nos CPN, com uma remuneração-base adequada.

Um quarto eixo passa pelo incentivo à formação contínua e ao desenvolvimento profissional dos EE-ESMO. Isto implica formação específica em continuidade de cuidados e acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal e programas de *mentoring*.

Um quinto eixo contempla a definição de metas regionais e nacionais e avaliar anualmente a sua eficácia clínica e satisfação das mulheres, havendo divulgação pública de relatórios, promovendo transparência e responsabilização.

7. NOTA FINAL

A transição para modelos de continuidade de cuidados coordenados por EE-ESMO é uma realidade a nível internacional. Nas circunstâncias atuais, com a crise na prestação de cuidados de saúde a mulheres e a recém-nascidos, a sua implementação, representa uma oportunidade concreta para transformar os cuidados de saúde materna e obstétrica em Portugal.

Alinhado com a evidência científica, com as orientações da Organização Mundial da Saúde e com as boas práticas reconhecidas nacional e internacionalmente, este modelo responde às necessidades das mulheres e dos recém-nascidos saudáveis, valoriza a atuação dos profissionais e reforça a qualidade, segurança e humanização dos cuidados. A sua concretização requer visão estratégica, compromisso político e investimento sustentado — mas os ganhos em saúde, eficiência e confiança no sistema justificam esta aposta.

Cada passo dado na direção da proximidade, da autonomia e do respeito pelas mulheres e recém-nascidos é, simultaneamente, um avanço para um SNS mais justo, forte e centrado nas pessoas a quem se destinam os cuidados. Modelos de organização que reconhecem e valorizam as escolhas informadas das mulheres, que promovem a continuidade de cuidados e que respeitam os seus ritmos, planos e contextos de vida, representam uma mudança estrutural: deixam de colocar o foco na conveniência dos profissionais ou das instituições e passam a orientar o sistema a partir das necessidades e experiências concretas de quem dele depende. Admite-se que esta abordagem melhora os resultados clínicos e a satisfação com os cuidados e reforça a legitimidade do SNS como bem público orientado para o bem-estar das pessoas, num compromisso ético e social com a equidade e a dignidade. Implementar cuidados de proximidade, assegurados por profissionais com autonomia e competências reconhecidas — como os EE-ESMO —é, assim, investir num SNS mais eficiente e mais alinhado com os princípios que o fundaram.

Este modelo de cuidados de saúde representa, acima de tudo, uma oportunidade para deixar um legado transformador na saúde materna e obstétrica em Portugal: um modelo centrado nas mulheres, respeitador, seguro e eficiente, que contribui para a equidade no acesso, a confiança nas instituições de saúde e a promoção da dignidade e dos direitos na gravidez, parto e pós-parto para as mulheres, recém-nascidos e família.

8. REFERÊNCIAS

American College of Nurse-Midwives. (2019). Position statement: Midwifery care and normal physiologic birth. https://www.midwife.org

Askelsdottir, B., Ødegård, S., & Fridlund, B. (2012). Home care after early discharge: Impact on healthy mothers and newborns. Midwifery.

Bazirete O, Hughes K, Lopes SC, Turkmani S, Abdullah AS, Ayaz T et al. (2023). Midwife-led birthing centres in four countries: a case study. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):1105. (https://doi.org/10.1186/s12913-023-10125-2)

Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A (2017). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 6;7(7):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. PMID: 28681500; PMCID: PMC6483123.

Buckley, S. J. (2015). Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care. Childbirth Connection. https://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/health-care/maternity/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf

Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (2016). The effect of early postnatal discharge from hospital for women and infants: A systematic review. Systematic Reviews. https://doi.org/10.1186/s13643-016-0193-9

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023a). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (mandato 2020–2023). Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-84-92470-12-9. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, Ú., & Figueiredo, A. (2023b). *Guia orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (gravidez de baixo risco)*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (mandato 2020–2023). Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-73-8 (https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33843/gobpgravidezadaptacaogravidez_okn.pdf)

Cardoso A., Soares A., Sousa B., Oliveira M., Chaves, S, Carvalho J. (2024). Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à parentalidade. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-72-1 (https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf)

de Jonge, A., van der Pal-de Bruin, K. M., Hukkelhoven, C. W. P. M., Scheepers, P. L. H., & Offerhaus, P. (2020). Change in maternal and neonatal outcomes in primary midwife-led and secondary obstetrician-led care in the Netherlands: A nationwide cohort study. Birth, 47(2), 171–179. https://doi.org/10.1111/birt.12475

