

Rede de Referenciação Hospitalar

# OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E NEONATOLOGIA



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

---

SAÚDE

# Rede de Referência Hospitalar

---

## Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia

### Grupo de Trabalho

<b>Diogo Ayres de Campos</b>	Obstetrícia e Ginecologia	Coordenador
<b>José Manuel Furtado</b>	Obstetrícia e Ginecologia	ARS Norte
<b>Ana Areia</b>	Obstetrícia e Ginecologia	ARS Centro
<b>Fernando Cirurgião</b>	Obstetrícia e Ginecologia	ARS Lisboa e Vale do Tejo
<b>Fernando Fernandes</b>	Obstetrícia e Ginecologia	ARS Alentejo
<b>Fernando Guerreiro</b>	Obstetrícia e Ginecologia	ARS Algarve
<b>Dina Oliveira</b>	Chefe de Divisão	Direção Geral de Saúde
<b>Dalila Assunção</b>	Técnica Superior	Administração Central dos Serviços de Saúde
<b>Carmen Carvalho</b>	Neonatologia	Centro Hospitalar Universitário do Porto
<b>Henrique Soares</b>	Neonatologia	Centro Hospitalar Universitário São João

<b>Gabriela Mimoso</b>	Neonatologia	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
<b>Maria do Céu Almeida</b>	Obstetrícia e Ginecologia	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
<b>Ana Aguiar</b>	Obstetrícia e Ginecologia	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte
<b>Sofia Dantas</b>	Obstetrícia e Ginecologia	Hospital N.ª Senhora da Oliveira - Guimarães
<b>Fernanda Águas</b>	Obstetrícia e Ginecologia	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
<b>João Saraiva</b>	Obstetrícia e Ginecologia	Hospital Garcia de Orta
<b>Álvaro Cohen</b>	Obstetrícia e Ginecologia	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
<b>Daniel Pereira da Silva</b>	Obstetrícia e Ginecologia	Colégio da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia da Ordem dos Médicos

# Índice

## **1 – Enquadramento legislativo e histórico. 5**

1.1. Histórico das RRH. 5

1.2. Evolução das especialidades e sua RRH. 8

## **2 – Âmbito da especialidade hospitalar. 9**

## **3 – Caracterização da situação nacional em termos epidemiológicos e das condições clínicas mais frequentes. 9**

## **4 – Caracterização da situação nacional atual. 12**

4.1. Caracterização em termos assistenciais, de recursos humanos, equipamentos e de distribuição geográfica. 12

4.2. Caracterização dos sistemas de informação existentes. 17

## **5 – Necessidades previsíveis de cuidados e de recursos. 17**

5.1. Indicadores. 17

5.2. Estimativa das necessidades de cuidados e de recursos, a cinco anos. 17

## **6 – Caracterização e definição dos diferentes níveis. 18**

6.1. Hospitais de nível I. 18

6.2. Hospitais de nível I. 24

6.3. Hospitais de nível I. 32

6.4. Arquitetura das RRH. 40

## **7 – Metodologia de monitorização. 64**

7.1. Indicadores de monitorização da RRH. 64

## **8 – Abreviaturas. 66**

## **9 – Implementação. 66**

# 1 – Enquadramento legislativo e histórico

## 1.1. Histórico das RRH

Atualmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) depara-se com diversos desafios desencadeados, sobretudo, pelas alterações demográficas, mudanças nos padrões de doença, inovação tecnológica e mobilidade geográfica.

Considerando as vertentes do acesso e a equidade em saúde, intrínsecas à prestação de cuidados no seio do SNS, e a necessidade de assegurar cuidados de saúde a todos os cidadãos, importa que as diferentes instituições hospitalares garantam a prestação de forma coordenada e articulada entre si, e com os restantes níveis de cuidados. Neste âmbito, as Redes de Referência Hospitalar (RRH) assumem um papel orientador e regulador das relações de complementaridade interinstitucionais, perspetivando-se a implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no cidadão.

Em termos históricos, as RRH tiveram origem no **Programa Operacional da Saúde – SAÚDE XXI**, na sequência das principais recomendações do Subprograma de Saúde 1994-1999, constituindo-se, na altura, como o quadro de referência de suporte ao processo de reforma estrutural do sector da saúde. No eixo prioritário relativo à melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade, a medida 2.1 do referido programa (“Rede de Referência Hospitalar”) objetivava implementar RRH pelas áreas de especialização tidas como prioritárias, visando a articulação funcional entre hospitais, mediante a diferenciação e identificação da carteira de serviços, de modo a responder às necessidades da população, garantindo o direito à proteção e acesso na saúde.

Deste modo, as RRH instigaram um processo de regulação e de planeamento da complementaridade entre instituições hospitalares, contribuindo para a otimização e gestão eficiente da utilização de recursos, com vista a assegurar um quadro de sustentabilidade a médio e longo prazo do SNS.

Vários são os normativos legais e documentos técnicos que abordam a temática das redes hospitalares e a sua importância estratégica como garante da sustentabilidade e eficiência do SNS. A Lei n.º 64-A/2011, de 30 de dezembro, que aprovou as **Grandes Opções do Plano para 2012-2015**, bem como o **Programa do XIX Governo Constitucional**, preconiza a melhoria da qualidade e acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, mediante a reorganização da rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação de cuidados.

Na sequência do Memorando de Entendimento celebrado com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, foi criado o **Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH)** - Despacho do Ministro da Saúde n.º 10601/2011, de 16 de agosto, publicado no Diário da República, II Série, n.º 162, de 24 de agosto - cujo relatório final intitulado “Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança” definiu oito Iniciativas Estratégicas, corporizadas, cada uma, por um conjunto de medidas, cuja implementação e monitorização, promoveriam o cumprimento de um programa de mudança, com a extensão, profundidade e densidade exigidas numa verdadeira reforma estrutural do sector hospitalar português.

No seu relatório, o GTRH defendia que na reorganização da rede hospitalar deviam ser considerados diversos fatores, nomeadamente: (i) critérios de qualidade clínica; (ii) proximidade geográfica; (iii) nível de especialização; (iv) capacidade instalada; (v) mobilidade dos recursos; (vi) procura potencial; (vii) acessibilidades; (viii) redes de referência por especialidade; (ix) equipamento pesado de meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponível; (x) *benchmarking* internacional e (xi) realidade sócio-demográfica de cada região.

O GTRH elencou, ainda, um conjunto de fragilidades inerentes às RRH existentes à data, designadamente: (i) desatualização da maioria das redes (a maioria tinha sido elaborada até 2006 e nunca ajustada); (ii) inexistência de um modelo único e homogêneo do documento; (iii) inexistência de aprovação ministerial para algumas das RRH publicadas; (iv) ausência de integração entre RRH de diferentes especialidades que se interpenetram; (v) inexistência de inclusão dos setores convencionados e privados (nos casos em que se possa aplicar),

contemplando apenas o universo do SNS; (vi) falta de integração do conceito de Centros de Referência e (vii) indefinição quanto ao prazo de vigência das RRH.

No primeiro Eixo Estratégico “Uma Rede Hospitalar mais Coerente”, o GTRH propôs a elaboração da Rede de Referência Hospitalar de forma estruturada e consistente e dotada de elevados níveis de eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Para o efeito, e com o desígnio de redesenhar a rede hospitalar naqueles pressupostos, foi proposta a revisão das RRH em vigor, bem como a elaboração das redes inexistentes, promovendo-se uma referência estruturada e consistente entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (considerando toda a rede de prestação, desde os cuidados de primeira linha aos mais diferenciados), assegurando uma melhor rentabilização da capacidade instalada aos níveis físico, humano e tecnológico.

De igual forma, o **Plano Nacional de Saúde 2012-2016** apresenta um conjunto de orientações, nos eixos estratégicos “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde” e “Qualidade em Saúde”, propondo o reforço da articulação dos serviços de saúde mediante a reorganização dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, cuidados pré-hospitalares, serviços de urgência, entre outros, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente. Ademais, o **Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020** sugere, no eixo “Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde”, “O desenvolvimento de redes de referência de cuidados não apenas de base geográfica, mas também de hierarquia de competências técnicas”. Pretende-se, deste modo, uma rede hospitalar coerente, racional e eficiente, consubstanciada num sistema integrado de prestação de cuidados.

Por outro lado, a **Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril**, estabelecia os critérios que permitiam categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, bem como o seu posicionamento na rede hospitalar, procedendo à sua classificação. Tratava-se de um normativo legal que definia, predominantemente, orientações estratégicas para a construção de uma rede hospitalar coerente, assegurando a resposta e satisfazendo as necessidades da população.

Acresce que a carteira de valências de cada instituição hospitalar seria operacionalizada através do contrato-programa, de acordo com o respetivo plano estratégico. Perante um quadro de reorganização das instituições de saúde hospitalares (no que se refere à disponibilização e coordenação da carteira de valências, aos modelos organizativos e de integração de cuidados), a redefinição do que devem ser os cuidados hospitalares e como se devem integrar com os diferentes níveis de cuidados, com a garantia de uma melhor articulação e referência vertical, permite intervir complementarmente no reajuste da capacidade hospitalar.

Desta forma, as RRH desempenham um papel fulcral enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, nomeadamente: (i) diagnóstico e terapêutica; (ii) formação; (iii) investigação e (iv) colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades e subespecialidades hospitalares.

Assim, as RRH permitem a: (i) articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e o tipo de especialidade em questão; (ii) exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias, concentrando experiências e permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados e (iii) concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

Nesta conformidade, a **Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho**, estabelecia os critérios de criação e revisão das RRH, bem como as áreas que estas deviam abranger. De acordo com o número 2 do artigo 2.º daquele diploma, foram determinados os princípios aos quais as RRH deviam obedecer, nomeadamente: “a) permitir o desenvolvimento harmónico e descentralizado dos serviços hospitalares envolvidos; b) eliminar duplicações e subutilização de meios humanos e técnicos, permitindo o combate ao desperdício; c) permitir a programação do trânsito dos utentes, garantindo a orientação correta para o centro indicado; d) contribuir para a melhoria global da qualidade e eficácia clínica pela concentração e desenvolvimento de experiência e competências; e) contribuir para a diminuição dos tempos de espera, evitando a concentração indevida de doentes em localizações menos

adequadas; f) definir um quadro de responsabilização dos hospitais face à resposta esperada e contratualizada; g) permitir a programação estratégica de investimentos, a nível nacional, regional e local e h) integrar os Centros de Referência.”

No sentido de dar cumprimento ao disposto na portaria supramencionada, o **Despacho n.º 10871/2014, de 18 de agosto**, veio determinar os responsáveis pela elaboração e/ou revisão das RRH. Com efeito, o processo iniciou-se com a elaboração das seguintes RRH: Oncologia Médica, Radioterapia e Hematologia Clínica; Cardiologia; Pneumologia; Infecção pelo VIH e SIDA; Saúde Mental e Psiquiatria; e Saúde Materna e Infantil, incluindo Cirurgia Pediátrica. Posteriormente, o **Despacho n.º 6769-A/2015, de 15 de junho**, veio designar os responsáveis pela elaboração ou revisão das RRH de Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cirurgia Cardiorádica, Cirurgia Geral, Gastrenterologia, Hepatologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Intensiva, Medicina Nuclear, Nefrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Patologia Clínica, Neurorradiologia, Radiologia, Reumatologia e Urologia.

Também o **XXI Governo Constitucional**, no seu programa para a saúde, preconiza a redução das desigualdades entre os cidadãos no que respeita ao acesso à prestação de cuidados, bem como o reforço do papel do cidadão no SNS. Ora, a capacitação do cidadão pressupõe a disponibilização de informação relevante para a sua tomada de decisão, por forma a optar pela instituição do SNS onde pretende ser assistido, de acordo com as suas preferências, critérios de conveniência pessoal e da natureza da resposta das instituições.

Com a publicação da **Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio**, que surge precisamente com o intuito de reforçar o papel do cidadão no SNS, contribuir para a melhoria da sua governação bem como para a melhoria da gestão hospitalar, são revogadas as Portarias n.ºs 82/2014, de 10 de abril, e a 123-A/2014, de 19 de junho. Nesta perspetiva, foram definidas como medidas fulcrais a “promoção da disponibilidade e acessibilidade dos serviços” aos utentes e “a liberdade de escolherem em que unidades desejam ser assistidos”, mediante a articulação com o médico de família e cumprindo a hierarquização técnica e as regras de referenciação em vigor, indo ao encontro do preconizado na Lei n.º 7-B/2016, de 31 de março, que aprova as **Grandes Opções do Plano para 2016 -2019**.

A referida Portaria objetiva: (i) definir o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS (independentemente da sua natureza jurídica e tendo como princípio a definição das RRH) e (ii) continuar o processo de criação e revisão das RRH.

O **Despacho n.º 6696/2016, de 12 de maio**, veio designar os responsáveis pela elaboração das RRH nas especialidades de: Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética, Dermatovenereologia, Endocrinologia e Nutrição, Estomatologia, Genética Médica, Imunoalergologia, Imuno-hemoterapia, Infeciologia, Medicina Interna, Neurocirurgia, Neurologia, Otorrinolaringologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Alinhada com as pretensões de melhoria da eficiência da resposta do SNS, no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência, a **Portaria n.º 331-B/2021, de 31 de dezembro**, veio introduzir alterações à Portaria n.º 147/2016, definindo a metodologia de revisão das RRH. Nos termos do seu n.º 2 do Artigo 2.º, a criação e revisão das Redes de Referenciação são aprovadas por despacho do membro do Governo responsável pela saúde, e acompanhadas pela ACSS, em articulação com a Direção-Geral da Saúde (DGS), sendo a elaboração de propostas da responsabilidade de grupos técnicos, onde se integram representantes da ACSS, DGS e das cinco Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS).

A referida Portaria veio ainda determinar a obrigatoriedade das propostas de Rede de Referenciação conterem um conjunto de aspetos que considera essenciais para que estas se constituam como sistemas integrados e hierarquizados, que regulam as relações de complementaridade funcional e apoio técnico entre serviços hospitalares.

Por último, a **Portaria n.º 151/2022, de 20 de maio**, procedeu à primeira alteração à Portaria n.º 331-B/2021, nomeadamente, ao nível dos prazos para aprovação das RRH que ainda não estejam criadas ou cuja revisão devesse já ter ocorrido.

## 1.2. Evolução das especialidades e sua RRH

A melhoria dos indicadores nacionais na saúde materna e perinatal nas últimas décadas foi sustentado em medidas de educação e promoção da saúde, mas sobretudo na organização, qualidade e articulação dos cuidados de saúde prestados. O sucesso da aplicação destes princípios teve a sua génese na primeira Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, nomeada em Março de 1989. Todo o trabalho por ela desenvolvido e as recomendações que produziu conduziram, nomeadamente, à publicação do **Despacho nº 6/1991, de 20 de junho**, que criou as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) e que foi atualizado pelo **Despacho n.º 12917 de 1998** para abarcar a vertente da criança e do adolescente.

Para a conceção da Rede de Referência Materno-Infantil foi central o Programa de Saúde Materno Infantil. A Rede de Referência Materno-Infantil foi aprovada por **despacho Ministerial, de 26 de abril de 2001**, segundo a respetiva publicação da Direção-Geral da Saúde. A articulação e integração funcional das atividades prosseguidas nos diferentes níveis de cuidados, bem como o estabelecimento de uma rede nacional de referência inter-institucional decorreu do previsto no Programa de Saúde Materna e Infantil. Houve um investimento significativo nas instalações, recursos técnicos e humanos dos serviços de Obstetrícia e Ginecologia e de Neonatologia, bem como nos Centros de Saúde no referente às ações de vigilância da gravidez e planeamento familiar no período 1989-1994. Caracterizaram-se os Hospitais de Apoio Perinatal e os Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado e foram definidas as áreas de influência e o modo de articulação com os Centros de Saúde. As especialidades de Ginecologia/Obstetrícia e de Pediatria articularam-se com os cuidados de saúde primários utilizando as Unidades Coordenadoras Funcionais, vertente saúde materna e neonatal previstas no **Despacho nº 9872/2010 de 1 de junho**. O papel das Unidades Coordenadoras Funcionais e das Comissões Regionais de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (CRSMCA), foi reforçado com a publicação do **Despacho n.º 9872/2010 de 1 de junho**, posteriormente retificado pelo **Despacho 17595/2010 de 15 de novembro**.

As várias medidas então implementadas permitiram uma melhoria muito significativa dos indicadores de saúde (a mortalidade perinatal passou de 15,1‰ em 1988 para 3,4‰ em 2021). Os resultados assim obtidos são repetidamente reconhecidos nacional e internacionalmente. A Fundação Europeia para os cuidados ao recém-nascido publicou em 2011, no seu Benchmarking Report, que países como Portugal e o Reino Unido demonstram que a ação política orientada para a regionalização e interligação dos cuidados são compromissos essenciais e eficazes para garantir elevados padrões de saúde perinatal. A Organização Mundial da Saúde no seu Relatório de 2008 destacou também a melhoria dos cuidados materno-infantis em Portugal, tendo atribuído este resultado à organização e à complementaridade entre cuidados primários e secundários, centrados nas necessidades da grávida e da criança. A United Nations Children's Fund (UNICEF) no seu relatório de Dezembro de 2010, em que foram avaliados 24 Países da Organisation for Economic Cooperation and Development (OCDE), refere que Portugal se encontrava dentro dos três países com níveis mais baixos na desigualdade do acesso a cuidados de saúde. O sucesso obtido na saúde materna e infantil continua visível em relatórios mais recentes como Organisation for Economic Cooperation and Development, Health at a Glance: OECD Indicators, e European Perinatal Health Report 2015.

Para a elaboração do presente documento foi tida em consideração a **proposta de Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente** da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente de 8 de junho de 2012, que utilizou as recomendações publicadas em 2009 pela anterior Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2004-2008) e envolveu as direções de Departamento e Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria e Neonatologia, os Colégios da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros e as sociedades científicas afins; e a Proposta para uma Rede de Referência Nacional de Genética Médica do Colégio de Genética Médica da Ordem dos Médicos de 5 de julho de 2008, com a colaboração da Comissão de Políticas Públicas e Ensino da Sociedade Portuguesa de Genética Humana. Foram também considerados os normativos em vigor, em particular a **Portaria nº 82/2014 de 10 de abril**, e as contribuições da Ordem dos Médicos. Foi tomada em consideração a acessibilidade aos cuidados de saúde urgentes e emergentes decorrente da existência do Instituto Nacional de Emergência Médica e do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico. Foram consultados os Consenso de Ginecologia Oncológica da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e o Consenso Nacional de Cancro da Mama da Sociedade Portuguesa de Senologia. Foi tido em conta o **Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto**,

que cria o regime jurídico dos centros académicos clínicos e dos projetos-piloto de hospitais universitários. Na área da saúde reprodutiva e tratamentos de procriação medicamente assistida, foram também considerados os normativos em vigor, em particular a **lei 32/2016 de 26 de julho** e as suas atualizações e o documento normativo do conselho Nacional de Procriação Medicamente assistida “requisitos e parâmetros de funcionamento dos centros de PMA”, de junho 2021. Para os recursos de enfermagem foram tomadas em consideração as recomendações existentes e aplicáveis como a “Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, da Ordem dos Enfermeiros, **Regulamento nº 533/2014, de 30 de maio**, publicado no Diário da República, 2ª série, Parte E, nº 233, de 2 de dezembro.

A Saúde da Mulher ultrapassa muito os cuidados prestados durante a gravidez e parto, englobando todos os cuidados de saúde da especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, que inclui a saúde sexual e reprodutiva e as doenças do aparelho sexual feminino, aspectos que eram omissos de documentos anteriores. Foi considerado essencial que a Rede de Referência descrita no presente documento englobasse todos os aspetos da Saúde da Mulher.

## 2 – Âmbito da especialidade hospitalar

A **Rede de Referência Hospitalar em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia** é aquela que assegura a resposta hospitalar às situações de doença ginecológica, infertilidade, pré-conceção, doença materna ou fetal, trabalho de parto, puerpério (pós-parto) e apoio neonatal. Inclui todos os cuidados prestados pela especialidade de **Obstetrícia e Ginecologia** (incluindo as subespecialidades de Medicina Materno-Fetal, Oncologia Ginecológica e Medicina da Reprodução), e os cuidados prestados pela subespecialidade de **Neonatologia**. O desenho da presente **Rede de Referência Hospitalar Obstétrica, Ginecológica e Neonatologia** teve especialmente em conta os seguintes aspetos:

- A **segurança** da mulher e do recém-nascido. A concentração das situações clínicas com maior risco em hospitais com cuidados mais diferenciados é recomendada para melhorar a eficácia e a segurança, possibilitando a rentabilização de recursos humanos e técnicos.
- A **massa crítica** necessária para que seja possível a evolução temporal expectável das respostas clínicas.
- Os **condicionamentos geográficos e sociais** do país, de forma a estimular a fixação das populações.

