Projeto de Resolução n.º 1244/XVII/2.ª

Recomenda ao Governo a implementação de um modelo integrado de continuidade de cuidados na gravidez de baixo risco e a criação de um projeto-piloto de Centros de Parto Normal no Serviço Nacional de Saúde

Exposição de Motivos

A resposta em saúde materna e obstétrica no Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem enfrentado constrangimentos persistentes na organização das equipas, na disponibilidade de profissionais e no funcionamento regular dos serviços de urgência obstétrica. A reorganização da rede tem conduzido à concentração de atividade em unidades de maior diferenciação, procurando assegurar capacidade assistencial, previsibilidade e segurança clínica.

O Decreto-Lei n.º 1/2026, de 14 de janeiro, criou, em regime experimental, os Centros de Elevado Desempenho em Obstetrícia e Ginecologia, assentes num modelo de organização e funcionamento orientado para resultados, qualidade e compromisso assistencial. A reorganização em curso exige, em paralelo, que a concentração da resposta hospitalar não se traduza em perda de proximidade ou de continuidade no acompanhamento das mulheres com gravidez de baixo risco. [1]

A Norma n.º 001/2023 da Direção-Geral da Saúde, atualizada em 23 de março de 2026[2], reforça a organização dos cuidados na preconceção, gravidez e puerpério, os critérios de avaliação do risco gestacional e os circuitos de referenciação entre níveis de cuidados.

Neste contexto, o Despacho n.º 1572/2026, de 9 de fevereiro, criou um projeto de vigilância da gravidez de baixo risco por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos cuidados de saúde primários, sobretudo em Unidades Locais de Saúde com baixa cobertura de médicos de Medicina Geral e Familiar. O modelo

[1] Decreto-Lei n.º 1/2026, de 14 de janeiro, DR, 1.ª série, n.º 9
[2] DGS, Norma n.º 001/2023, de 27 de janeiro, atualizada em 23 de março de 2026 - Organização dos Cuidados de Saúde na Preconceção, Gravidez e Puerpério

assenta na reavaliação sistemática do risco, na articulação interprofissional e na referenciação sempre que sejam identificados critérios de risco ou intercorrências clínicas.[3]

O projeto foi posteriormente concretizado em 12 Unidades Locais de Saúde através do Despacho n.º 3384/2026, de 16 de março, tendo entre os seus objetivos expressos a promoção da continuidade dos cuidados ao longo do ciclo gravídico e puerperal. Importa, por isso, garantir que essa continuidade não termina na vigilância da gravidez e que existe articulação efetiva entre cuidados de saúde primários, assistência ao trabalho de parto e acompanhamento no puerpério.[4]

A gravidez de baixo risco não dispensa avaliação clínica rigorosa nem reavaliação permanente. Do mesmo modo, uma gravidez que se manteve de baixo risco não determina, por si só, que o trabalho de parto permaneça nessa condição. A Orientação n.º 002/2023 da Direção-Geral da Saúde, atualizada em 26 de março de 2024, enquadra os cuidados hospitalares durante o trabalho de parto numa equipa multidisciplinar e de acordo com o risco individual de cada parturiente, clarificando atividades, autonomias e responsabilidades dos profissionais envolvidos.[5]

É, assim, necessário distinguir a vigilância da gravidez nos cuidados de saúde primários da assistência durante o trabalho de parto, assegurando simultaneamente continuidade entre ambos os momentos. As mulheres que mantenham critérios de baixo risco devem poder beneficiar de uma resposta ajustada à sua situação clínica, sem comprometer o acesso imediato a cuidados diferenciados quando ocorra alteração do risco.

A evidência internacional sustenta a diferenciação da assistência de acordo com o risco. O National Institute for Health and Care Excellence considera que, em mulheres adequadamente selecionadas como de baixo risco, os modelos britânicos de unidades

[3] Despacho n.º 1572/2026, de 9 de fevereiro, DR, 2.ª série
[4] Despacho n.º 3384/2026, de 16 de março, DR, 2.ª série
[5] DGS, Orientação n.º 002/2023, de 10 de maio, atualizada em 26 de março de 2024 - Cuidados de Saúde durante o Trabalho de Parto

de parto lideradas por *midwives*, quer integradas em contexto hospitalar quer autónomas, estão associados a menor utilização de intervenções obstétricas, sem diferença nos principais resultados neonatais relativamente às unidades obstétricas nos grupos considerados, prevendo estes modelos mecanismos estruturados de transferência de cuidados.[6]