Decker, K. (2015). Cost-effectiveness of midwifery care in birth centers. Journal of Midwifery & Women's Health, 60(2), 144–150. https://doi.org/10.1111/jmwh.12283

Declercq, E., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2020). Listening to mothers in California: A population-based survey of women's childbearing experiences. National Partnership for Women & Families. http://resource.nlm.nih.gov/101744556 (https://digirepo.nlm.nih.gov/master/borndig/101744556/ListeningMothers2018.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 01/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2023). Orientação n.º 002/2023: *Cuidados de Saúde durante o trabalho de parto.* DGS. orientacao-0022023-de-10052023-atualizada-a-26032024-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx

Hermus, M. A. A., Boesveld, I. C., Hitzert, M., Franx, A., de Graaf, J. P., Steegers, E. A. P., Wiegers, T. A., & van der Pal-de Bruin, K. M. (2017). Defining and describing birth centres in the Netherlands: A component study of the Dutch Birth Centre Study. BMC Pregnancy and Childbirth, 17, Article 210. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1375-0

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2012). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews, (10), CD003766. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4

ICM (2025). Policy brief: implementing midwife-led birth centres. The Hague: International Confederation of Midwives; 2025. (https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/Policy-Brief-Implementing-Midwife-Led-Birth-Centres-.pdf)

Jones, E., & Brown, N. (2021). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002958.pub2

King, T. L. (2020). Midwifery continuity of care: A vital solution for a sustainable future. Women and Birth, 33(4), 301–302. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.005

Mattison CA, Lavis JN, Wilson MG, Hutton EK, Dion ML (2020). A critical interpretive synthesis of the roles of midwives in health systems. Health Res Policy Syst. 2020 Jul 8;18(1):77. doi: 10.1186/s12961-020-00590-0. PMID: 32641053; PMCID: PMC7346500

Middlemiss AL, Channon S, Sanders J, Kenyon S, Milton R, Prendeville T, Barry S, Strange H, Jones A (2024). Barriers and facilitators when implementing midwifery continuity of carer: a narrative analysis of the international literature. BMC Pregnancy Childbirth. 2024 Aug 14;24(1):540. doi: 10.1186/s12884-024-06649-y. PMID: 39143464; PMCID: PMC11325633

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews, (11), CD003519. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4

NICE. (2021). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE guideline [CG190]. https://www.nice.org.uk/guidance/cg190

Offerhaus, P., de Jonge, A., van der Pal-de Bruin, K. M., Hukkelhoven, C. W. P. M., Scheepers, P. L. H., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2020). Change in maternal and neonatal outcomes in primary midwife-led and secondary obstetrician-led care in the Netherlands: A nationwide cohort study. Birth, 47(2), 171–179. https://doi.org/10.1111/birt.12475

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., ... & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. The Lancet, 384(9948), 1129–1145. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3

Rosenstein, M. G., Chang, S. C., Sakowski, C., & Main, E. K. (2015). Improving patient safety by repeating (not failing) to communicate: Structured interdisciplinary bedside rounds and increased efficiency in birth centers. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 213(5), 646.e1–646.e7. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.06.067

Royal College of Midwives. (2016). The RCM standards for midwifery services in the UK. Royal College of Midwives

Sandall, J., Naughton, C., McCance, K., Rayment-Jones, H., Locock, L., & Downe, S. (2024). Positive childbirth experiences in midwifery units: A qualitative synthesis. Midwifery, 131, 103580. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103580

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4), CD004667. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5

Souter, V. L., Caughey, A. B., & Tilden, E. L. (2019). The obstetric care consensus: Safe prevention of the primary cesarean delivery and what it means for midwives. Journal of Midwifery & Women's Health, 64(1), 9–12. https://doi.org/10.1111/jmwh.12941

Stapleton, S. R., Osborne, C., & Illuzzi, J. (2013). Outcomes of care in birth centers: Demonstration of a durable model. Journal of Midwifery & Women's Health, 58(1), 3–14. https://doi.org/10.1111/jmwh.12003

Stevens JR, Alonso C (2020). Commentary: creating a definition for global midwifery centers. Midwifery. 2020; 85:102684. (https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102684)

World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550211

World Health Organization. (2024). Transitioning to midwifery models of care: Global position paper. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240083529

World Health Organization. (2025). Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240085455