A diferenciação e casuística em ginecologia oncológica são considerados fatores de prognóstico de 1ª linha da doente com cancro genital e da mama.

No âmbito da **Ginecologia Oncológica** é importante que a doente portadora de cancro genital ou da mama seja tratada numa unidade hospitalar com os recursos técnicos e humanos necessários e com a casuística suficiente para otimizar as potencialidades do tratamento. Em todos os hospitais o tratamento oncológico deve estar centrado em grupos multidisciplinares de decisão terapêutica, com regulamento e meios de registo próprios.

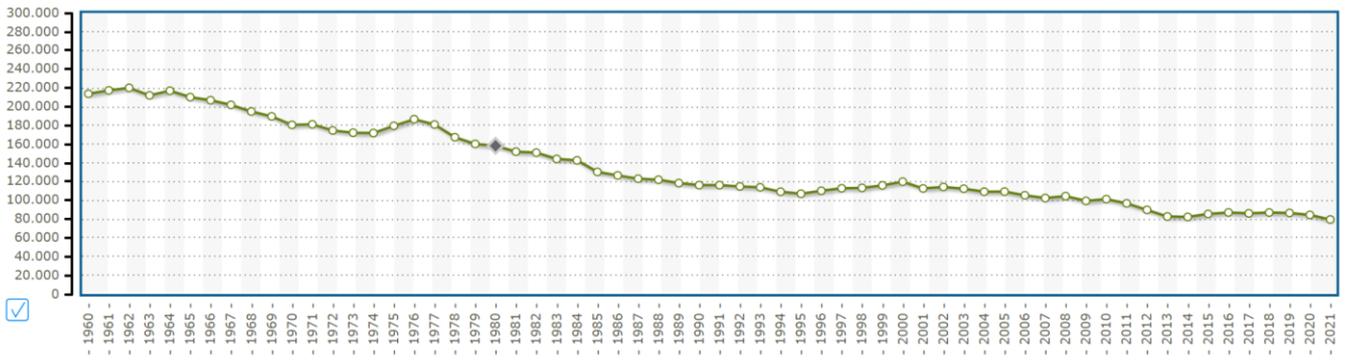
Neste documento não são referidos os recursos humanos, equipamentos e instalações exteriores aos Serviços de Obstetrícia e Ginecologia e Pediatria (Anestesiologia, Imagiologia, Laboratórios, Anatomia Patológica), os quais são essenciais no apoio à resolução das situações clínicas referidas. O presente documento não aborda também os cuidados maternos e perinatais prestados nos cuidados de saúde primários, que incluem as consultas pré-natais em gestações de baixo risco, os cursos de preparação para a parentalidade e a resolução de situações clínicas de menor gravidade (infecção respiratória alta, infecção urinária baixa, gastroenterite, obstipação, vulvovaginites, crise de ansiedade).

## 3 – Caracterização da situação nacional em termos epidemiológicos e das condições clínicas mais frequentes

### Obstetrícia

Nas últimas décadas tem-se assistido a uma redução acentuada e mantida da **natalidade** em Portugal (figura).

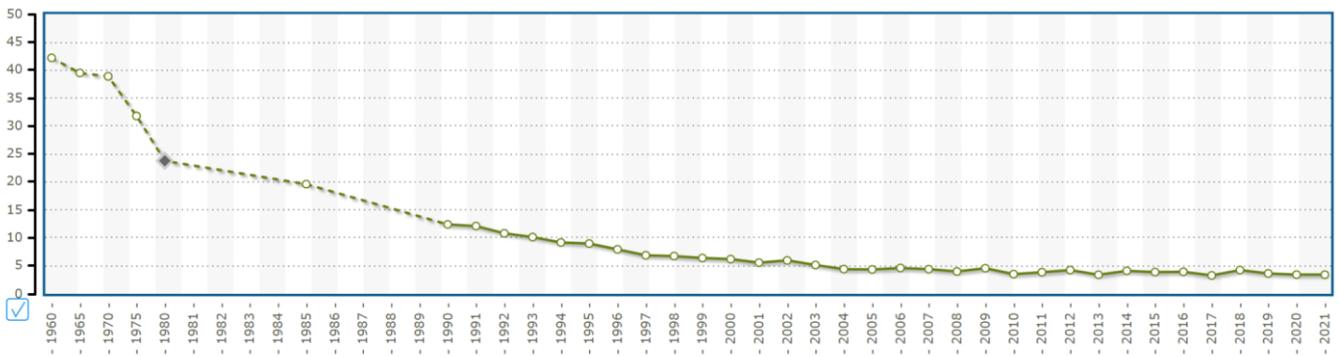
Nados-vivos de mães residentes em Portugal



Fonte: Pordata (<https://www.pordata.pt/Portugal/>) acedido em Setembro 2022

Relativamente aos principais indicadores de qualidade dos cuidados obstétricos, assistiu-se a uma redução seguida de uma estabilidade em valores muito baixos da **mortalidade perinatal** (figura).

Taxa de mortalidade perinatal

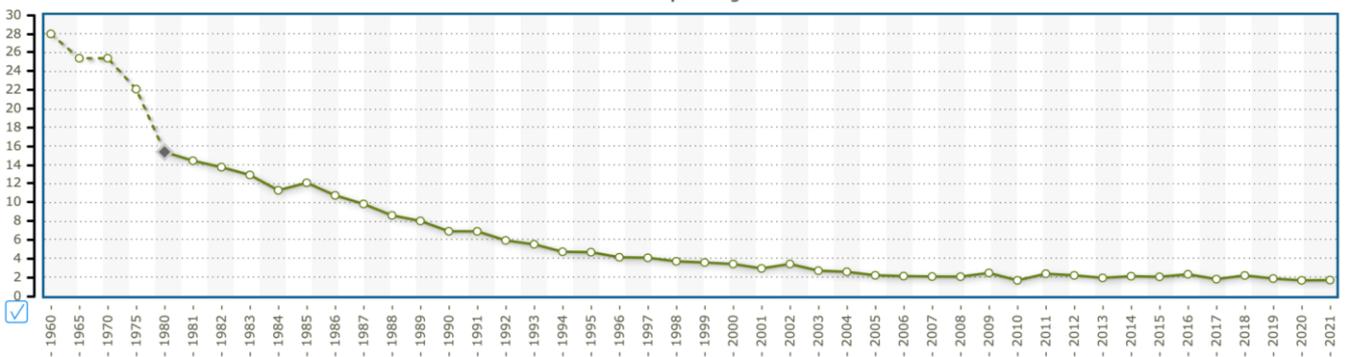


Fonte: Pordata (<https://www.pordata.pt/Portugal/>) acedido em Setembro 2022

Ao longo dos anos, e apesar do investimento em recém-nascidos (RN) cada vez mais imaturos, a **mortalidade neonatal** teve uma tendência decrescente situando-se o limite da viabilidade (definido pela idade gestacional a partir da qual sobrevivem mais do 50% dos RN) na transição das 24 para as 25 semanas de gestação e dos 500g para os 600g de peso de nascimento [dados do registo nacional do muito baixo peso ao nascer].

Taxa de mortalidade neonatal

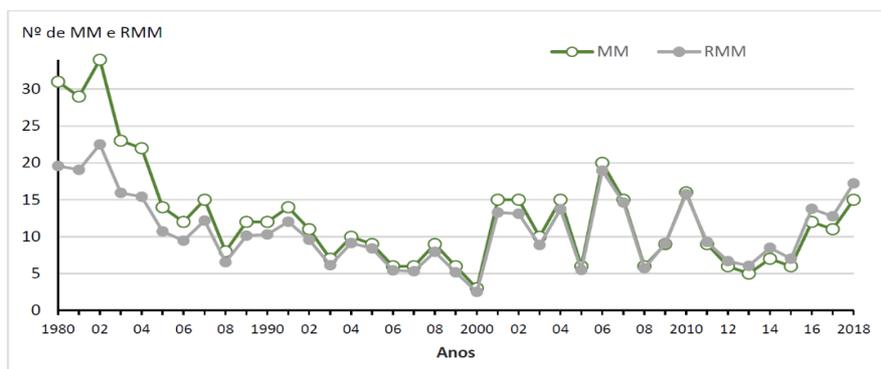
Taxa - permilagem



Fonte: Pordata (<https://www.pordata.pt/Portugal/>) acedido em Setembro 2022

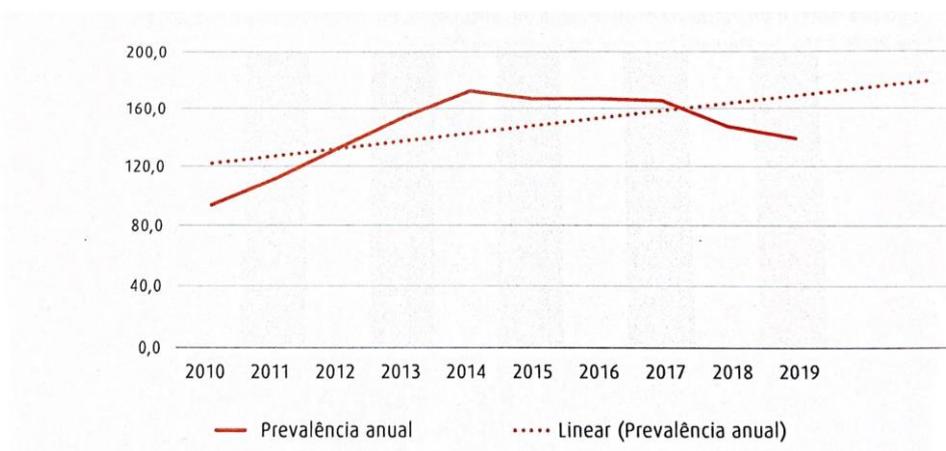
A **mortalidade materna** também diminuiu globalmente, mas o número reduzido de casos anuais leva a grandes variações ao longo das últimas duas décadas (figura).

Gráfico 1. Evolução do número de MM e do RMM, em Portugal, entre 1980 e 2018.



Fonte: Direção-Geral da Saúde, Mortes Maternas em Portugal, 2017-2018. Agosto 2022

A vigilância epidemiológica das anomalias congénitas em Portugal é feita através do registo nacional de anomalias congénitas (RENAC), um registo nosológico de base populacional coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge. Através deste registo Portugal integra o EUROCAT. O quadro abaixo mostra que a prevalência anual de anomalias congénitas é inferior ao esperado e isto tem sobretudo a ver com o problema da subnotificação tanto das anomalias congénitas como nas interrupções médicas de gravidez.

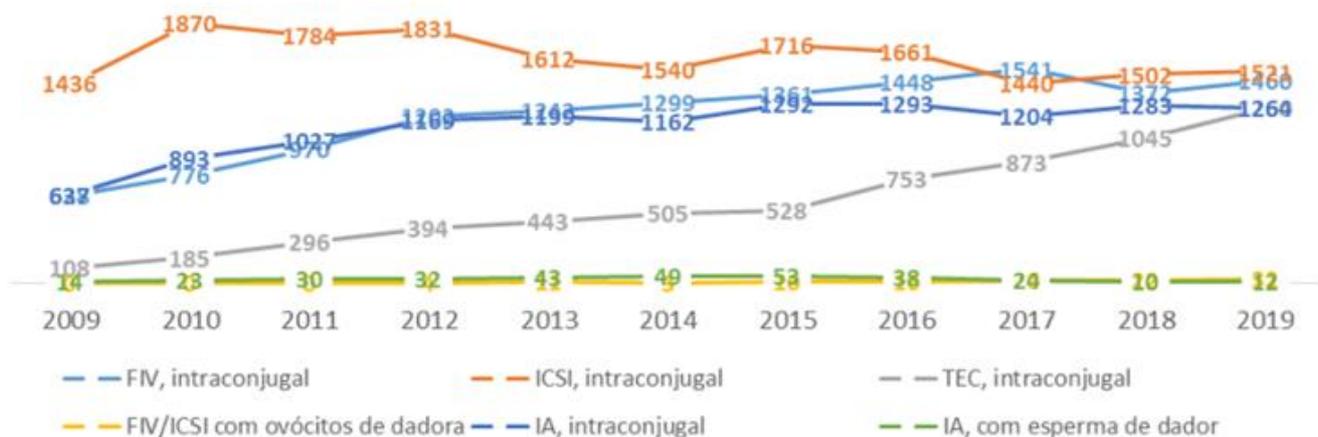


O número anual de novos casos de **cancro genital e mamário** em Portugal está exposto na tabela abaixo.

PORTUGAL*																			
NOVOS CASOS ANUAIS POR GRUPO ETÁRIO - TOTAL																			
MAMA	7 437	0	0	0	0	6	47	107	274	572	865	879	780	828	916	678	575	519	391
MÚLHA	164	0	0	0	0	1	0	0	3	4	8	6	11	8	19	17	25	30	32
VAGINA	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	5	4	2	1	4	10
COLO DO ÚTERO	520	0	0	0	0	1	8	25	40	65	65	59	51	57	41	27	27	25	31
CORPO DO ÚTERO	966	0	0	0	0	0	0	0	3	13	20	50	108	132	174	175	120	105	66
ÚTERO SOE	85	0	0	0	0	0	0	2	0	3	4	9	10	11	10	13	7	9	7
OVÁRIO	374	0	0	2	5	4	4	7	13	18	28	35	32	44	55	42	42	26	17
AP. GENITAL FEMININO - OUTROS	34	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	5	1	8	2	6	6	1	1
PLACENTA	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

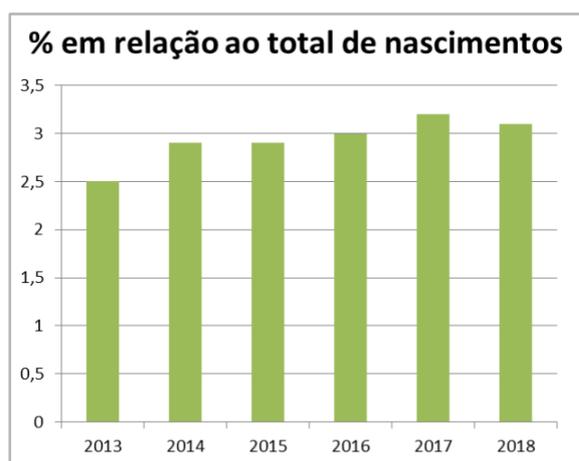
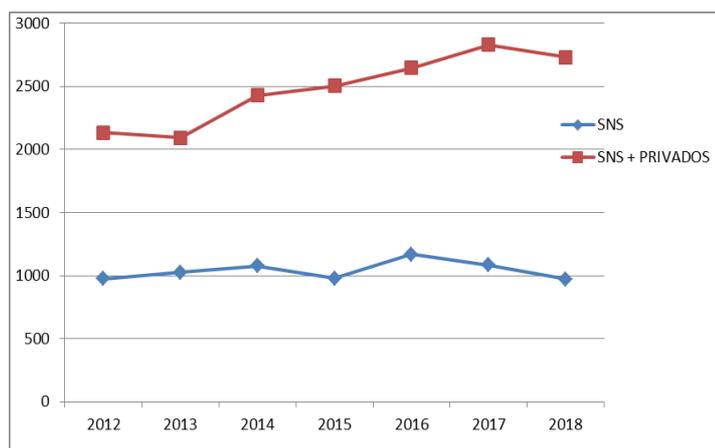
Fonte: Registo oncológico nacional, 2018

Na figura abaixo consta a evolução de **ciclos de procriação medicamente assistida** no SNS entre 2009 e 2019.



Fonte: Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Julho 2021

Nas figuras abaixo estão expostos a evolução do número anual de **crianças nascidas com recurso a técnicas de procriação medicamente assistida** (no SNS e na totalidade) e a percentagem do total de nascimentos que representam.



Fonte: Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Julho 2021

## 4 – Caracterização da situação nacional atual

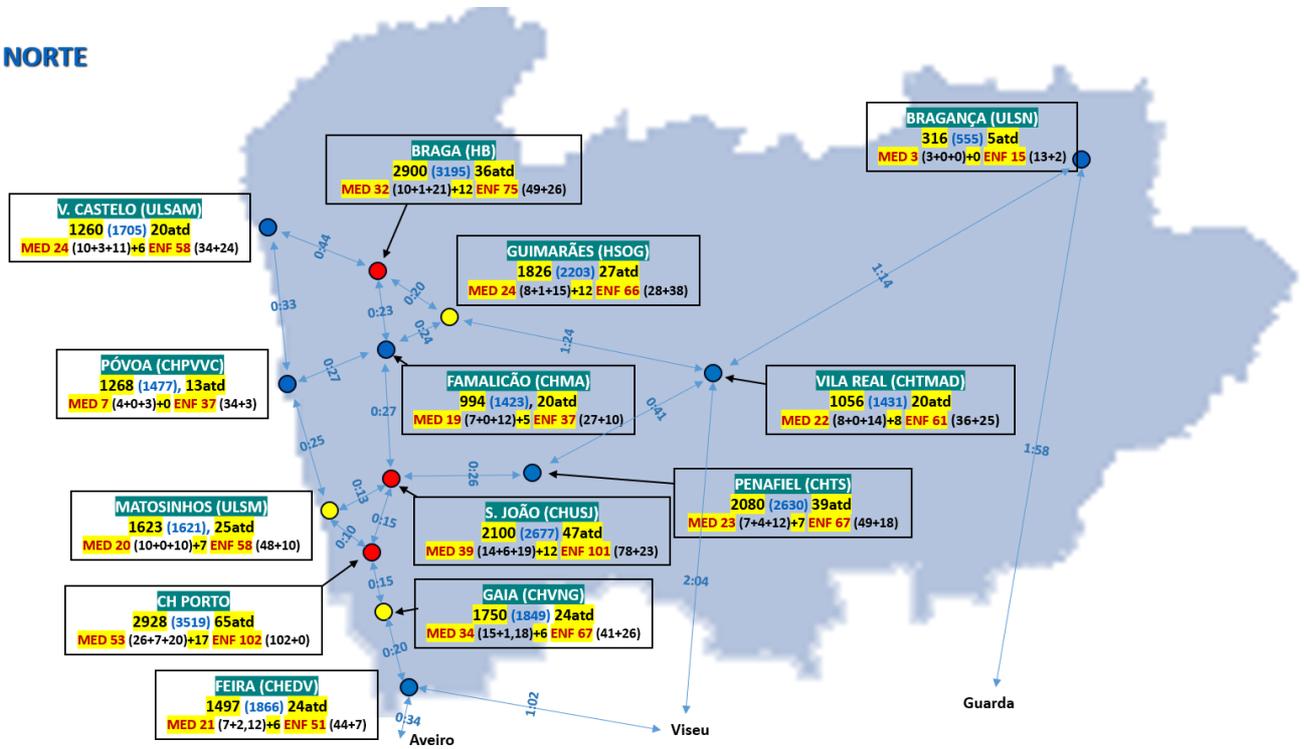
### 4.1. Caracterização em termos assistenciais, de recursos humanos, equipamentos e de distribuição geográfica

Os elementos caracterizadores mais importantes das unidades hospitalares de Portugal continental com cuidados maternos e perinatais estão expostos nas figuras abaixo. Os dados foram fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) e confirmados pelas Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS), no final do primeiro semestre de 2022. Foram considerados os recursos humanos existentes, independentemente da carga horária semanal disponível para atividade assistencial. Os tempos de viagem rodoviária entre hospitais foram obtidos através de uma plataforma digital de viagens (Google Maps, viagens mais rápidas).