A revisão Cochrane de 2024 sobre modelos de continuidade de cuidados encontrou menor probabilidade de cesariana e de parto vaginal instrumentado e uma experiência de cuidados mais positiva, embora a certeza da evidência varie consoante os resultados avaliados. Estes dados aconselham uma implementação prudente e sujeita a avaliação, não uma transposição automática de modelos organizacionais de outros sistemas de saúde. Esta revisão avalia modelos de continuidade de cuidados e não especificamente o local de parto, pelo que os seus resultados devem ser interpretados nesse âmbito.[7]

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros apresentou uma proposta técnica para a criação de Centros de Parto Normal, definidos como unidades destinadas à assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato de mulheres com gravidez de baixo risco, localizadas no interior do hospital e integradas nos serviços de obstetrícia. Esta designação corresponde a uma proposta técnica daquela Ordem e não a uma tipologia de unidade atualmente instituída no ordenamento ou na organização do SNS. Constitui, contudo, um contributo que importa considerar na definição e avaliação de um eventual modelo-piloto.[8]

Um projeto-piloto deve, por isso, começar em hospitais com serviço de obstetrícia e capacidade efetiva de resposta obstétrica, anestésica, cirúrgica e neonatal. Não se pretende substituir maternidades, reduzir requisitos de segurança ou criar respostas isoladas. Pretende-se avaliar se, dentro de estruturas hospitalares adequadamente equipadas, é possível organizar a assistência às mulheres de baixo risco de acordo com

---

[6] National Institute for Health and Care Excellence, Intrapartum care, NICE Guideline NG235
[7] Sandall J. et al., Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024, CD004667
[8] Ordem dos Enfermeiros, Centro de Parto Normal - Modelo de Continuidade de Cuidados Gravidez-Parto-PósParto, Lisboa, 2025

a complexidade dos cuidados, libertando capacidade diferenciada para as situações que dela necessitam e garantindo resposta imediata perante qualquer alteração clínica.

A organização deste modelo deve respeitar as competências legal e regulamentarmente estabelecidas para cada profissão, promover o trabalho interdisciplinar e definir de forma inequívoca responsabilidades clínicas, critérios de elegibilidade, circuitos de referenciação e mecanismos de transferência. Qualquer eventual alargamento deve depender dos resultados obtidos em matéria de segurança materna e neonatal, transferências, intervenções obstétricas, continuidade assistencial, experiência das mulheres e utilização de recursos.

Assim, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, os Deputados do Grupo Parlamentar do CHEGA recomendam ao Governo que:

1. Desenvolva, no âmbito das Unidades Locais de Saúde, um modelo integrado de continuidade de cuidados para mulheres com gravidez de baixo risco, assegurando a articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares ao longo da gravidez, trabalho de parto e puerpério.
2. Desenvolva e implemente, em regime piloto, um modelo de Centros de Parto Normal, localizados no interior de hospitais do Serviço Nacional de Saúde e integrados nos respetivos serviços de obstetrícia, com capacidade efetiva de resposta obstétrica, anestésica, cirúrgica e neonatal, destinado à assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato de mulheres que cumpram critérios clínicos de baixo risco.
3. Defina critérios nacionais de elegibilidade e exclusão para acesso aos Centros de Parto Normal, assegurando a avaliação e reavaliação do risco materno-fetal e obstétrico, bem como critérios objetivos de referenciação e transferência de cuidados sempre que ocorra alteração da situação clínica.
4. Assegure que o modelo funciona de forma articulada com o projeto de vigilância da gravidez de baixo risco previsto no Despacho n.º 1572/2026, de 9 de fevereiro, com os cuidados de saúde primários e os serviços hospitalares de

obstetrícia e neonatologia e, quando aplicável, com o Instituto Nacional de Emergência Médica, garantindo o exercício das competências legal e regulamentarmente atribuídas a cada profissão.

5. Estabeleça protocolos obrigatórios de articulação, referenciação e transferência e um conjunto nacional de indicadores de monitorização, incluindo segurança materna e neonatal, motivos e tempos de transferência, cesarianas e partos instrumentados após transferência, eventos adversos, admissões neonatais, continuidade dos cuidados e experiência das mulheres.
6. Submeta o projeto-piloto a avaliação independente, incluindo resultados clínicos, segurança materna e neonatal, utilização de recursos, organização dos cuidados e experiência das mulheres, fazendo depender dessa avaliação qualquer eventual alargamento do modelo a outras unidades do Serviço Nacional de Saúde.

Palácio de São Bento, 17 de setembro de 2026

Os Deputados do Grupo Parlamentar do CHEGA