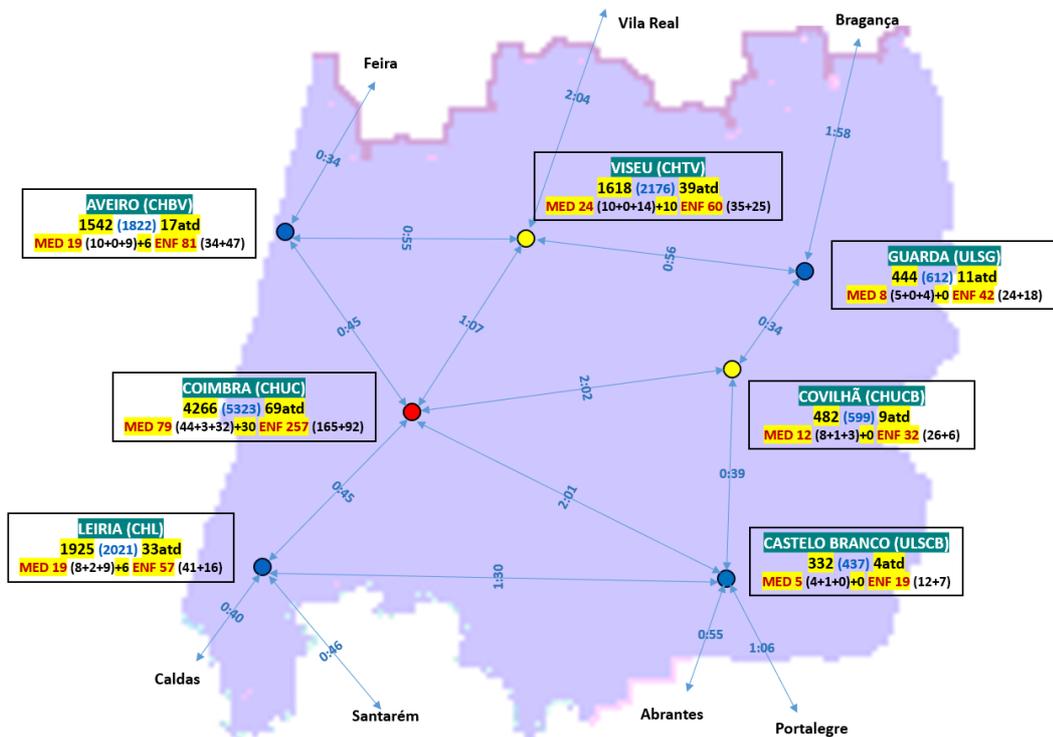
## LOCALIDADE DO HOSPITAL (SIGLA)

**nº de partos previsto em 2022** (nº máximo de partos anuais nos últimos 10 anos) **nº médio de atendimentos na UOG em 2022**  
**Nº de médicos especialistas ObsGin** (nº com >55 anos + nº com 50-55 anos + nº com <50 anos) + **nº internos** **Nº de enfermeiros em ObsGin** (nº EESMOs+nº outros)

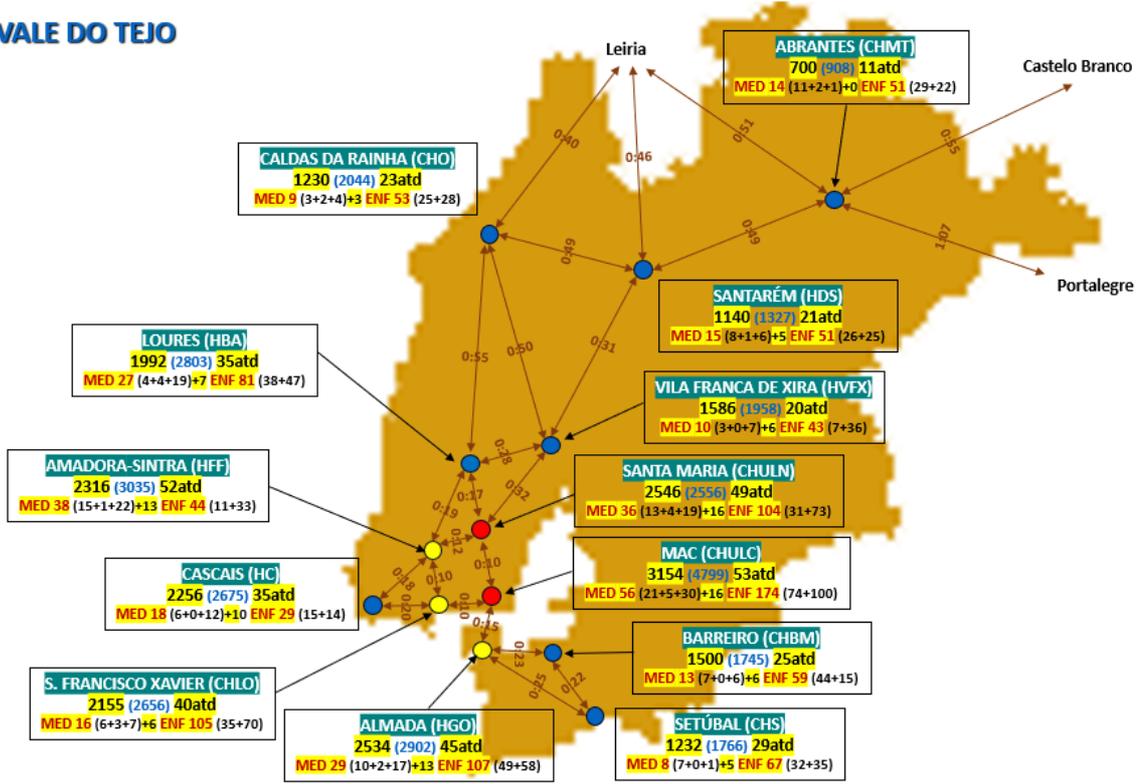
### NORTE



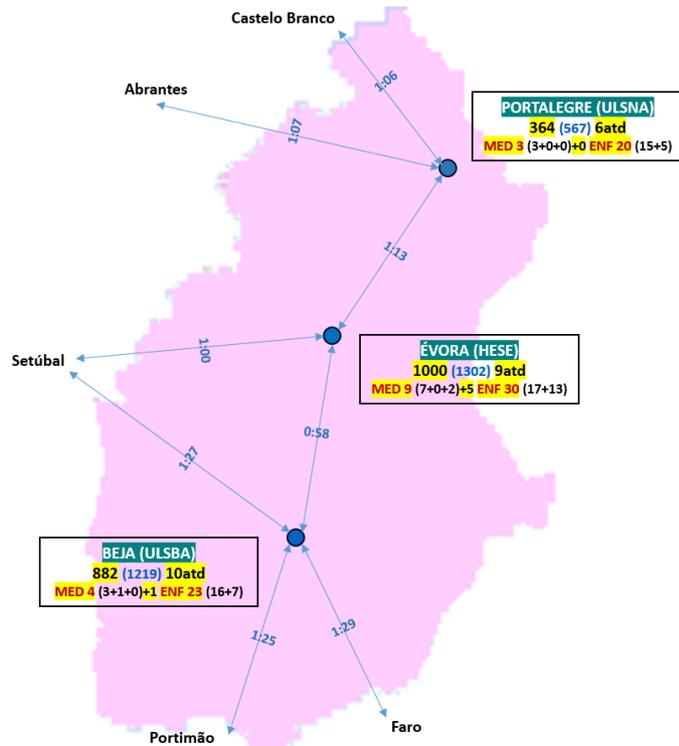
### CENTRO



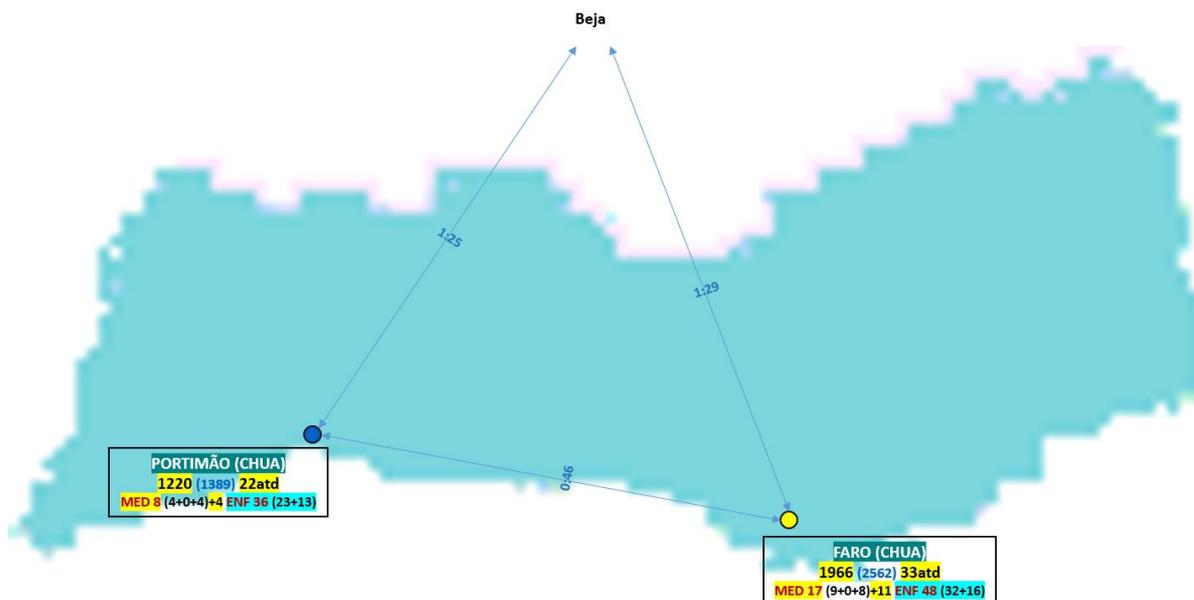
## LISBOA E VALE DO TEJO



## ALENTEJO



## ALGARVE



O quadro da página seguinte expõe os principais indicadores de produção das diversas instituições do SNS que prestam cuidados de saúde na área da Ginecologia e Obstetrícia, nos últimos 5 anos (Fonte: SICA).

	Ias consultas										Consultas subsequentes										Doentes Saídos					Taxa de ocupação					Demora Média				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021					
	Obstetrícia e Ginecologia																																		
NORTE	Hospital de Braga, EPE	11,054	10,141	11,706	12,558	14,068	20,421	20,539	21,982	22,712	26,789	4,250	4,473	4,366	4,180	3,906	69.1%	70.1%	72.4%	62.8%	59.7%	61.8%	114.6%	76.7%	3.48	3.61	3.52	3.30	3.23						
	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	8,857	9,480	9,319	8,288	8,399	16,802	17,500	18,222	16,364	17,663	2,774	2,803	2,754	2,554	2,411	76.0%	74.2%	77.8%	65.1%	64.3%	70.1%	62.8%	59.7%	4.09	4.11	4.32	4.04	4.07						
	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	7,071	7,887	8,137	7,538	8,290	9,163	10,809	11,407	11,514	12,028	2,438	2,458	2,466	2,161	2,145	64.4%	56.2%	58.0%	77.6%	79.0%	56.2%	58.0%	77.6%	3.06	3.10	3.22	3.41	3.04						
	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	7,585	7,460	8,135	7,538	7,330	12,049	13,428	12,408	10,239	11,512	2,232	1,922	1,908	1,602	1,615	53.5%	57.5%	64.2%	57.0%	66.9%	53.5%	57.5%	64.2%	2.71	2.70	2.60	2.58	2.68						
	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	5,009	5,428	6,678	5,595	5,688	6,400	7,419	7,368	6,174	6,386	1,344	1,478	1,713	1,532	1,731	61.4%	43.9%	43.7%	39.1%	32.6%	43.9%	43.7%	39.1%	2.90	3.05	2.92	2.77	2.62						
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	2,533	2,829	2,385	2,070	2,159	4,737	4,057	3,807	3,044	3,277	774	735	766	671	590	53.6%	53.6%	49.6%	46.1%	48.5%	53.6%	49.6%	46.1%	3.07	3.18	3.23	3.13	3.37						
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	6,232	6,259	5,827	5,765	6,457	19,315	17,795	16,524	12,045	12,056	2,443	2,472	2,131	1,935	1,894	64.1%	59.1%	59.3%	53.4%	61.6%	59.1%	59.3%	53.4%	3.29	3.06	3.24	3.16	3.11						
	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	10,265	9,481	10,578	9,167	11,827	17,431	17,857	17,703	17,259	17,723	3,491	3,475	3,280	2,899	2,748	66.2%	70.6%	73.5%	60.0%	58.3%	70.6%	73.5%	60.0%	3.80	3.74	3.76	3.54	3.51						
	Centro Hospitalar Universitário S. João, EPE	12,724	12,709	15,707	14,802	15,779	22,186	24,314	28,456	27,134	30,807	3,501	3,376	3,498	3,031	2,972	58.0%	57.5%	53.0%	53.7%	52.1%	57.5%	53.0%	53.7%	3.47	3.47	3.49	3.58	3.67						
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	6,091	6,258	5,944	4,346	6,068	10,434	10,813	10,444	9,222	10,454	2,384	2,423	2,274	2,028	2,072	121.4%	121.4%	95.5%	55.7%	70.8%	95.5%	55.7%	70.8%	7.33	6.52	7.38	6.83	7.10						
	Instituto Português Oncologia do Porto, EPE	1,523	1,516	1,446	1,281	1,405	4,192	4,256	4,175	4,227	3,861	363	384	378	298	364	72.1%	75.5%	70.6%	65.5%	70.7%	72.1%	75.5%	70.6%	3.20	3.41	3.39	3.31	3.58						
	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	26,588	23,798	24,094	20,027	23,228	57,949	56,026	57,059	51,869	55,460	5,263	5,180	5,535	4,844	4,897	61.8%	62.3%	58.5%	51.9%	49.8%	62.3%	58.5%	51.9%	49.8%	3.41	3.53	3.43	3.35	3.44					
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	12,935	13,350	12,671	12,422	14,032	22,927	21,781	22,058	19,612	22,987	2,715	2,640	2,558	2,317	2,170	63.0%	59.5%	61.9%	55.6%	63.2%	59.5%	61.9%	55.6%	3.23	3.26	3.35	3.41	3.49							
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	6,545	6,041	6,390	5,165	5,418	10,491	11,606	13,266	11,785	10,791	2,497	2,613	2,687	2,428	2,249	57.6%	64.6%	64.8%	56.0%	61.0%	64.6%	64.8%	56.0%	3.20	3.25	3.17	2.95	3.27							
Centro Hospitalar Tondeia-Viseu, EPE	9,227	9,557	9,542	8,559	9,891	13,429	13,750	13,893	11,070	13,431	2,645	2,696	2,760	2,455	2,435	55.8%	58.1%	63.4%	52.4%	54.0%	58.1%	63.4%	52.4%	4.01	4.09	4.36	4.06	4.21							
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	2,945	2,866	2,251	1,707	1,706	3,459	3,844	3,026	2,912	2,772	1,119	1,050	935	797	656	44.5%	57.2%	47.6%	44.5%	44.8%	44.5%	57.2%	47.6%	3.19	3.57	3.17	3.22	3.65							
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, EPE	10,150	10,320	10,114	8,322	8,145	9,758	8,644	8,284	6,569	10,351	962	935	879	809	719	55.4%	53.1%	44.1%	43.4%	33.3%	53.1%	44.1%	43.4%	3.19	3.32	3.15	3.46	3.34							
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	1,825	1,816	1,835	1,342	1,647	2,864	2,711	2,882	1,433	1,074	698	642	562	503	400	56.3%	57.4%	57.5%	59.8%	57.3%	57.4%	57.5%	59.8%	4.47	4.42	4.34	4.18	4.25							
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	21,220	21,221	20,670	17,845	21,188	57,183	58,920	56,660	48,997	51,948	8,144	7,677	7,499	6,939	6,546	38.5%	50.9%	39.8%	21.5%	22.5%	50.9%	39.8%	21.5%	5.25	5.47	4.76	4.62	4.26							
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,818	1,965	1,973	1,774	1,591	6,557	6,056	4,634	3,515	2,722	107	136	122	68	58	67.1%	64.7%	71.8%	67.1%	92.2%	64.7%	71.8%	67.1%	5.96	5.87	5.63	5.55	5.42							
Instituto Português Oncologia de Coimbra, EPE	1,812	1,845	1,926	1,822	1,891	5,675	5,472	5,599	6,119	6,183	494	483	559	530	497	53.1%	73.6%	69.1%	51.6%	54.8%	73.6%	69.1%	51.6%	3.33	3.28	3.28	3.22	2.95							
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	5,005	4,943	5,144	4,568	4,953	13,300	12,897	12,672	11,947	12,256	2,444	2,456	2,310	2,160	2,032	55.0%	53.1%	47.9%	74.2%	66.3%	53.1%	47.9%	74.2%	3.51	3.60	3.54	3.66	3.76							
Centro Hospitalar do Oeste, EPE	4,313	3,628	3,688	3,506	4,196	6,486	5,712	5,602	6,248	7,320	2,005	1,939	1,975	1,850	1,802	64.1%	60.2%	58.5%	66.1%	59.0%	60.2%	58.5%	66.1%	3.11	3.11	3.10	3.29	3.02							
Hospital Distrital de Santarém, EPE	4,382	4,416	4,536	4,197	4,734	10,611	9,104	8,968	8,458	9,200	1,961	1,839	1,792	1,761	1,713	58.3%	60.0%	65.8%	57.8%	51.0%	60.0%	65.8%	57.8%	2.84	2.88	3.03	2.89	2.89							
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	3,349	2,990	3,014	2,473	2,615	5,616	5,577	5,910	4,820	5,420	1,351	1,370	1,427	1,242	1,163	101.4%	102.0%	99.5%	98.1%	92.0%	102.0%	99.5%	98.1%	2.69	2.69	2.64	2.56	2.53							
Hospital de Vila Franca de Xira, EPE	5,708	6,358	5,500	4,401	4,178	10,703	12,145	12,152	9,039	9,223	2,403	2,597	2,636	2,425	2,001	79.2%	74.8%	75.8%	74.2%	62.5%	74.8%	75.8%	74.2%	4.21	4.12	4.14	3.96	4.02							
Hospital de Loures, EPE	9,506	9,791	9,380	7,524	9,041	15,862	16,433	16,678	14,354	17,706	3,440	3,597	3,441	2,938	2,926	66.1%	70.8%	68.1%	59.4%	66.0%	70.8%	68.1%	59.4%	7.03	7.38	7.42	6.50	6.67							
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE	11,122	11,896	13,712	12,985	12,786	32,167	31,785	32,312	24,374	28,347	3,913	3,781	3,809	3,218	3,236	73.9%	73.9%	73.6%	61.5%	55.1%	73.9%	73.6%	61.5%	4.74	4.69	4.58	4.75	4.61							
Instituto Português Oncologia de Lisboa, EPE	1,333	1,173	1,291	1,091	1,421	7,025	7,508	6,650	6,718	8,284	584	596	570	568	615	74.8%	77.7%	78.6%	60.4%	61.2%	74.8%	77.7%	78.6%	60.4%	3.39	3.56	3.71	3.45	3.65						
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	10,351	10,189	9,438	7,420	8,059	14,692	13,164	13,867	12,124	11,492	4,089	3,974	4,046	3,265	3,014	63.9%	69.7%	67.9%	52.6%	52.1%	69.7%	67.9%	52.6%	4.34	4.38	4.45	4.17	4.29							
Hospital de Cascais, PPP	5,716	5,670	5,671	4,598	4,376	12,559	12,929	13,110	11,441	12,263	3,548	3,505	3,404	2,811	2,692	90.3%	87.8%	77.7%	63.6%	84.2%	87.8%	77.7%	63.6%	4.11	4.31	4.11	3.92	5.00							
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	8,222	9,087	8,364	6,814	7,221	10,727	11,041	11,044	10,111	9,999	3,065	3,312	3,178	2,582	2,487	61.3%	54.3%	53.7%	47.6%	47.8%	54.3%	53.7%	47.6%	3.71	3.50	3.41	3.25	3.42							
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE	17,520	16,033	15,004	12,760	14,055	40,476	37,632	35,500	28,845	35,165	5,134	4,767	4,424	4,035	3,809	56.7%	65.6%	77.7%	79.7%	79.5%	65.6%	77.7%	79.7%	3.43	3.31	3.25	4.21	4.24							
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	5,105	5,093	4,692	3,522	4,052	9,912	8,558	8,306	6,600	7,404	2,110	1,981	2,015	1,873	1,735	57.7%	59.4%	61.3%	49.6%	43.5%	59.4%	61.3%	49.6%	3.31	3.31	3.25	3.41	3.21							
Hospital Garcia de Orta, EPE	6,177	6,380	7,691	8,539	10,449	10,898	11,822	13,420	19,717	12,098	3,988	4,005	3,939	3,622	3,419	62.9%	71.5%	71.1%	47.1%	49.8%	71.5%	71.1%	47.1%	3.56	3.94	3.80	2.85	3.15							
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	3,992	4,060	3,929	2,648	3,117	4,144	5,541	5,628	3,191	3,498	2,039	2,166	2,229	1,805	1,586	55.6%	53.5%	57.1%	60.3%	62.8%	53.5%	57.1%	60.3%	3.03	2.95	2.65	3.24	3.09							
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	5,008	5,417	4,743	3,375	3,916	4,745	4,865	4,218	3,012	3,405	1,548	1,526	1,570	1,390	1,328	53.8%	53.2%	56.2%	40.5%	43.0%	53.8%	56.2%	40.5%	3.12	3.15	3.48	3.00	2.99							
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	3,444	3,419	3,702	2,944	3,509	5,601	5,966	5,938	4,727	4,394	1,342	1,327	1,574	1,358	1,334	59.2%	60.4%	61.6%	60.7%	52.0%	60.4%	61.6%	60.7%	3.98	4.00	3.97	4.00	3.87							
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	1,621	1,578	1,490	1,318	1,566	3,671	3,205	2,814	2,868	3,066	818	801																							

## 4.2. Caracterização dos sistemas de informação existentes

Os registos clínicos em obstetrícia, ginecologia e procriação medicamente assistida são muito específicos e necessitam de ser organizados de forma própria para serem clinicamente úteis e deles poderem ser extraídos indicadores de produção e de qualidade. Não são compatíveis com a utilização de programas informáticos generalistas, baseados sobretudo em campos de texto livre. Torna-se assim necessária a utilização de programas informáticos específicos para cada uma destas áreas, que articulem adequadamente com os programas hospitalares generalistas (SCLínico, EPR Multiplataforma, Alert, etc). Na área da Obstetrícia, foi desenvolvido há cerca de 20 anos na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, o programa “ObsCare”, cujas licenças de utilização foram adquiridas pela ARS Norte para todos os hospitais do SNS em Portugal continental. A utilização do programa entretanto generalizou-se à grande maioria das maternidades da zona norte, bem como aos hospitais universitários de Coimbra e Lisboa. O programa produz, automaticamente, indicadores de produção e de qualidade, os últimos dos quais são disponibilizados mensalmente no seu todo numa página da internet. É prioritária a instalação deste programa em todas as maternidades do SNS, para melhorar a qualidade dos registos clínicos e das informações disponíveis aos profissionais de saúde e utentes, bem como a qualidade dos indicadores abaixo referidos. A Faculdade de Medicina da Universidade do Porto desenvolveu também o programa “Artcare” para registos clínicos da procriação medicamente assistida, com o apoio da Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução. Desenvolveu ainda o “BreastCare” em parceria com a Sociedade Portuguesa de Senologia. O potencial destes programas é semelhante ao do “ObsCare”, necessitando de ser generalizados a todos os hospitais com cuidados nestas áreas. Urge também o desenvolvimento e implementação de um programa semelhante na área da ginecologia, adaptado à ginecologia geral, uroginecologia e ginecologia oncológica.

## 5 – Necessidades previsíveis de cuidados e de recursos

### 5.1. Indicadores

As especificidades das muitas vertentes da saúde da mulher, não permitem o estabelecimento de rácios globais de cobertura populacional. As necessidades previsíveis de cuidados e de recursos humanos estão consideradas nos capítulos adiante que descrevem o nível dos hospitais, sendo variáveis de acordo com o número de nascimentos, o número de primeiras consultas, o número de atos cirúrgicos e o número de procedimentos diagnósticos e terapêuticos específicos desta área.

### 5.2. Estimativa das necessidades de cuidados e de recursos, a cinco anos

Os médicos de Obstetrícia e Ginecologia existentes, em julho 2022, nos hospitais do SNS do continente, estão disponíveis na tabela abaixo.

	<b>Total</b>	<b>&gt;55 anos</b>
<b>Especialistas</b>	<b>817</b>	<b>358 (44%)</b>
Norte	321 (39%)	129 (40%)
Centro	167 (20%)	89 (53%)
LVT	289 (35%)	114 (39%)
Alentejo	16 (2%)	13 (81%)
Algarve	25 (3%)	13 (52%)
<b>Internos</b>	<b>281</b>	

O número de especialistas de Obstetrícia e Ginecologia nos hospitais do SNS é atualmente muito reduzido, sobretudo nas regiões do Alentejo, Algarve, alguns hospitais de Lisboa e Vale do Tejo e nos hospitais do interior. É necessário tomar medidas de fundo para alterar uma realidade que tem levado a encerramentos frequentes das urgências de Obstetrícia e Ginecologia/Blocos de Partos no ano de 2022, para além de condicionar a resposta às situações não-urgentes da especialidade. As medidas necessitam de abordar as várias causas que levaram à

situação atual. Embora muitas das medidas excedam o âmbito do presente documento, algumas são referidas abaixo.

Apesar da autonomia de contratação de profissionais de saúde pelos hospitais ser um princípio importante para fazer face à necessidade de respostas rápidas no setor público, numa fase inicial de correção das assimetrias existentes, é importante continuar a haver um controlo centralizado das vagas para especialistas de Obstetrícia e Ginecologia, por ser a única forma de proteger os hospitais mais distanciados dos grandes centros urbanos.

É necessário acordar com a Ordem dos Médicos e com a Ordem dos Enfermeiros as equipas-tipo de médicos, enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas para as urgências de Obstetrícia e Ginecologia/Blocos de partos. Estas devem basear-se no número anual de nascimentos na instituição (e não de partos, cujo cálculo é mais complexo), no número médio de atendimentos médicos na urgência de Obstetrícia e Ginecologia, separados de acordo com o período diurno e noturno, e que incorporem também a solução de médicos de prevenção.

Estando a dimensão das equipas médicas de urgência muito dependente do número diário de atendimentos, é urgente estabelecer um plano para redução gradual destes atendimentos, que passa pelo estabelecimento com a DGS das situações que devem levar as mulheres à urgência de Obstetrícia e Ginecologia, as situações que devem levar às consultas abertas hospitalares e as situações que devem levar aos cuidados de saúde primários. É urgente estabelecer um acordo com os cuidados de saúde primários para que as mulheres grávidas tenham prioridade no acesso a consultas pré-natais de rotina (independentemente do seu estatuto legal e da existência de médico de família), para que não ocorra duplicação de consultas quando a vigilância da gravidez ocorre no hospital, e para que exista uma resposta rápida (até ao dia útil seguinte) na avaliação de situações clínicas agudas de menor gravidade.

A concentração (transitória ou não) de algumas Urgências de Obstetrícia e Ginecologia/Bloco de Partos parece ser a única forma de assegurar rapidamente alguma estabilidade de resposta nesta área, transmitindo uma segurança à população sobre os locais a que podem recorrer. Esta concentração não implicaria o encerramento de serviços, nem a cessação da atividade programada em Obstetrícia e Ginecologia nos hospitais visados. Apenas levaria a que as atividades relacionadas com a urgência, trabalho de parto, puerpério e cuidados neonatais fossem deslocalizadas para outra instituição. Os profissionais de saúde dos hospitais visados necessitariam de acordar com a instituição a prestação da atividade semanal de urgência noutra local, mantendo-se inalterada a restante atividade programada. O grupo de trabalho avaliou as diversas instituições do SNS e nos quadros finais deste documento identifica quais aquelas onde essa concentração seria, tecnicamente, mais adequada. Os critérios principais utilizados nesta seleção foram: o tempo de viagem entre instituições, a capacidade instalada nos hospitais circundantes para dar resposta ao acréscimo de procura a que iriam estar sujeitos, e a necessidade de preservar a resposta em cuidados intensivos e intermédios neonatais. A decisão final de concentrar estes recursos necessita de ser antecedida de uma avaliação detalhada das instalações e equipamentos dos hospitais circundantes, bem como dos seus recursos humanos. Perante um plano de concretização, antes de qualquer decisão de concentração de Urgências de Obstetrícia e Ginecologia/Bloco de Partos, é necessário assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados obstétricos e neonatais nas unidades circundantes, através de visitas locais.

## 6 - Caracterização e definição dos diferentes níveis

### 6.1 HOSPITAIS DE NÍVEL I

Deverão ter um **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia** adequado à resolução de patologia não-complexa (ver parágrafo seguinte). Deverão ter um **Serviço de Pediatria** com a capacidade de prestar cuidados neonatais a recém-nascidos com idade gestacional superior a 34<sup>+0</sup> semanas e, casos tenham uma Unidade de Neonatologia com capacidade de prestar cuidados neonatais especiais (ver unidades neonatais de nível IIa abaixo), a recém-nascidos acima das 32<sup>+0</sup> semanas.

No âmbito da **ginecologia oncológica** estes hospitais devem garantir os meios necessários para o diagnóstico e estadiamento de tumores, podendo realizar alguns procedimentos cirúrgicos como a excisão da zona de transformação e histerectomias em tumores uterinos de bom prognóstico.

# 1. SERVIÇOS A OFERECER À POPULAÇÃO

## OBSTETRÍCIA

- **Consulta de obstetrícia** vigilância pré concepcional, pré-natal e puerperal de mulheres referenciadas pelos cuidados de saúde primários, que pode ser adaptada ao nível de diferenciação e competências existentes no serviço, bem como ao apoio multidisciplinar disponível no hospital, mas que deve idealmente incluir as seguintes situações:

Motivos para referenciar à consulta de obstetrícia de hospitais de nível I	
Idade <17 anos ou ≥40 anos na altura da conceção	Hipertensão arterial crónica
Obesidade (IMC ≥35) ou baixo peso (IMC <18)	Hipo ou hipertiroidismo
Condições sociais adversas	Asma brônquica com crises apesar da medicação
Grandes fumadoras (>20 cigarros/dia)	Dermatoses da gravidez
Hábitos alcoólicos marcados	Colestase gravídica
Toxicodependência	Anemia ferropénica
Antecedentes de morte fetal ou morte neonatal precoce associada a problemas da gravidez ou parto	Perturbações do humor e da ansiedade
Antecedentes de restrição de crescimento fetal	Trombocitopenia gestacional
Antecedentes de doença gestacional do trofoblasto	Colo curto sem indicação para Ciclorrafia
Antecedentes de pré-eclâmpsia	Feto leve para a idade gestacional
Antecedentes de parto pré-termo.	Indicação para interrupção médica da gravidez
Diabetes tipo II prévia à gravidez	Placenta de inserção baixa no 3º trimestre
Diabetes gestacional	Suspeita de macrosomia fetal

As grávidas com patologia obstétrica mais complexa, que necessitem de intervenções diagnósticas ou terapêuticas para as quais não existe resposta local, devem ser referenciadas para um hospital de nível II ou III.

- **Consulta aberta do primeiro trimestre** abordagem diagnóstica, tratamento e vigilância subsequente de patologia do primeiro trimestre, que inclui sobretudo:

Motivos para referenciar à consulta aberta do primeiro trimestre (todos os hospitais)	
Aborto e gravidez não-evolutiva do 1º trimestre	Mola hidatiforme
Gravidez ectópica	Hiperemese gravídica sem critérios de gravidade

- **Unidade de ecografia obstétrica e ginecológica** deve assegurar as ecografias e rastreios pré-natais de rotina nas grávidas em vigilância na consulta de obstetrícia, doentes em vigilância na consulta de ginecologia e doentes internadas. Pode assegurar também, em articulação com os cuidados primários, as ecografias do 1º e 2º trimestres, em grávidas vigiadas nesse contexto (opcional). As grávidas que necessitam de aconselhamento genético ou da realização de técnicas pré-natais invasivas devem ser referenciadas para um Centro de Diagnóstico Pré-Natal de um hospital de nível II ou III.

- **Urgência de obstetrícia e ginecologia – bloco de partos** devem assegurar uma resposta imediata às situações obstétricas e ginecológicas urgentes de menor complexidade, bem como a assistência ao trabalho de parto e pós-parto imediato. Esta resposta pode ser adaptada ao nível de diferenciação e competências existentes no serviço, bem como ao apoio multidisciplinar disponível no hospital, mas deve incluir as seguintes situações:

Motivos obstétricos para referenciar à urgência de hospitais de nível I	
Aborto séptico	Cólica renal
Hipertensão gestacional	Infeção urinária alta
Pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade ≥35 <sup>+0</sup> semanas	Assistência ao trabalho de parto ≥35 <sup>+0</sup> semanas
Rotura prematura de membranas ≥35 <sup>+0</sup> semanas	Febre puerperal
Descolamento placentário ≥35 <sup>+0</sup> semanas	Mastite e abcesso mamário

Morte fetal	Complicações da cicatriz de cesariana
Trombose venosa superficial e profunda	Complicações da ferida perineal

As grávidas com patologia obstétrica mais complexa, que necessitem de intervenções diagnósticas ou terapêuticas para as quais não existe resposta local, ou em que se antecipe a necessidade de terminação da gravidez antes das 35 semanas devem ser referenciadas para um hospital de nível II ou III.

Motivos ginecológicos para referenciar à urgência de hospitais de nível I	
Abdomen agudo de causa ginecológica: torção anexial; rotura de quisto hemorrágico	Infeções dos genitais externos (ex: abscesso da glândula de Bartholin)
Complicações pós-cirurgia ginecológica recente (ex: infecção da ferida cirúrgica; deiscência da cúpula vaginal pós-histerectomia)	Mastite/abscesso mamário fora do contexto de gravidez ou puerpério
Doença inflamatória pélvica (suspeita diagnóstica)	Prolapso urogenital impossível de reduzir, a condicionar retenção urinária
Distensão abdominal associada a dor grave e persistente nos quadrantes abdominais inferiores	Traumatismo vulvar e/ou vaginal com ou sem hemorragia
Dor pélvica aguda	Vítima de agressão sexual
Hemorragia uterina anormal excessiva	Vulvovaginites/Úlceras vulvares, manifestação clínica grave

As mulheres com patologia ginecológica mais complexa, ou que necessitem de intervenções diagnósticas ou terapêuticas para as quais não existe resposta local, devem ser referenciadas para um hospital de nível II ou III.

- **Internamento de grávidas** para as situações referidas acima que necessitam de internamento.
- **Internamento de puérperas** para a vigilância em internamento das situações referidas acima..
- **Consulta de interrupção voluntária da gravidez** pode ser assegurada *in situ* ou em articulação com outra instituição de saúde.
- **Cursos de preparação para a parentalidade (opcional)** podem ser assegurados *in situ* ou em articulação com outra instituição de saúde.

## GINECOLOGIA

- **Consulta de ginecologia** para vigilância e tratamento em ambulatório de mulheres referenciadas pelos cuidados de saúde primários, que pode ser adaptada ao nível de diferenciação e competências existentes no serviço, bem como ao apoio multidisciplinar disponível no hospital, mas que deve incluir as seguintes situações:

Motivos para referenciar à consulta de ginecologia de hospitais de nível I	
Amenorreia primária ou secundária	Incontinência urinária de esforço ou mista com impacto na qualidade de vida
Hemorragia uterina anormal em mulheres com idade fértil	Incontinência urinária de urgência refratária à terapêutica médica inicial
Hemorragia vaginal na pós-menopausa	Prolapso urogenital ≤ grau 2 e sintomático
Alteração vulvar crónica	Massa anexial >5 cm com critérios ecográficos de benignidade, na pré-menopausa
Climatério/Menopausa sintomático	Massa anexial <5 cm na pós-menopausa
Dismenorreia incapacitante	Patologia benigna da mama (ex: nódulos > a 1 cm; corrimentos mamilares)
Espessamento endometrial >4 mm ou pólipo endometrial, assintomáticos na pós-menopausa	Pólipo endometrial sintomático ou assintomático >1 cm em idade fértil
Pólipo endocervical > 1 cm	Vulvovaginites de repetição
Leiomioma sintomático ou em crescimento	Dor pélvica crónica

As mulheres com patologia ginecológica mais complexa, ou que necessitem de intervenções diagnósticas ou terapêuticas para as quais não existe resposta local, devem ser referenciadas para um hospital de nível II ou III.

- **Consulta de planeamento familiar** para dar resposta às seguintes situações:

Motivos para referenciar à consulta de planeamento familiar de hospitais de nível I	
Aconselhamento contraceutivo em mulheres com comorbidades graves	Dificuldades técnicas ou complicações na colocação/remoção de dispositivos intrauterinos e implantes subcutâneos
Avaliação de situações de desejo de contraceção definitiva	

- **Consulta de apoio à fertilidade** para avaliação inicial da infertilidade e admissão a tratamentos de primeira linha. Para acesso às técnicas de procriação medicamente assistida ou recurso a gâmetas de dador terceiro, os casais ou mulheres devem ser referenciados para um hospital de nível II ou III.

- **Consulta de ginecologia oncológica (opcional)** deve ser adaptada ao nível de diferenciação e competências existentes no serviço, bem como ao apoio multidisciplinar disponível no hospital, mas caso exista deve incluir as seguintes situações:

Motivos para referenciar à consulta de Ginecologia Oncológica	
Teste de rastreio positivo ou suspeito de malignidade	Lesões pré-neoplásicas/neoplásicas do tracto genital
Massas anexiais >5 cm na pós-menopausa	Massas tumorais anexiais suspeitas de malignidade
Massas tumorais uterinas sintomáticas suspeitas de malignidade	Patologia endometrial suspeita de malignidade

Deve haver acesso a Anatomia Patológica e todos os exames de imagem (ecografia, TAC e RM), capacidade para realizar os procedimentos diagnósticos e de estadiamento. Deverá também haver capacidade para realizar alguns procedimentos cirúrgicos como a excisão de lesões pré-invasivas da vulva e vagina, excisão da zona de transformação e hysterectomias. Nos hospitais em que a patologia mamária benigna e maligna esteja a cargo do Serviço de Ginecologia ou em que os médicos ginecologistas integrem unidades multidisciplinares, as mulheres com lesões/nódulos suspeitos da mama também deverão ser referenciadas para esta consulta.

- **Unidade de colposcopia e histeroscopia de consultório (opcional)** deve funcionar em articulação com a consulta de Ginecologia e com a Consulta de Ginecologia Oncológica.

- **Bloco operatório** para as situações referidas acima que necessitam de cirurgia convencional. Devem existir condições para realização de técnicas de laparoscopia e de histeroscopia. O bloco operatório pode ser gerido pelo Serviço de Obstetrícia e Ginecologia ou pode partilhado com outros serviços.

- **Unidade de cirurgia de ambulatório (opcional)** partilhada com outros Serviços, para as situações em que existem critérios clínicos para esta opção cirúrgica.

- **Internamento de Ginecologia** para as situações referidas acima que necessitam de internamento. As instalações devem ser independentes do internamento de Obstetrícia, mas podem acolher grávidas com patologia do primeiro trimestre da gestação ou no processo de interrupção médica da gravidez. As mulheres com patologia ginecológica mais complexa ou com comorbilidades graves devem ser referenciadas para um hospital de nível II ou III.

A **Unidade de Neonatologia do Serviço de Pediatria** deve ter a capacidade de prestar os seguintes cuidados neonatais:

- Garantir reanimação neonatal ao nascimento sempre que necessário.
- Avaliação clínica e prestação de cuidados pós-natais a **recém-nascidos de termo saudáveis**; todos os recém-nascidos devem ser observados por um pediatra pelo menos uma vez antes de terem alta, preferencialmente nas primeiras 24 horas após o nascimento.

- Estabilizar recém-nascidos doentes e aqueles nascidos com menos de 34<sup>+0</sup> semanas de gestação até à sua eventual transferência pelo sistema de transporte inter-hospitalar pediátrico (TIP) para uma unidade com a capacidade de providenciar níveis apropriados de cuidados neonatais.
- Os cuidados de continuação a recém-nascidos convalescentes e estáveis, após terem necessitado de cuidados mais diferenciados.

Devem estar disponíveis 4-5 camas de cuidados especiais ao recém-nascido por cada 1000 nascimentos anuais.

## 2. RECURSOS HUMANOS

<b>MÉDICOS ESPECIALISTAS EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA (OBGINs)</b>	
<500 nascimentos anuais	8 ETIs OBGINS
500-999 nascimentos anuais	1,8 ETIs por cada 100 nascimentos anuais
1000-1499 nascimentos anuais	18 ETIs OBGINS
1500-1999 nascimentos anuais	20 ETIs OBGINS
2000-2500 nascimentos anuais	22 ETIs OBGINS
>2500 nascimentos anuais	24 ETIs OBGINS + 2,0 ETI OBGINS por cada 500 nascimentos anuais adicionais
<b>Consultas de obstetria</b>	
Por cada 200 primeiras consultas anuais	0,1 ETI OBGINS adicionais
<b>Consultas de ginecologia</b>	
Por cada 200 primeiras consultas anuais	0,1 ETI OBGINS adicionais
Por cada 150 colposcopias anuais	0,1 ETI OBGINS adicionais
Por cada 100 histeroscopias de consultório anuais	0,1 ETI OBGINS adicionais
<b>Cirurgias ginecológicas (cirurgias convencionais + cirurgias de ambulatório)</b>	
Por cada 100 procedimentos anuais	0,1 ETI OBGINS adicionais

### MÉDICOS PEDIATRAS COM SUBESPECIALIDADE EM NEONATOLOGIA

O internamento de Neonatologia deve ser coordenado preferencialmente por um Pediatra com a Subespecialidade em Neonatologia. A equipa médica deve ser constituída por Pediatras com diferentes níveis de diferenciação em cuidados ao RN, de modo a que esteja sempre garantida a melhor prática de cuidados peri e neonatais. A complexidade da Unidade determina a necessidade de enfermeiros com experiência em cuidados especiais ao RN.

### ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA (EESMO)

<b>Urgência de obstetria e ginecologia e bloco de partos (incluindo consulta aberta do primeiro trimestre)</b>	
<500 nascimentos anuais	6 ETIs EESMOs
500-999 nascimentos anuais	10 ETIs EESMOs
1000-1499 nascimentos anuais	20 ETIs EESMOs
1500-1999 nascimentos anuais	24 ETIs EESMOs
2000-2500 nascimentos anuais	26 ETIs EESMOs
>2500 nascimentos anuais	28 ETIs EESMOs + 2,0 ETI EESMOs por cada 500 nascimentos anuais adicionais
<b>Internamento de grávidas</b>	
Ocupação média diária <3	5 ETIs EESMOs
Ocupação média diária 3-9	9 ETIs EESMOs
Ocupação média diária >9	12 ETIs EESMOs
<b>Consulta de obstetria</b>	
Média diária <26 consultas	1 ETIs EESMOs
Média diária 26-62 consultas	2,0 ETIs EESMOs
Média diária >62 consultas	3,0 ETIs EESMOs
<b>Internamento de puérperas</b>	
≤1500 nascimentos anuais	1 ETIs EESMOs
>1500 nascimentos anuais	2 ETIs EESMOs

<b>OUTROS ENFERMEIROS</b>	
<b>Bloco de partos</b> (quando o bloco operatório é na proximidade do bloco de partos e gerido pela equipa de Obstetrícia e Ginecologia)	
≤1000 nascimentos anuais	5 ETIs Enfermeiros
>1000 nascimentos anuais	9 ETIs Enfermeiros
<b>Internamento de puérperas</b>	
<500 nascimentos anuais	5 ETIs Enfermeiros
500-999 nascimentos anuais	9 ETIs Enfermeiros
1000-1499 nascimentos anuais	10 ETIs Enfermeiros
1500-1999 nascimentos anuais	12 ETIs Enfermeiros
2000-2500 nascimentos anuais	18 ETIs Enfermeiros
>2500 nascimentos anuais	19 ETIs Enfermeiros + 2,0 ETI Enfermeiros por cada 500 nascimentos anuais adicionais
<b>Unidade de ecografia obstétrica e ginecológica</b>	
Por cada 75 ecografias diárias	1 ETIs Enfermeiros
<b>Consultas de ginecologia</b>	
Média diária ≤60 consultas	1 ETIs Enfermeiros
Média diária >60 consultas	2 ETIs Enfermeiros
<b>Internamento de ginecologia</b>	
Ocupação média diária <3	6 ETIs Enfermeiros
Ocupação média diária 3-9	10 ETIs Enfermeiros
Ocupação média diária >9	13 ETIs Enfermeiros
<b>Bloco operatório de ginecologia</b> (quando é independente e gerido pelo Serviço)	
≤1000 cirurgias anuais	4 ETIs Enfermeiros
>1000 cirurgias anuais	6 ETIs Enfermeiros

## RECURSOS HUMANOS OPCIONAIS

<b>Consulta de interrupção voluntária da gravidez</b>		
Por cada 100 utentes que terminam anualmente o processo de IVG médico com sucesso	0,1 ETI OBGIN	0,1 ETI EESMO
<b>Curso de preparação para a parentalidade</b>		
Por cada 100 utentes que frequentam anualmente pelo menos duas sessões	0,1 ETIs EESMO	
<b>Ecografias obstétricas do 1º e 2º trimestres realizadas em protocolo com Centros de Saúde</b>		
Por cada 100 ecografias realizadas anualmente	0,1 ETI OBGIN	

## 3. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

<b>URGÊNCIA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA</b>	
<500 nascimentos anuais	1 gabinete de atendimento com ecógrafo
500-999 nascimentos anuais	1 gabinete de triagem e 1 gabinete de atendimento médico com ecógrafo, 1 gabinete de CTG
1000-2000 nascimentos anuais	1 gabinete de triagem e 2 gabinetes de atendimento médico com ecógrafo, 1 gabinete de CTG
>2000 nascimentos anuais	1 gabinete de triagem e 3 gabinetes de atendimento médico com ecógrafo, 2 gabinetes de CTG
<b>BLOCO DE PARTOS</b>	
<500 nascimentos anuais	5 quartos de induções/quarto de partos, todos individuais com WC*
500-999 nascimentos anuais	4 quartos de partos individuais com WC, 2 quartos de induções individuais com WC*
1000-1499 nascimentos anuais	6 quartos de partos individuais com WC, 3 quartos de induções individuais com WC*
1500-1999 nascimentos anuais	8 quartos de partos individuais com WC, 4 quartos de induções individuais com WC*
2000-2500 nascimentos anuais	10 quartos de partos individuais com WC, 4 quartos de induções individuais com WC*

>2500 nascimentos anuais	12 quartos de partos individuais com WC, 5 quartos de induções individuais com WC*
--------------------------	--

\* cada quarto deverá estar equipado com uma cama de partos, um debitómetro, cardiocógrafa com capacidade de telemetria, monitorização simultânea de gémeos e monitorização simultânea da frequência cardíaca fetal e materna, bancada de reanimação neonatal

### INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS

Ocupação média diária <3	5 quartos individuais com WC
Ocupação média diária 3-9	3 quartos individuais com WC por cada 2 doentes de ocupação média, mínimo de 6
Ocupação média diária >9	3 quartos individuais com WC por cada 2 doentes de ocupação média, mínimo de 15

### INTERNAMENTO DE PUÉRPERAS

Ocupação média diária <3	5 quartos individuais com WC
Ocupação média diária 3-9	3 quartos individuais com WC por cada 2 doentes de ocupação média, mínimo de 6
Ocupação média diária >9	3 quartos individuais com WC por cada 2 doentes de ocupação média, mínimo de 15

### CONSULTA DE OBSTETRÍCIA

Média diária de <25 consultas	1 gabinete de consulta por cada 12 consultas diárias, mínimo de 3 gabinetes
Média diária de >25-50 consultas	1 gabinete de consulta por cada 12 consultas diárias, mínimo de 3 gabinetes
Média diária de >50 consultas	1 gabinete de consulta por cada 12 consultas diárias, mínimo de 5 gabinetes

### CONSULTA DE GINECOLOGIA

Média diária de <25 consultas	1 gabinete de consulta por cada 12 consultas diárias, mínimo de 2 gabinetes
Média diária de >25-50 consultas	1 gabinete de consulta por cada 12 consultas diárias, mínimo de 3 gabinetes
Média diária de >50 consultas	1 gabinete de consulta por cada 12 consultas diárias, mínimo de 5 gabinetes

### CONSULTA DE PEDIATRIA

Gabinetes de consulta para seguimento dos RN com necessidades especiais
---

### UNIDADE DE ECOGRAFIA

Média diária de <25 ecografias	1 gabinete de ecografia* por cada 12 ecografias diárias, mínimo de 2 gabinetes
Média diária de >25-50 ecografias	1 gabinete de ecografia* por cada 12 ecografias diárias, mínimo de 3 gabinetes
Média diária de >50 ecografias	1 gabinete de ecografia* por cada 12 ecografias diárias, mínimo de 4 gabinetes

\* Cada gabinete deve estar equipado com um ecógrafo com sonda vaginal e sonda abdominal convexa, com modo Doppler, que permita captação e armazenamento da imagem. Os relatórios ecográficos devem ser realizados em programa informático próprio, integrado com o processo clínico digital da mulher.

### CONSULTA DE COLPOSCOPIA / HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO

Média semanal ≤20 procedimentos	1 gabinete*
Média diária de >20 procedimentos	2 gabinetes*, 1 sala de recobro para procedimentos cirúrgicos (pode ser partilhada)

\* Cada gabinete deve estar equipado com um colposcópico que permita a captação e armazenamento da imagem. Cada gabinete de histeroscopia deve estar equipado com histeroscópios diagnósticos com canal de trabalho, fonte de luz, câmara, distensor uterino. Os relatórios dos exames devem ser realizados em programa informático próprio, integrado com o processo clínico digital da mulher.

### INTERNAMENTO DE GINECOLOGIA

Ocupação média diária <3	3 quartos individuais com WC por cada 2 doentes de ocupação média, mínimo de 5
Ocupação média diária 3-9	3 quartos individuais com WC por cada 2 doentes de ocupação média, mínimo de 6
Ocupação média diária >9	3 quartos individuais com WC por cada 2 doentes de ocupação média, mínimo de 15

## 6.2 HOSPITAIS DE NÍVEL II

Deverão ter pelo menos 1000 partos anuais, um **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia** com a capacidade de assegurar todos os cuidados de saúde descritos para os hospitais de nível I (para a população da sua área de influência direta) e adicionalmente os cuidados necessários para a resolução de patologia obstétrica e ginecológica complexa, tendo acesso a uma Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos.

Deverão ter também uma Unidade de **Neonatologia**. No panorama atual impõe-se a **subdivisão das Unidades em níveis IIa e IIb**, consoante o seu grau de diferenciação pela inexistência de capacidade instalada suficiente, nas Unidades de nível III, para prestar cuidados a todos os grandes prematuros e/ou RN com necessidade de

cuidados intensivos no período neonatal. Os cuidados ao RN gravemente doente sem necessidade de técnicas diferenciadas específicas e sem necessidade de cirurgia podem ser partilhados com as Unidades IIb).

No âmbito da **ginecologia oncológica** são vocacionadas para o diagnóstico e tratamento do cancro do útero e da mama (opcional). A instituição hospitalar deverá ter Serviço de Anatomia Patológica (que proporcione acesso a exame extemporâneo), de Radiologia (com ecografia, mamografia, TAC, RM e exame da peça operatória) e Medicina Nuclear, bem como ter acesso ao concurso de Oncologia Médica e Radioterapia, organizando-se em grupo multidisciplinar para orientação clínica de doentes. O serviço deverá ter capacidade para realizar os seguintes procedimentos cirúrgicos: excisão de lesões pré-invasivas da vulva e vagina, excisão da zona de transformação e cirurgia do cancro do endométrio, nomeadamente: histerectomias com e sem linfadenectomias pélvicas e para-aórticas, bem como omentectomias. Caso se dedique também ao cancro da mama deverá também ter a capacidade de realizar excisões de gânglio sentinela axilar, linfadenectomias axilares, tumorectomias, quadrantectomias, mastectomias simples ou radicais e reconstrução oncoplastica. As exenterações pélvicas e devem ser referenciadas para hospitais de nível III. A casuística mínima necessária para que os serviços executem tratamentos de cancro do útero e ou da mama são as seguintes: linfadenectomias pélvicas – mínimo 30 por ano; linfadenectomias para-aórticas – mínimo 10 por ano; cirurgias da mama – mínimo 100 por ano.

## 1. SERVIÇOS A OFERECER À POPULAÇÃO

### OBSTETRÍCIA

- **Consulta de obstetrícia** em moldes iguais à dos hospitais de nível I, mas adicionalmente recebe situações de:

Motivos para referenciar à consulta de obstetrícia de hospitais de nível II (para além dos listados para os hospitais de nível I)	
Aborto recorrente	Gravidez múltipla
Doença neurológica (epilepsia)	Antecedentes de insuficiência cervical
Doença psiquiátrica não controlada	Colo curto com indicação para Ciclorrafia
Doença inflamatória intestinal (doença Crohn e colite ulcerosa)	Antecedentes de tromboembolismo
Cirurgia bariátrica prévia	Isoimunização Rh (D)
Doença autoimune (síndrome de anticorpos antifosfolípido)	Polihidrâmnios assintomático
Doença infecciosa (hepatites víricas, sífilis, varicela, toxoplasmose, herpes simplex, tuberculose, VIH)	Restrição de crescimento fetal sem alterações fluxométricas
Mulheres sob terapêutica potencialmente teratogénica (cumarínicos, imunossuppressores, valproato. etc.)	Placenta prévia assintomática
Miomas com $\geq 7$ cm ou sintomáticos	Grávidas com $\geq 34$ semanas e feto em apresentação pélvica
Anemia não ferropénica, hemoglobinopatias	Indicação para parto vaginal após cesariana
Trombocitopenia não-gestacional	Indicação para cirurgia não-obstétrica não-urgente
Neoplasia intraepitelial cervical	Malformações uterinas com impacto na gravidez
Massas anexiais	Diabetes prévia tipo 1

- **Consulta aberta do primeiro trimestre** em moldes iguais à dos hospitais de nível I.
- **Unidade de ecografia obstétrica e ginecológica** em moldes iguais aos dos hospitais de nível I.
- **Urgência de obstetrícia e ginecologia – bloco de partos** em moldes iguais à dos hospitais de nível I, mas que adicionalmente recebe situações de:

Motivos obstétricos para referenciar à urgência de hospitais de nível II (para além dos motivos dos hospitais de nível I)	
Encarceramento uterino	Cetoacidose diabética
Trabalho de parto pré-termo espontâneo 30 <sup>+0</sup> - 35 <sup>+0</sup> semanas	Tromboembolismo pulmonar
Pré-eclâmpsia 30 <sup>+0</sup> -35 <sup>+0</sup> semanas	Indicação para cirurgia não-obstétrica urgente
Pré-eclâmpsia grave e síndrome de HELLP	Abdómen agudo
Rotura prematura de membranas 32 <sup>+0</sup> -35 <sup>+0</sup> semanas	Polihidrâmnios sintomático

Descolamento da placenta 30 <sup>+0</sup> -35 <sup>+0</sup> semanas	Restrição de crescimento fetal com alterações fluxométricas
Metrorragia moderada/abundante 30 <sup>+0</sup> -35 <sup>+0</sup> semanas	Placenta prévia com hemorragia vaginal
Colestase gravídica que não responde a tratamento médico	Vasa prévia
Lesão renal aguda	

As grávidas com patologia obstétrica mais complexa (ver abaixo) ou em que se antecipe a necessidade de terminação da gravidez e não existam condições de apoio neonatal para o efeito, devem ser referenciadas para um hospital de nível III.

Os hospitais de nível II deverão dar resposta às mesmas situações de **urgência ginecológica** listadas para os hospitais de nível I, para a população da respetiva área de influência. As mulheres com patologia ginecológica mais complexa, situações que necessitem de intervenções diagnósticas ou terapêuticas diferenciadas, para as quais o hospital não tenha capacidade de resposta, ou comorbidades que necessitem de apoio de especialidades médicas ou cirúrgicas inexistentes no hospital, devem ser referenciadas para um hospital de nível III, após a avaliação inicial e a verificação da estabilidade clínica.

- **Internamento de grávidas** para as situações listadas acima que necessitam de internamento.
- **Internamento de puérperas** para a vigilância em internamento das situações listadas acima.
- **Consulta de interrupção voluntária da gravidez** em moldes iguais à dos hospitais de nível I.
- **Cursos de preparação para a parentalidade (opcional)** em moldes iguais aos dos hospitais de nível I.
- **Centro de diagnóstico pré-natal e aconselhamento genético (opcional com autorização das entidades competentes)** deve assegurar o diagnóstico de anomalias fetais, o diagnóstico de infeções fetais, o aconselhamento aos pais e a interrupção médica da gravidez. Deve assegurar também o aconselhamento genético, nas situações indicadas. As situações com necessidade de terapêutica fetal devem ser referenciadas para um centro de terapia fetal, sediado num hospital de nível III. A referenciação para um centro estrangeiro deve ser feita sempre após consulta prévia e acordo de um centro de terapia fetal nacional.

## GINECOLOGIA

- **Consulta de ginecologia** em moldes iguais à dos hospitais de nível I para a população da respetiva área de influência. Adicionalmente poderão ter uma referenciação direta em situações de:

Motivos para referenciar à consulta de ginecologia de hospitais de nível II (para além dos listados para os hospitais de nível I)	
Disfunções sexuais	Massas anexiais em ovário único em mulheres em idade fértil
Leiomiomas uterinos com indicação cirúrgica em mulheres com desejo de preservação do potencial reprodutivo	Prolapsos urogenitais ≥ grau 3
Massas anexiais bilaterais em mulheres em idade fértil	

- **Consulta de apoio à fertilidade** para prestação de cuidados em infertilidade/cirurgia reprodutiva. Para admissão para tratamentos de infertilidade de 1<sup>a</sup> linha (indução de ovulação). Para admissão para técnicas de PMA de 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> linha.

Motivos para referenciar à consulta de apoio à fertilidade de hospitais de nível II	
Infertilidade conjugal	Para cirurgia reprodutiva
Desejo reprodutivo feminino (casal/ monoparental)	Falência ovárica prematura
Preservação do potencial reprodutivo em contexto de doença oncológica/doença grave/reatribuição de sexo	Infeção viral (HIV, HCV; HBV e/ ou HTLV) e infertilidade/ desejo reprodutivo

- **Consulta de uroginecologia** para avaliação e tratamento das situações de prolapso urogenital ≤ grau 3 e sintomático, incontinência urinária de esforço ou mista com impacto na qualidade de vida e de incontinência urinária de urgência refratária à terapêutica médica inicial.

- **Consulta de patologia cervico-vulvar** para diagnóstico colposcópico e orientação clínica em situações de suspeita de patologia da vulva, vagina e colo uterino, podendo funcionar em articulação com programas de rastreio regional do cancro do colo do útero. Nesta consulta deve existir disponibilidade de métodos terapêuticos destrutivos e excisionais.
- **Consulta de patologia uterina intracavitária** a funcionar em articulação com a consulta de ginecologia e a Consulta de Oncologia Ginecológica, para diagnóstico e tratamento histeroscópico desta patologia.
- **Consulta de ginecologia endócrina (opcional)** a funcionar em articulação com a consulta de endocrinologia, para orientação e seguimento de casos complexos de patologia endocrinológica de origem ginecológica.
- **Consulta de menopausa (opcional)** para orientação e seguimento de doentes com perturbações do climatério/complicações da pós-menopausa e comorbilidades.
- **Consulta de sexologia (opcional)** para orientação de disfunções sexuais, pode ser assegurada por médico OBGIN com formação específica em sexologia e funcionar em articulação com a Psicologia/Psiquiatria.
- **Consulta de ginecologia da infância e adolescência (opcional)** para orientação e tratamento de patologia ginecológica destes períodos da vida. Deverá funcionar em articulação com a consulta de Pediatria.
- **Centro de procriação medicamente assistida (opcional com aprovação do CNPMA e restantes entidades competentes)** para acesso a técnicas de PMA com gâmetas próprios (inseminação intrauterina (IIU), fertilização *in vitro* (FIV), microinjeção intracitoplasmática (ICSI), ICSI com recurso a biópsia testicular); acesso a técnicas de PMA com recurso a gâmetas de dador; e para preservação do potencial reprodutivo em contexto de doença grave e atribuição de identidade de género. Estas técnicas podem ser asseguradas *in situ* ou em articulação com um hospital de nível III. Para acesso a tratamentos de PMA em contexto de infeções virais masculinas, os casais ou mulheres beneficiárias devem ser referenciadas aos Centros de PMA autorizados pelo CNPMA e integrados num hospital de nível II ou III. Para tratamentos de PMA em contexto de infeções virais femininas, os casais ou mulheres beneficiárias devem ser referenciadas aos Centros de PMA autorizados pelo CNPMA e integrados num hospital de nível III. Para tratamento de PMA com recurso a teste genético pré-implantação (PGT) devem ser referenciados aos Centros de PMA autorizados pelo CNPMA e integrados num hospital de nível III com protocolo com Unidade de Genética Médica.
- **Unidade de ginecologia oncológica** assegura a consulta de ginecologia oncológica, a cirurgia oncológica e a vigilância posterior das mesmas. Deve receber situações de:

Motivos para referenciar à consulta de ginecologia oncológica de hospitais de nível II (para além dos listados para os hospitais de nível I)	
Carcinoma do endométrio de qualquer tipo histológico*	Indicação para cirurgia por carcinoma/sarcoma do útero
Neoplasia intraepitelial cervical grau II ou III	Indicação para cirurgia por cancro inicial do ovário**

\* Salvos os que não têm indicação de cirurgia. \*\* São referenciados em reunião de decisão terapêutica com unidade de nível 3.

As mulheres com situações oncológicas mais complexas (ver abaixo) devem ser referenciadas para um hospital de nível III.

- **Consulta de patologia mamária (opcional)** nos hospitais em que a patologia mamária benigna e maligna está a cargo do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia ou em que os médicos OBGINs integram unidades multidisciplinares. Deve receber situações de:

Motivos para referenciar à consulta de patologia mamária de hospitais de nível II	
Lesões pré-neoplásicas da mama	Cancro da mama
Indicação para cirurgia por lesão suspeita/cancro da mama	

- **Bloco operatório** para as situações referidas acima que necessitam de cirurgia convencional. Devem existir condições para realização de técnicas de laparoscopia e de histeroscopia. O bloco operatório pode ser gerido pelo Serviço de Obstetrícia e Ginecologia ou pode partilhado com outros serviços.
- **Unidade de cirurgia de ambulatório (opcional)** partilhada com outros Serviços, para as situações em que existem critérios clínicos para esta opção cirúrgica.

- **Internamento de ginecologia** para as situações referidas acima que necessitam de internamento. As mulheres com patologia ginecológica mais complexa ou com comorbilidades severas devem ser referenciadas para um hospital de nível III.

## NEONATOLOGIA

Entende-se que a dinâmica de prestação de cuidados hospitalares da Rede Nacional de Cuidados Perinatais recomenda reconhecer uma tipologia das **Unidades de Neonatologia**, em que se estabelece um subnível de maior diferenciação em duas classes:

### Unidades Neonatais de nível IIa

Todas as unidades hospitalares classificadas como IIa) devem ter a capacidade de prestação de cuidados neonatais especiais:

- Prestação de cuidados agudos a recém-nascidos **de termo** moderadamente doentes;
- Prestação de cuidados agudos a recém-nascidos **acima das 32<sup>+0</sup> semanas** de gestação com **instabilidade fisiológica** (apneia da prematuridade, incapacidade de manter estabilidade térmica ou sem autonomia alimentar) ou doentes, mas com a **expectativa de resolução rápida** e que não seja provável a transferência urgente para uma Unidade Neonatal de um hospital mais diferenciado;
- Garantir **reanimação e estabilização a recém-nascidos pré-termo** abaixo das 32<sup>+0</sup> semanas de gestação e a recém-nascidos gravemente doentes antes da sua eventual transferência pelo sistema de Transporte Interhospitalar Pediátrico (TIP) para uma unidade com a capacidade de providenciar os níveis apropriados de cuidados neonatais;
- Prestação de cuidados de continuação a recém-nascidos convalescentes e estáveis após terem necessitado de cuidados intensivos.
- Nutrição parentérica e ventilação não invasiva.

### Unidades neonatais de nível IIb

Devem ter a capacidade de prestar cuidados neonatais de subespecialidade, i.e., tratar todas as patologias neonatais exceto as do âmbito específico das Unidades de nível III, desde o nascimento até ao final do período neonatal (28 dias após o nascimento ou 44 semanas de idade pós-menstrual nos nascidos pré-termo).

## 2. RECURSOS HUMANOS

<b>MÉDICOS ESPECIALISTAS EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA (OBGINs)</b>	
1000-1499 nascimentos anuais	22 ETIs OBGINs
1500-1999 nascimentos anuais	24 ETIs OBGINs
2000-2500 nascimentos anuais	26 ETIs OBGINs
>2500 nascimentos anuais	28 ETIs OBGINs + 2,0 ETI OBGINs por cada 500 nascimentos anuais adicionais
<b>Consultas de obstetrícia</b>	
Por cada 190 primeiras consultas anuais	0,1 ETI OBGINs adicionais
<b>Consultas de ginecologia</b>	
Por cada 190 primeiras consultas anuais	0,1 ETI OBGINs adicionais
Por cada 190 colposcopias anuais	0,1 ETI OBGINs adicionais
Por cada 190 histeroscopia de consultório anuais	0,1 ETI OBGINs adicionais
<b>Cirurgias ginecológicas (cirurgias convencionais + cirurgias de ambulatório)</b>	
Por cada 95 procedimentos anuais	0,1 ETI OBGINs adicionais

## RECURSOS HUMANOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM DAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA

As unidades hospitalares **classificadas como IIa** devem ter a capacidade de prestar cuidados neonatais de subespecialidade 24 horas por dia e sete dias por semana, i.e., ter em presença física pelo **menos um pediatra idealmente com subespecialidade**.

As unidades hospitalares **classificadas como IIb** devem ter a capacidade de prestar cuidados neonatais de subespecialidade 24 horas por dia e sete dias por semana, i.e., ter em presença física **pelo menos um pediatra com subespecialidade de Neonatologia** idealmente acompanhado por outro Pediatra ou por um (1) interno da formação específica de Pediatria, pelo menos do 4º ano de internato.

Nas unidades hospitalares onde ocorrem nascimentos programados, a equipa médica pediátrica deve ser constituída por pediatras com diferentes níveis de diferenciação em cuidados ao recém-nascido, que prestam assistência coordenada na maternidade e na unidade neonatal. Os pediatras com subespecialidade de Neonatologia são parte destas equipas, nelas desempenhando funções específicas.

Recomenda-se:

1 Neonatologista para cada 4 camas de cuidados intensivos

1 Neonatologista para cada 10 camas de cuidados intermédios

1 Neonatologista / Pediatra para cada 20 camas de cuidados básicos

A esta dotação em pessoal médico acrescenta-se pelo menos mais um médico para as consultas de seguimento.

Estas unidades terão enfermeiros com experiência em cuidados neonatais, que garantam os cuidados 24 horas por dia 7 dias na semana. O número adequado de enfermeiras especialistas será:

- 1: 8 RN em áreas de cuidados mínimos
- 1: 3-4 RN em áreas de cuidados intermédios
- 1: 2 RN em áreas de cuidados intensivos

## ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA (EESMO)

**Urgência de obstetria e ginecologia e bloco de partos** (incluindo consulta aberta do primeiro trimestre)

<500 nascimentos anuais	6 ETIs EESMOS
500-999 nascimentos anuais	12 ETIs EESMOS
1000-1499 nascimentos anuais	22 ETIs EESMOS
1500-1999 nascimentos anuais	26 ETIs EESMOS
2000-2500 nascimentos anuais	28 ETIs EESMOS
>2500 nascimentos anuais	30 ETIs EESMOS + 2,0 ETI EESMOS por cada 500 nascimentos anuais adicionais

**Internamento de grávidas**

Ocupação média diária <3	5 ETIs EESMOS
Ocupação média diária 3-8	9 ETIs EESMOS
Ocupação média diária >8	12 ETIs EESMOS

**Consulta de obstetria**

Média diária <24 consultas	1 ETIs EESMOS
Média diária 24-58 consultas	2,0 ETIs EESMOS
Média diária >58 consultas	3,0 ETIs EESMOS

**Internamento de puérperas**

≤1500 nascimentos anuais	1 ETIs EESMOS
>1500 nascimentos anuais	2 ETIs EESMOS

## OUTROS ENFERMEIROS

**Bloco de partos** (quando o bloco operatório é na proximidade do bloco de partos e gerido pela equipa de Obstetria e Ginecologia)

≤1000 nascimentos anuais	5 ETIs Enfermeiros
>1000 nascimentos anuais	9 ETIs Enfermeiros

**Internamento de puérperas**

<500 nascimentos anuais	6 ETIs Enfermeiros
500-999 nascimentos anuais	10 ETIs Enfermeiros
1000-1499 nascimentos anuais	12 ETIs Enfermeiros
1500-1999 nascimentos anuais	14 ETIs Enfermeiros
2000-2500 nascimentos anuais	20 ETIs Enfermeiros
>2500 nascimentos anuais	21 ETIs Enfermeiros + 2,0 ETI Enfermeiros por cada 500 nascimentos anuais adicionais

**Unidade de ecografia e centro de diagnóstico pré-natal**

Por cada 50 ecografias diárias	1 ETIs Enfermeiros
--------------------------------	--------------------

**Consultas de ginecologia**

Média diária ≤58 consultas	1 ETIs Enfermeiros
Média diária >58 consultas	2 ETIs Enfermeiros

**Internamento de ginecologia**

Ocupação média diária <3	6 ETIs Enfermeiros
--------------------------	--------------------

Ocupação média diária 3-8	10 ETIs Enfermeiros
Ocupação média diária >8	13 ETIs Enfermeiros
<b>Bloco operatório de ginecologia</b> (quando é independente e gerido pelo Serviço)	
≤950 cirurgias anuais	4 ETIs Enfermeiros
>950 cirurgias anuais	6 ETIs Enfermeiros

## RECURSOS HUMANOS OPCIONAIS

<b>Consulta de interrupção voluntária da gravidez (IVG)</b>		
Por cada 100 utentes que terminam anualmente o processo de IVG médico com sucesso	0,1 ETIs OBGIN	0,1 ETIs EESMO

<b>Curso de preparação para a parentalidade</b>	
Por cada 100 utentes que frequentam anualmente pelo menos duas sessões	0,1 ETIs EESMO

<b>Ecografias obstétricas do 1º e 2º trimestres realizadas em protocolo com Centros de Saúde</b>	
Por cada 100 ecografias realizadas anualmente	0,1 ETI OBGIN

<b>Centro de diagnóstico pré-natal e aconselhamento genético</b>		
Por cada 10 utentes que têm anualmente um diagnóstico de malformação fetal, infeção fetal ou fazem uma técnica de diagnóstico pré-natal invasivo	0,1 ETI OBSGIN	0,05 ETIs Enfermeiros

<b>Centro de procriação medicamente assistida (PMA)</b>				
50-149 tratamentos anuais de PMA*	1,5 ETIs OBGIN	2 ETIs EMB**	1,0 ETIs EESMO	2 ETIs Enfermeiros
150-300 tratamentos anuais de PMA*	2,5 ETIs OBGINS	3 ETIs EMB**	2,0 ETIs EESMO	3 ETIs Enfermeiros
>300 tratamentos anuais de PMA*	4 ETIs OBSINS	4 ETIs EMB**	3,0 ETIs EESMO	3 ETIs Enfermeiros
>50 tratamentos anuais ICSI com biópsia testicular	0,5 ETIs Urologista	1 ETIs EMB**	0,5 ETIs EESMO	0,5 ETIs Enfermeiros

\* tratamentos de PMA incluem: FIV/ICSI, IIU (inseminação intrauterina) e TEC (transferência de embriões criopreservados)

\*\*EMB - embriologista

<b>Investigação e divulgação científica</b>	
Por cada 10 artigos anuais publicados em revistas de sociedades científicas nacionais	0,1 ETI OBGIN
Por cada 10 artigos anuais publicados em revistas internacionais indexadas na Medline	0,3 ETI OBGIN
Por cada 10 apresentações orais por convite em congressos de sociedades científicas nacionais	0,02 ETI OBGIN
Por cada 10 apresentações orais por convite em congressos de sociedades científicas internacionais	0,05 ETI OBGIN

## 3. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

As instalações são semelhantes aos dos hospitais de nível I exceto:

<b>UNIDADE DE NEONATOLOGIA – cuidados intermédios</b>	
1500-1999 nascimentos anuais	5 camas por cada 1000 nascimentos anuais, mínimo de 6 camas
2000-2500 nascimentos anuais	5 camas por cada 1000 nascimentos anuais, mínimo de 10 camas
2500-3000 nascimentos anuais	5 camas por cada 1000 nascimentos anuais, mínimo de 12 camas
>3000 nascimentos anuais	5 camas por cada 1000 nascimentos anuais, mínimo de 15 camas

## UNIDADE DE NEONATOLOGIA – cuidados intensivos

1 a 2 camas de cuidados intensivos por 1000 nascimentos anuais na área de influência

## CENTRO DE PROcriação Medicamente Assistida

### Consultas de apoio à fertilidade/ monitorizações foliculares

Média diária de <25 consultas/ monitorizações foliculares	1 gabinete de consulta por cada 12 consultas diárias, mínimo de 3 gabinetes; 2 ecógrafos
Média diária de >25-50 consultas / monitorizações foliculares	1 gabinete de consulta por cada 12 consultas diárias, mínimo de 3 gabinetes; 2 ecógrafos
Média diária de >50 consultas / monitorizações foliculares	1 gabinete de consulta por cada 12 consultas diárias, mínimo de 5 gabinetes; 3 ecógrafos

### Laboratório do centro de PMA

1 sala para recolha de ovócitos e tecido gonadal, com zona de desinfeção pré-cirúrgica; 1 laboratório de Andrologia; 1 laboratório de Embriologia, localizado numa sala individualizada antecedida de zona de desinfeção das mãos; 1 sala individualizada, destinada ao armazenamento de gâmetas, tecido gonadal e embriões criopreservados. Deve dispor de material de punção de utilização única; sistema que permita a manutenção dos líquidos foliculares recolhidos a 37°C até ao seu processamento no laboratório; mesa ginecológica ou mesa cirúrgica com acesso ginecológico; instrumentos cirúrgicos e materiais de uso corrente para atos de pequena cirurgia.

<150 tratamentos anuais de PMA***	sala(s) de repouso com mínimo de 2 camas; 1 sala para recolha de esperma
150-300 tratamentos anuais de PMA anuais***	sala(s) de repouso com mínimo de 3 camas; 2 salas para recolha de esperma
>300 tratamentos anuais de PMA****	sala(s) de repouso com mínimo de 4 camas; 3 salas para recolha de esperma
Por cada 50 tratamentos anuais adicionais ICSI com biópsia testicular	sala(s) de repouso com 1 cama por cada 50 tratamentos, mínimo de 4 camas

\* sistemas de renovação e filtração do ar (filtros de tipo HEPA e VOC ou semelhantes) no laboratório de embriologia, sendo desejável a instalação de sistemas de pressão positiva do ar.

\*\*A totalidade da área destinada ao setor laboratorial do Centro deve estar afastada de radiações ionizantes (ex. material radioativo) ou qualquer fonte potencial de infeção ou contaminação química ou atmosférica.

\*\*\* 1 ecógrafo; 2 câmaras de fluxo laminar, 1 centrífuga de bancada; 1 microscópio com contraste de fase; 1 estufa de incubação exclusiva para espermatozoides. 2 estereomicroscópios com platina aquecida; 2 placas/bases de bancada termostalizadas; 2 estufas de incubação; 1 microscópio de inversão, com base anti-vibratória, platina termostalizada, com dispositivos de micromanipulação; 3 contentores de armazenamento

\*\*\*\* 2 ecógrafos; 2 câmaras de fluxo laminar, 1 centrífuga de bancada; 1 microscópio com contraste de fase; 2 estufa de incubação exclusiva para espermatozoides. 3 estereomicroscópios com platina aquecida; 3 placas/bases de bancada termostalizadas; 4 estufas de incubação; 2 microscópio de inversão, com base anti-vibratória, platina termostalizada, com dispositivos de micromanipulação\*\*; 4 contentores de armazenamento

## CONSULTA DE PATOLOGIA CÉRVICO-VULVAR

Média semanal ≤20 procedimentos	1 gabinete*
Média diária de >20 procedimentos	2 gabinetes*, 1 sala de recobro para procedimentos cirúrgicos (pode ser partilhada)

\* Cada gabinete deve estar equipado com um colposcópico que permita a captação e armazenamento da imagem, bem como equipamento terapêutico de eletrocoagulação, ansa diatérmica e LASER. Os relatórios dos exames devem ser realizados em programa informático próprio, integrado com o processo clínico digital da mulher.

## CONSULTA DE PATOLOGIA UTERINA INTRACAVITÁRIA

Média semanal ≤20 procedimentos	1 gabinete*
Média diária de >20 procedimentos	2 gabinetes*, 1 sala de recobro para procedimentos cirúrgicos (pode ser partilhada)

\* Cada gabinete deve estar equipado com um histeroscópio diagnóstico com canal de trabalho, fonte de luz, câmara, distensor uterino. Os relatórios dos exames devem ser realizados em programa informático próprio, integrado com o processo clínico digital da mulher. Deve existir também um mini-ressetoscópio.

## CENTRO DE DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

1 gabinete de recobro após técnica invasiva e de consulta de enfermagem  
1 gabinete para aconselhamento genético ou de outras especialidades

## CONSULTA DE PEDIATRIA / NEONATOLOGIA

Gabinetes para consultas de seguimento de crianças de risco neurobiológico, de acordo com a especificação da Unidade de Neonatologia – Avaliação do neurodesenvolvimento, infeções congénitas, anomalias congénitas, risco biológico, etc

## 6.3 HOSPITAIS DE NÍVEL III

Deverão ter pelo menos 1500 partos anuais e serem sediados em Hospitais Universitários, integrados em Centros Académicos Clínicos, onde existe ensino pré- e pós-graduado em Obstetrícia e Ginecologia e Pediatria. Devem ter um **Departamento de Obstetrícia e Ginecologia**, um **Serviço de Obstetrícia**, um **Serviço de Ginecologia** e uma **Unidade de Neonatologia**. Estes hospitais devem assegurar todos os cuidados de saúde descritos para os hospitais de nível I e nível II (para a população da sua área de influência direta) e adicionalmente oferecer **centros de referência** para a resolução de patologia obstétrica e ginecológica de elevada complexidade (**centro de referência de terapia fetal, centro de referência do acretismo placentário, centro de referência de endometriose profunda**). É também nos hospitais de nível III que é realizado o treino para as **subespecialidades** de “Oncologia Ginecológica”, “Medicina da Reprodução” e “Medicina Materno-Fetal”.

Deverão ter um **Serviço de Neonatologia** com uma **unidade de cuidados intensivos neonatais**, que receba recém-nascidos com qualquer idade gestacional, que preste cuidados agudos a recém-nascidos de termo gravemente doentes e que providencie acesso rápido a subespecialidades pediátricas, como a cirurgia pediátrica, cardiologia pediátrica, etc.

No âmbito da **ginecologia oncológica** são hospitais que, isoladamente ou em colaboração com outras instituições, proporcionam o diagnóstico e o tratamento de todas as formas de cancro genital e da mama. A instituição hospitalar deverá ter Serviço de Anatomia Patológica (que proporcione acesso a exame extemporâneo), de Radiologia (com ecografia, mamografia, TAC, RM, biópsia mamária, e exame da peça operatória) e de Medicina Nuclear, bem como ter acesso ao concurso de Oncologia Médica e Radioterapia, organizando-se em grupo multidisciplinar para orientação clínica de doentes, incluindo áreas afins conforme o tipo de tumor: cirurgia digestiva, urologia, oncologia médica, radioterapia, radiologia, anatomia patológica, cirurgia plástica e outros. Deve ter também acesso a apoio de cuidados intensivos, cirurgia plástica, medicina física e reabilitação, “stoma care” e psico-oncologia. O Serviço deverá ter capacidade para realizar todos os procedimentos cirúrgicos de tratamento do cancro ginecológico e da mama, incluindo exenterações pélvicas e traquelectomias. A casuística mínima necessária para que os serviços executem tratamentos de cancro do útero e ou da mama são as seguintes: linfadenectomias pélvicas – mínimo de 30 por ano; linfadenectomias para-aórticas – mínimo de 10 por ano; cirurgias da mama – mínimo de 100 por ano; histerectomias radicais/parametrectomias – mínimo de 15 por ano; vulvectomias parciais/radicais com pesquisa de gânglio sentinela ou linfadenectomias – mínimo de 12 por ano; cirurgia por cancro avançado do ovário/trompa – mínimo de 15 por ano.

### 1. SERVIÇOS A OFERECER À POPULAÇÃO

#### OBSTETRÍCIA

- **Consulta de obstetrícia** em moldes iguais à dos hospitais de nível II
- **Consulta de medicina materno-fetal** que recebe situações de:

Motivos para referenciar à consulta de medicina materno-fetal de hospitais de nível III	
Hidrópsia fetal	Doença renal crónica
Infeção materna por citomegalovírus	Transplante de órgãos
Infeção materna por parvovírus B19	Doença autoimune grave (lúpus eritematoso sistémico, síndrome de Sjogren)
Infeção materna por <i>Treponema pallidum</i>	Doença neurológica grave (esclerose múltipla, miastenia <i>gravis</i> )
Aloimunização antieritrocitária ou antiplaquetária	Doença pulmonar com compromisso da oxigenação
Gestações gemelares monocoriónicas	Cardiopatía materna não tratadas ou com redução da função ventricular
Gestações múltiplas de ordem superior a 2	Doença oncológica, se não estiver em remissão
Neoplasia gestacional do trofoblasto	Púrpura trombocitopénica autoimune

- **Consulta aberta do primeiro trimestre** em moldes iguais aos dos hospitais de nível I e II.

- **Unidade de ecografia e centro de diagnóstico pré-natal** em moldes iguais aos descritos para os hospitais de nível II, mas que realizam também as técnicas de cardiocentese, cordocentese e transfusão intrauterina.
- **Urgência de obstetrícia e ginecologia – bloco de partos** em moldes iguais aos dos hospitais de nível II. Relativamente às **urgências ginecológicas** deverão ser referenciadas as seguintes situações:

Motivos ginecológicos para referenciar à urgência de hospitais de nível III	
Hemorragia genital aguda com indicação para embolização	Suspeita de torção anexial em ovário único
Hematocolpos/hematometra por malformação obstrutiva	Doença inflamatória pélvica com indicação para cirurgia
Complicação aguda de doença oncológica ginecológica	Complicações agudas graves de próteses em uroginecologia
Suspeita de síndrome de hiperestimulação ovárica	Suspeita de hemoperitoneu

- **Internamento de grávidas** para as situações listadas acima que necessitam de internamento.
- **Internamento de puérperas** para a vigilância em internamento das situações listadas acima.
- **Consulta de interrupção voluntária da gravidez** em moldes iguais à dos hospitais de nível I.
- **Centro de cirurgia fetal (opcional com autorização das entidades competentes)** para a orientação clínica das seguintes situações:

Motivos de referência ao centro de cirurgia fetal	
Indicação para terapia laser em gestações gemelares monocoriônicas	Indicação para colocação de <i>shunts</i> fetais
Indicação para fetoscopia	

- **Centro de acretismo placentário (opcional com autorização das entidades competentes)** para orientação clínica das seguintes situações:

Motivos de referência ao centro de acretismo placentário	
Suspeita de acretismo placentário em mulher com placenta prévia e cicatriz de cesariana	Suspeita de placenta increta e percreta

## GINECOLOGIA

- **Consulta de ginecologia** em moldes iguais à dos hospitais de níveis I e II para a população da respetiva área de influência. Deverão ser referenciadas as seguintes situações:

Motivos para referenciar à consulta de ginecologia de hospitais de nível III (para além dos listados para os hospitais de nível I e II)	
Malformações genitais congénitas ou adquiridas	Mutilação genital feminina
Doentes com comorbilidades graves e indicação para cirurgia ginecológica	Patologia ginecológica com indicação para tratamento por radiologia de intervenção
Endometriose extra-genital	Perturbações da identidade de género
Endometriose profunda	Recidivas pós-cirurgia de endometriose
Repermeabilização tubar após laqueação	Recidivas pós-cirurgia do pavimento pélvico
Malformações genitais com indicação para cirurgia reconstrutiva	Vigilância ginecológica em mulheres transplantadas

- **Consulta de apoio à fertilidade** para prestação de cuidados em infertilidade/cirurgia reprodutiva. Para admissão para técnicas de PMA. Para preservação do potencial reprodutivo.

Motivos para referenciar à consulta de apoio à fertilidade de hospitais de nível III (além dos motivos dos hospitais de nível II)	
Aborto recorrente	Infecções virais femininas (HIV, HCV, HBV e/ ou HTLV) e desejo reprodutivo
Patologia génica com risco de transmissão elevado	Cirurgia reprodutiva diferenciada
Patologia cromossómica com risco de transmissão elevado	

- **Consulta de ginecologia endócrina** para orientação e seguimento de casos complexos de patologia endocrinológica de origem ginecológica, poderá funcionar em articulação com a consulta de Endocrinologia.
- **Consulta de menopausa** para orientação e seguimento de doentes com perturbações do climatério/complicações da pós-menopausa e comorbilidades.
- **Consulta de sexologia** para orientação de disfunções sexuais, pode ser assegurada por médico OBGIN com formação específica em sexologia e/ou funcionar em articulação com o Serviço de Psicologia/Psiquiatria.
- **Consulta de ginecologia da infância e da adolescência** para orientação e tratamento de patologia ginecológica da infância e adolescência. Poderá funcionar em articulação com a consulta de Pediatria.
- **Unidade de ginecologia oncológica** assegura a consulta de Ginecologia Oncológica, a cirurgia oncológica e a vigilância posterior das mesmas. A atividade pode ser assegurada *in situ* ou em articulação com outras instituições de saúde, como o Instituto Português de Oncologia.

Motivos para referenciar à unidade de ginecologia oncológica de hospitais de nível III (para além dos listados nos hospitais de nível I e II)	
Carcinoma do endométrio de qualquer tipo histológico em qualquer situação clínica ou estadio	Sarcomas do útero de qualquer em qualquer situação clínica ou estadio
Cancro da vulva*	Cancro da vagina*
Cancro invasivo do colo do útero*	Cancro do ovário/trompa/peritoneu*
Cancro da mama em qualquer situação clínica ou estadio	

\* Apenas para serviços com casuística para o efeito

- **Unidade de patologia do trato genital inferior** para além das situações descritas nos hospitais de nível II deverá incluir o diagnóstico e vigilância de todas as situações de patologia vulvar e vaginal, nomeadamente situações de doença pré-maligna e infeções vulvovaginais recidivantes ou resistentes à terapêutica, especialmente em mulheres imunodeprimidas. Poderá funcionar em articulação com o Serviço de Dermatologia para os casos de patologia vulvar ou infeções sexualmente transmissíveis.
- **Unidade de ecografia ginecológica diferenciada** pode partilhar instalações e equipamentos com a unidade de ecografia e diagnóstico pré-natal, mas deve ter capacidade para realizar ecografia do pavimento pélvico, ecografia de endometriose profunda, avaliação e caracterização de tumores anexiais, avaliação de extensão de doenças oncológicas ginecológicas, e de realização de biópsias ecoguiadas, histerossonografias e histerossonossalpingografias.
- **Unidade de uroginecologia e pavimento pélvico** que assegura a realização de estudos urodinâmicos e de reabilitação do pavimento pélvico, realiza cirurgias diferenciadas de uroginecologia, incluindo técnicas minimamente invasivas. Deve ter participação multidisciplinar, incluindo a colaboração com as especialidades de Urologia, Cirurgia Geral (coloproctologia) e Medicina Física e Reabilitação.

Motivos para referenciar à unidade de uroginecologia de hospitais de nível III	
Prolapsos urogenitais ≥ grau 3	Fístulas rectovaginais, vesicovaginais
Recidivas de prolapso de órgãos pélvicos	Complicações de próteses em uroginecologia
Recidivas de incontinência urinária de esforço	Incontinência urinária complicada

- **Unidade de patologia mamária (sendo opcional estar localizada no Serviço de Ginecologia, com autorização das entidades competentes)** dedicada à resolução de patologia mamária oncológica complexa, com capacidade para realização de cirurgia de reconstrução imediata no tratamento do cancro da mama. Deve ter colaboração multidisciplinar, incluindo as especialidades de Cirurgia Plástica, Radiologia, Oncologia Médica, Anatomia Patológica e Radioterapia.
- **Centro de tratamento da endometriose (opcional, com autorização das entidades competentes)** para orientação clínica das seguintes situações de endometriose:

Motivos para referenciar ao centro de tratamento de endometriose	
Endometriose profunda	Recidivas de cirurgias de endometriose
Endometriomas bilaterais em doentes em idade fértil	

Deverá ter colaboração multidisciplinar com os Serviços de Cirurgia Geral, Urologia e Unidade de Dor, articulando com centros de PMA nos casos de doentes com infertilidade associada.

- **Centro de cirurgia reconstrutiva e sexual (opcional, com autorização das entidades competentes)** para situações de reatribuição de sexo. Deverá ter colaboração multidisciplinar, incluindo as especialidades de Psiquiatria, Endocrinologia, Urologia, Cirurgia Plástica.
- **Centro de procriação medicamente assistida especializado (com autorização do CNPMA e das restantes entidades competentes)** para dar resposta às seguintes situações:

Motivos para referenciar ao centro de procriação medicamente assistida especializado	
Tratamentos de PMA com teste genético pré-implantação	Tratamentos de PMA em contexto de infeções virais
Banco público de gâmetas e centros afiliados	

Deverá ter colaboração multidisciplinar, incluindo as especialidades de Urologia, Endocrinologia, Genética médica, Anestesiologia, Psiquiatria e Psicologia

- **Bloco operatório** para as situações referidas acima que necessitam de cirurgia convencional. Devem existir condições para realização de técnicas de laparoscopia e de histeroscopia. Poderá existir equipamento para cirurgia robotizada, em partilha com outras especialidades cirúrgicas. O bloco operatório pode ser gerido pelo Serviço de Obstetrícia e Ginecologia ou pode partilhado com outros serviços.
- **Unidade de cirurgia de ambulatório (opcional)** partilhada com outros serviços, para as situações em que existem critérios clínicos para esta opção cirúrgica.
- **Internamento de ginecologia** para as situações referidas acima que necessitam de internamento.

## NEONATOLOGIA

Todas as unidades hospitalares classificadas como nível III, além dos cuidados prestados pelos hospitais classificados como nível IIb diferenciam-se e prestam cuidados neonatais específicos, tais como:

- Monitorização cerebral
- Monitorização hemodinâmica
- Prestação de cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia geral neonatal
- Prestação de cuidados pós-operatórios na cirurgia cardíaca ou neurocirurgia
- Realização de hipotermia induzida
- Realização de técnicas dialíticas e de hemodiafiltração
- Terapêutica com óxido nítrico
- Realização de ECMO

## RECURSOS HUMANOS

MÉDICOS ESPECIALISTAS EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA (OBGINS)	
1500-1999 nascimentos anuais	26 ETIs OBGINS
2000-2499 nascimentos anuais	28 ETIs OBGINS
2500-3000 nascimentos anuais	30 ETIs OBGINS
>3000 nascimentos anuais	32 ETIs OBGINS + 2,0 ETI OBGINS por cada 500 nascimentos anuais adicionais
Consultas de obstetrícia	
Por cada 180 primeiras consultas anuais de obstetrícia geral	0,1 ETI OBGINS adicionais
Por cada 160 primeiras consultas anuais de medicina materno-fetal	0,1 ETI OBGINS adicionais

<b>Centro de diagnóstico pré-natal e aconselhamento genético</b>	
Por cada <b>100 ecografias</b> realizadas anualmente (não inclui as realizadas para os centros de saúde)	0,1 ETI OBGINs adicionais
Por cada <b>10</b> utentes que têm anualmente um diagnóstico de malformação fetal, infeção fetal ou fazem uma técnica de diagnóstico pré-natal invasivo	0,1 ETI OBGINs adicionais
<b>Consultas de ginecologia</b>	
Por cada <b>180 primeiras consultas</b> anuais	0,1 ETI OBGINs adicionais
Por cada <b>180 colposcopias</b> anuais	0,1 ETI OBGINs adicionais
Por cada <b>180 histeroscopia de consultório</b> anuais	0,1 ETI OBGINs adicionais
Por cada <b>160 primeiras consultas</b> anuais de <b>oncologia ginecológica</b>	0,1 ETI OBGINs adicionais
Por cada <b>169 primeiras consultas</b> anuais de <b>uroginecológica</b>	0,1 ETI OBGINs adicionais
Por cada <b>100 ecografias ginecológicas</b>	0,1 ETI OBGINs adicionais
<b>Cirurgias ginecológicas (cirurgias convencionais + cirurgias de ambulatório)</b>	
Por cada <b>90 procedimentos</b> anuais de <b>ginecologia geral</b>	0,1 ETI OBGINs adicionais
Por cada <b>85 procedimentos</b> anuais de <b>ginecologia oncológica</b>	0,1 ETI OBGINs adicionais
Por cada <b>85 procedimentos</b> anuais de <b>uroginecologia</b>	0,1 ETI OBGINs adicionais

<b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS</b>
<p>Todas as unidades hospitalares classificadas como III devem ter a capacidade de prestar cuidados neonatais de subespecialidade 24 horas por dia e sete dias por semana, i.e., ter em presença física <b>pelo menos um pediatra com subespecialidade de Neonatologia</b> acompanhado por outro Pediatra, idealmente com a subespecialidade em Neonatologia ou por um (1) interno da formação específica de Pediatria, pelo menos do 4º ano de internato.</p> <p>Nas unidades hospitalares onde ocorrem nascimentos programados, a equipa médica pediátrica deve ser constituída por pediatras com diferentes níveis de diferenciação em cuidados ao recém-nascido, que prestam assistência coordenada na maternidade e na unidade neonatal. Os pediatras com subespecialidade de Neonatologia são parte destas equipas, nelas desempenhando funções específicas.</p> <p>Recomenda-se:</p> <p>1 <b>Neonatologista</b> para cada 4 camas de cuidados intensivos</p> <p>1 <b>Neonatologista</b> para cada 10 camas de cuidados intermédios</p> <p>1 <b>Neonatologista</b> / Pediatra para cada 20 camas de cuidados básicos</p> <p>A esta dotação em pessoal médico acrescenta-se mais um médico para as consultas de seguimento.</p> <p><b>Enfermeiros especialistas:</b></p> <p>Estas unidades terão enfermeiros com experiência em cuidados neonatais, que garantam os cuidados 24 horas por dia 7 dias na semana. O número adequado de enfermeiras especialistas será:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1: 8 RN em áreas de cuidados mínimos</li> <li>- 1: 3-4 RN em áreas de cuidados intermédios</li> <li>- 1: 2 RN em áreas de cuidados intensivos</li> <li>- 1:1 RN em casos de cuidados intensivos neonatais diferenciados ou idealmente 2:1 em casos de alta tecnologia (ECMO)</li> </ul>

<b>ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA (EESMO)</b>	
<b>Urgência de obstetria e ginecologia e bloco de partos (incluindo consulta aberta do primeiro trimestre)</b>	
<500 nascimentos anuais	6 ETIs EESMOs
500-1000 nascimentos anuais	14 ETIs EESMOs
1000-1500 nascimentos anuais	24 ETIs EESMOs
1500-2000 nascimentos anuais	28 ETIs EESMOs
2000-2500 nascimentos anuais	30 ETIs EESMOs

>2500 nascimentos anuais	32 ETIs EESMOs + 2,0 ETI EESMOs por cada 500 nascimentos anuais adicionais
<b>Internamento de grávidas</b>	
Ocupação média diária <3	5 ETIs EESMOs
Ocupação média diária 3-7	9 ETIs EESMOs
Ocupação média diária >7	12 ETIs EESMOs
<b>Consulta de obstetrícia</b>	
Média diária <22 consultas	1 ETIs EESMOs
Média diária 22-54 consultas	2,0 ETIs EESMOs
Média diária >54 consultas	3,0 ETIs EESMOs
<b>Internamento de puérperas</b>	
<1500 nascimentos anuais	1 ETIs EESMOs
>1500 nascimentos anuais	2 ETIs EESMOs

### OUTROS ENFERMEIROS

<b>Bloco de partos</b> (quando o bloco operatório é na proximidade do bloco de partos e gerido pela equipa de Obstetrícia e Ginecologia)	
<1000 nascimentos anuais	5 ETIs Enfermeiros
>1000 nascimentos anuais	9 ETIs Enfermeiros
<b>Internamento de puérperas</b>	
<500 nascimentos anuais	6 ETIs Enfermeiros
500-1000 nascimentos anuais	11 ETIs Enfermeiros
1000-1500 nascimentos anuais	13 ETIs Enfermeiros
1500-2000 nascimentos anuais	15 ETIs Enfermeiros
2000-2500 nascimentos anuais	21 ETIs Enfermeiros
>2500 nascimentos anuais	22 ETIs Enfermeiros + 2,0 ETI Enfermeiros por cada 500 nascimentos anuais adicionais
<b>Unidade de ecografia, centro de diagnóstico pré-natal e aconselhamento genético</b>	
Média diária <45 ecografias	1 ETIs Enfermeiros
Média diária >90 ecografias	2 ETIs Enfermeiros
<b>Consulta de ginecologia</b>	
Média diária <56 consultas	1 ETIs Enfermeiros
Média diária >56 consultas	2 ETIs Enfermeiros
<b>Internamento de ginecologia</b>	
Ocupação média diária <3	6 ETIs Enfermeiros
Ocupação média diária 3-7	10 ETIs Enfermeiros
Ocupação média diária >7	13 ETIs Enfermeiros
<b>Bloco operatório de ginecologia</b> (quando é independente e gerido pelo Serviço)	
<900 cirurgias anuais	4 ETIs Enfermeiros
>900 cirurgias anuais	6 ETIs Enfermeiros

### Unidade de uroginecologia

Por cada 20 novos casos anuais com indicação para tratamento cirúrgico	0,1 ETI OBGIN
--	---------------

### Unidade de oncologia ginecológica

Por cada 4 novos casos anuais com indicação para tratamento cirúrgico	0,1 ETI OBGIN
---	---------------

### Centro de procriação medicamente assistida (PMA)

50-149 tratamentos anuais de PMA*	1,5 ETIs OBGIN	2 ETIs EMB**	1,0 ETIs EESMO	2 ETIs Enfermeiros
150-300 tratamentos anuais de PMA*	2,5 ETIs OBGINs	3 ETIs EMB**	2,0 ETIs EESMO	3 ETIs Enfermeiros
>300 tratamentos anuais de PMA*	4 ETIs OBSINs	4 ETIs EMB**	3,0 ETIs EESMO	3 ETIs Enfermeiros
>50 tratamentos anuais ICSI com biópsia testicular	0,5 ETIs Urologista	1 ETIs EMB**	0,5 ETIs EESMO	0,5 ETIs Enfermeiros

\* tratamentos de PMA incluem: FIV/ICSI, IUI (inseminação intrauterina) e TEC (transferência de embriões criopreservados)

\*\*EMB - embriologista

## RECURSOS HUMANOS OPCIONAIS

<b>Consulta de IVG</b>		
Por cada 100 utentes que terminam anualmente o processo de IVG médico com sucesso	0,1 ETI OBGIN	0,1 ETI EESMO
<b>Ecografias obstétricas do 1º e 2º trimestres realizadas em protocolo com Centros de Saúde</b>		
Por cada 100 ecografias realizadas anualmente	0,1 ETI OBGIN	
<b>Centro de cirurgia fetal (opcional com autorização das entidades competentes)</b>		
Por cada 10 utentes que realizam anualmente um procedimento de cirurgia fetal	0,3 ETI OBGIN	0,1 ETI Enfermeiros
<b>CONSULTA DE PEDIATRIA / NEONATOLOGIA</b>		
Gabinetes para consultas de seguimento de crianças de risco neurobiológico, de acordo com a especificação da Unidade de Neonatologia – Avaliação do neurodesenvolvimento, infeções congénitas, anomalias congénitas, risco biológico, etc		
<b>Centro do acretismo placentário (opcional com autorização das entidades competentes)</b>		
Por cada 3 utentes com o diagnóstico de placenta increta ou percreta	0,1 ETI OBGIN	
<b>Unidade de tratamento da endometriose (opcional com autorização das entidades competentes)</b>		
Por cada 15 utentes observadas anualmente com o diagnóstico de endometriose profunda	0,1 ETI OBGIN	
<b>Unidade de cirurgia reconstrutiva e sexual (opcional com autorização das entidades competentes)</b>		
Por cada 3 utentes que realizam anualmente cirurgia neste âmbito	0,1 ETI OBGIN	
<b>Unidade de patologia mamária (opcional com autorização das entidades competentes)</b>		
Por cada 50 novos casos anuais de cancro da mama	1 ETI OBGIN	
<b>Centro de procriação medicamente assistida especializado (opcional com autorização do CNPMA e outras entidades competentes)</b>		
Por cada 15 tratamentos de PMA com inf.virais  *independente do n de tratamentos	0,2 ETI OBGIN 0,2 ETI ESSMO 0,2 ETI Enfermeiros 0,2 EMB	1,0 camas, mínimo de 1 camas. *1 segundo laboratório de embriologia equipado com 1 câmara de fluxo laminar de uso exclusivo; *1 centrífuga adicional no laboratório de andrologia *1 ecógrafo adicional
Por cada 50 tratamentos de preservação do potencial reprodutivo	1 ETI OBGIN 1 ETI ESSMO 1 ETI Enfermeiros 1 EMB	1,0 camas, mínimo de 1 camas; 1 câmara de fluxo laminar adicional; 1 estereomicroscópio com platina aquecida adicional; 1 placa/base de bancada termostaticada adicional; 1 estufa de incubação adicional
Por cada 120 tratamento de PMA com PGT	2 ETI OBGIN; 1 Geneticista 1 ETI ESSMO 1 ETI Enfermeiros 1 ETI EMB; 1 ETI técnico genética	mínimo de 2 camas; 1 laser; 1 câmara de fluxo laminar de uso exclusivo; 1 estereomicroscópio com platina aquecida adicional; 1 placa/base de bancada termostaticada adicional; 1 estufa de incubação adicional; 1 contentor de armazenamento adicional 2 embrioscópios.

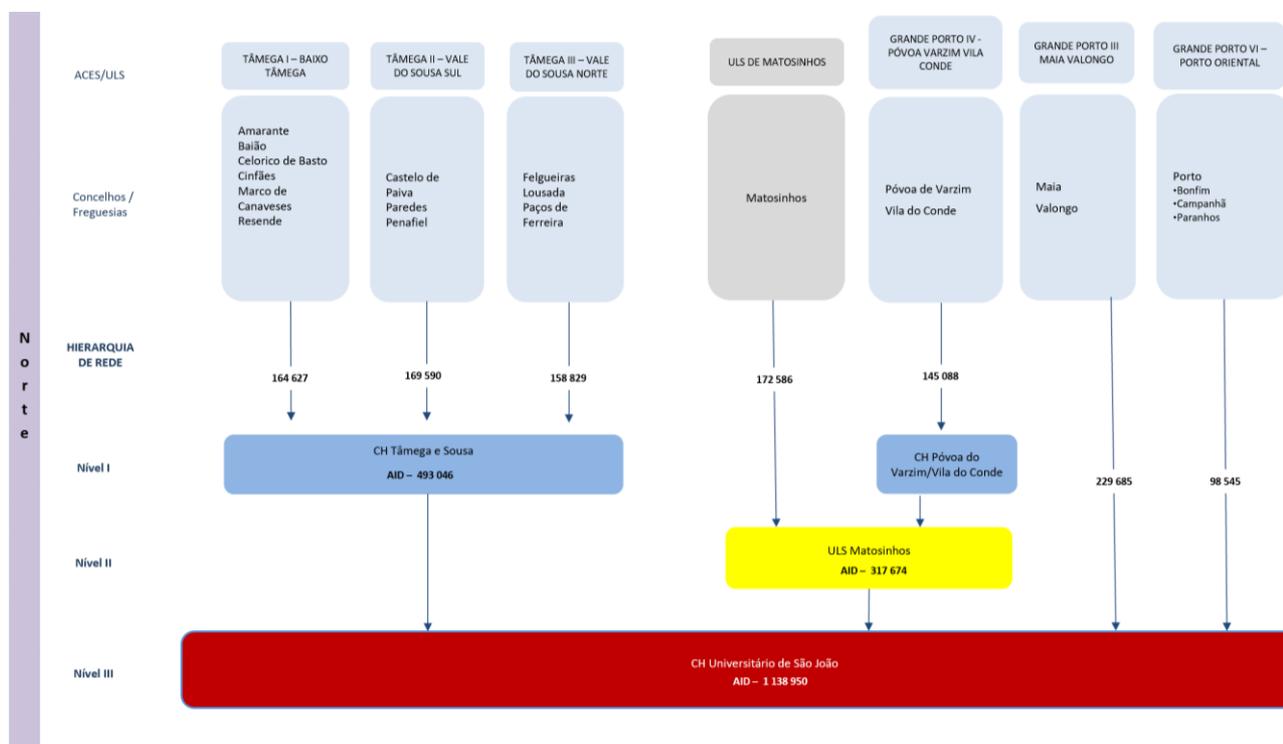
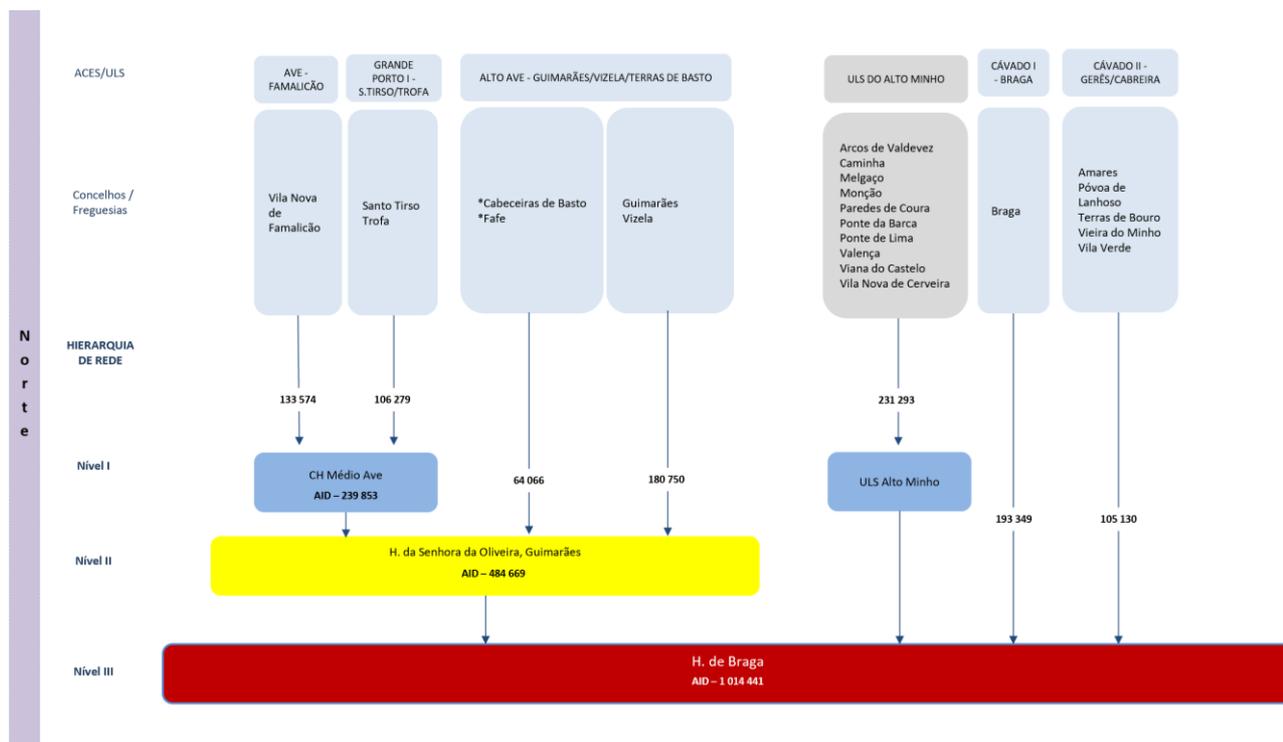
BPG e Centros Afiliados Por cada 75 doações ovócitos Por cada 75 doações de espermatozoides	1 ETI OBSGIN 1 ETI ESSMO 1 ETI Enfermeiros 1 EMB	1,0 camas, mínimo de 1 cama 1 centrífuga adicional no laboratório de andrologia 1 câmara de fluxo laminar adicional; 1 estereomicroscópio com platina aquecida adicional; 1 placa/base de bancada termostaticada adicional; 1 estufa de incubação adicional; 3 contentores de armazenamento adicionais; 1 sistema automatizado de criopreservação de espermatozoides
---	---	---

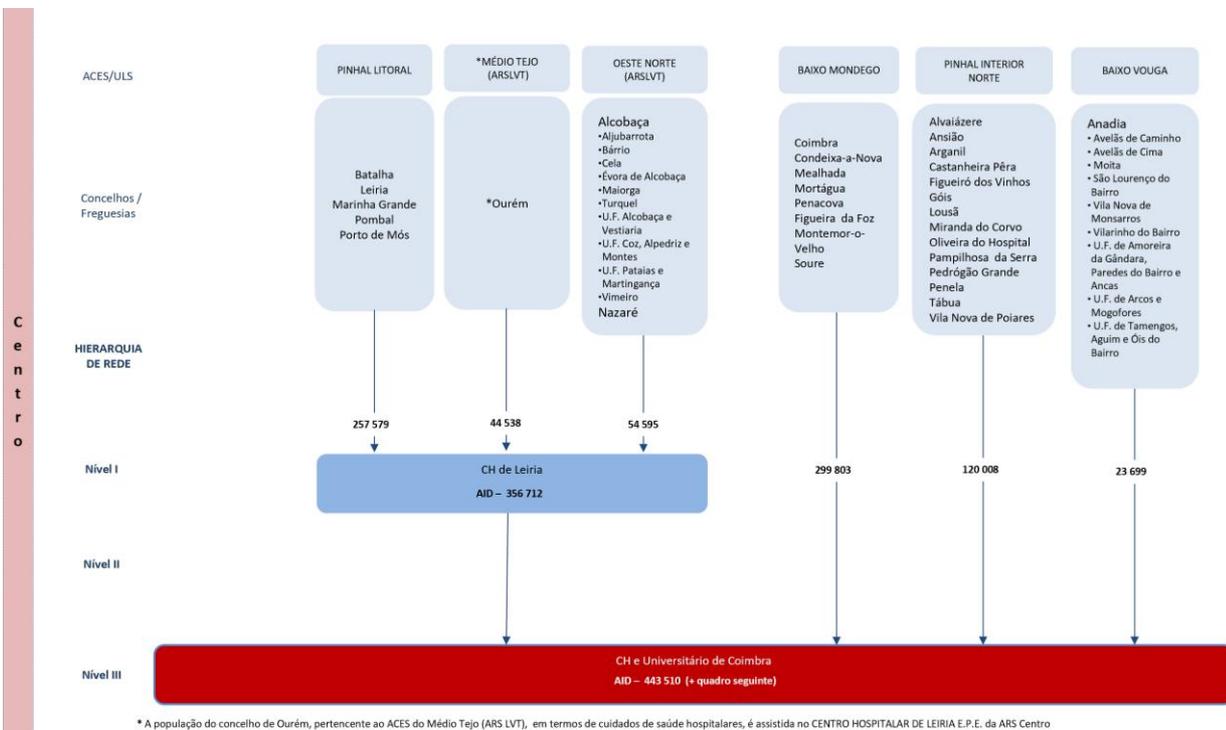
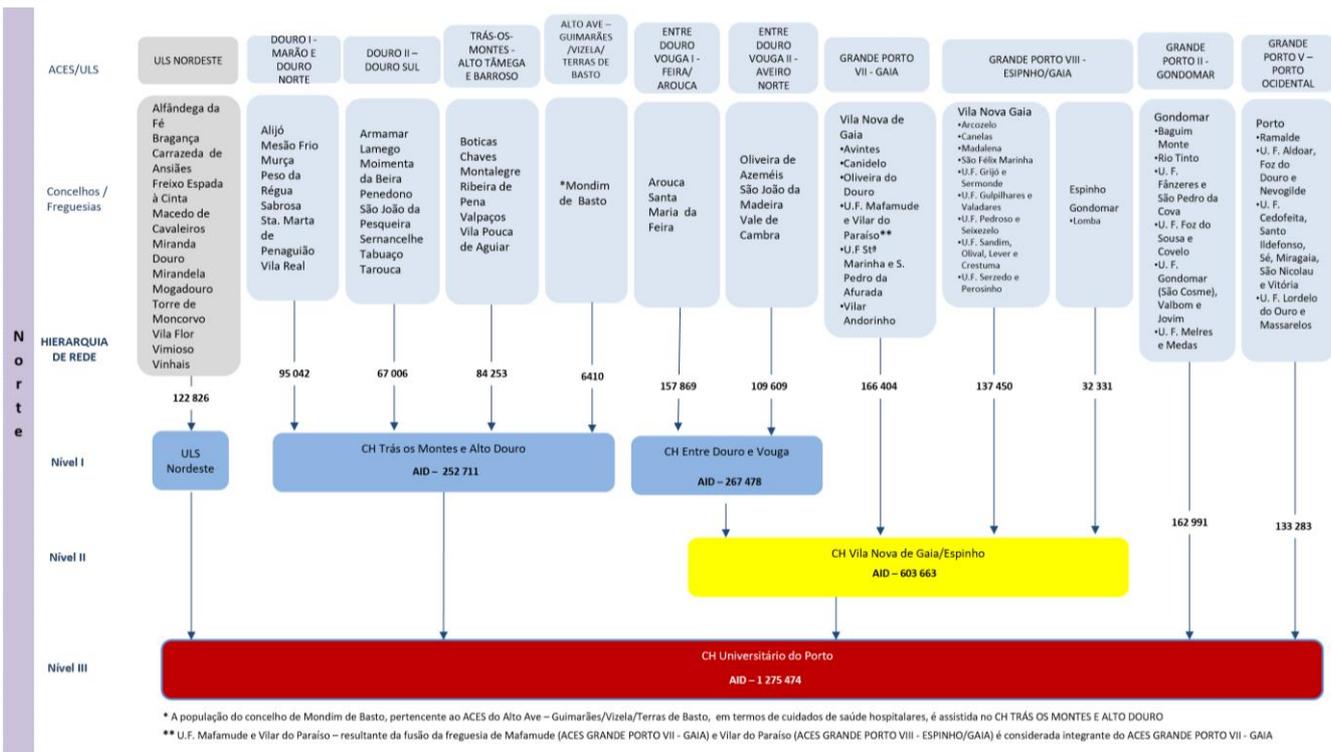
<b>Investigação e divulgação científica</b>	
Por cada 50 participantes anuais em cursos pós-graduados organizados pelo Departamento	0,1 ETI OBGIN
Por cada 10 artigos anuais em revistas de sociedades científicas nacionais	0,1 ETI OBGIN
Por cada 10 artigos anuais em revistas internacionais indexadas na Medline	0,3 ETI OBGIN
Por cada 10 apresentações orais por convite em congressos de sociedades científicas nacionais	0,02 ETI OBGIN
Por cada 10 apresentações orais por convite em congressos de sociedades científicas internacionais	0,05 ETI OBGIN

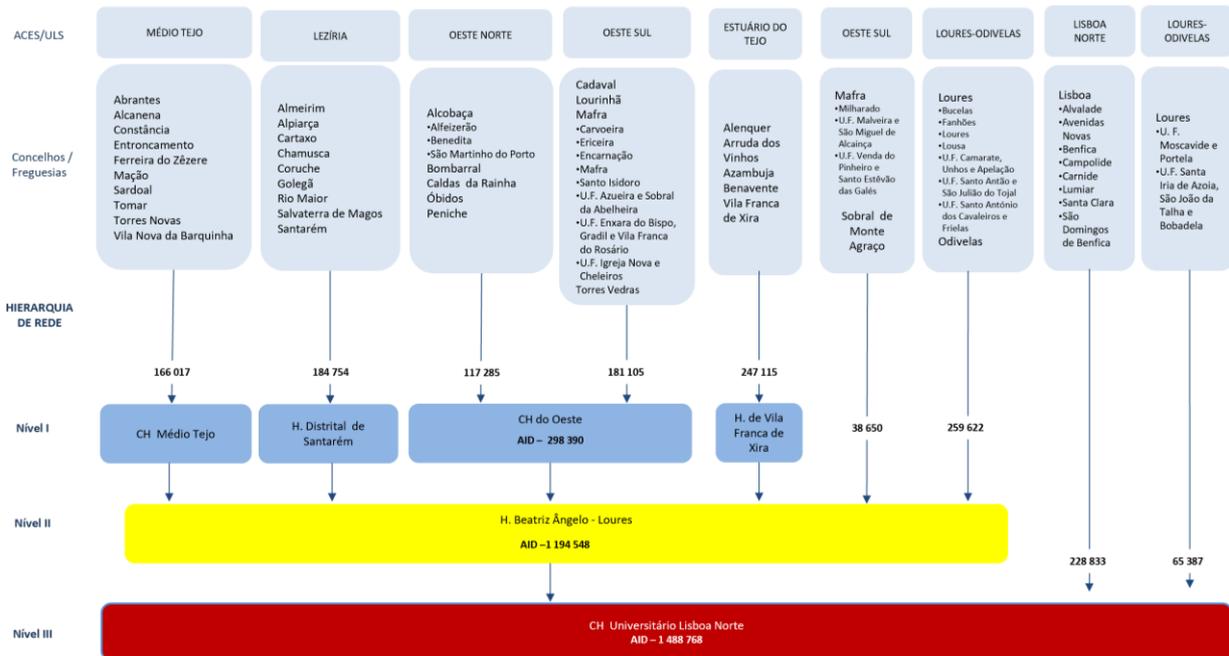
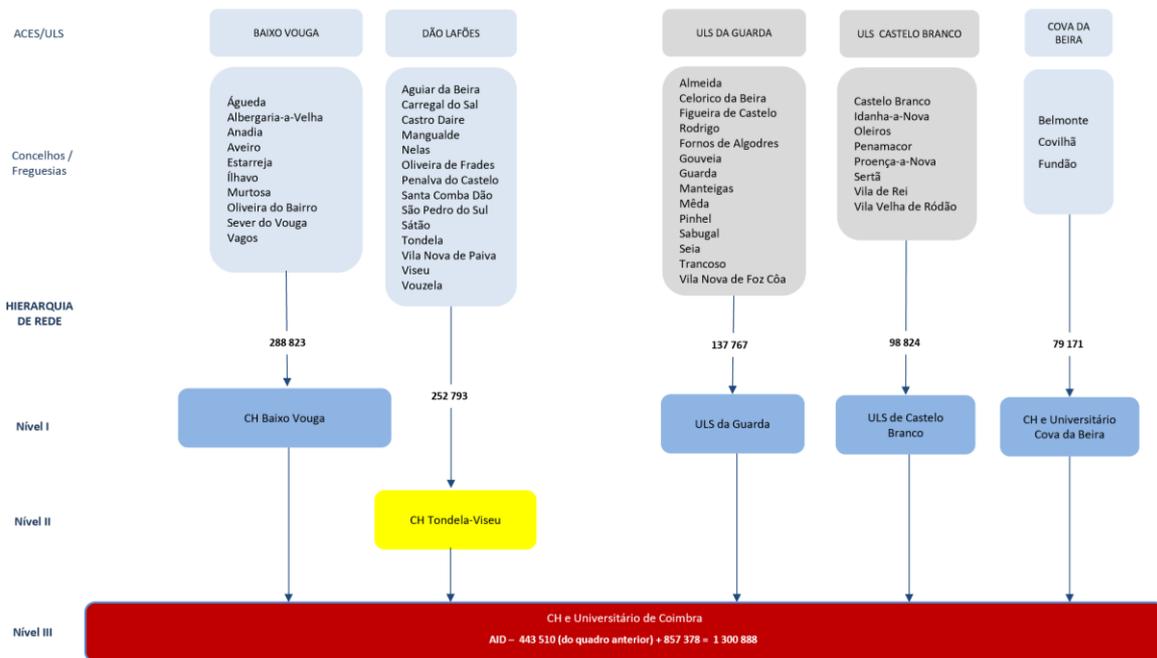
<b>Treino de subespecialidade (opcional com autorização das entidades competentes)</b>	
Medicina Materno-Fetal	1,0 ETI OBGIN a cada dois anos
Oncologia Ginecológica	1,0 ETI OBGIN a cada dois anos
Medicina da Reprodução	1,0 ETI OBGIN a cada dois anos

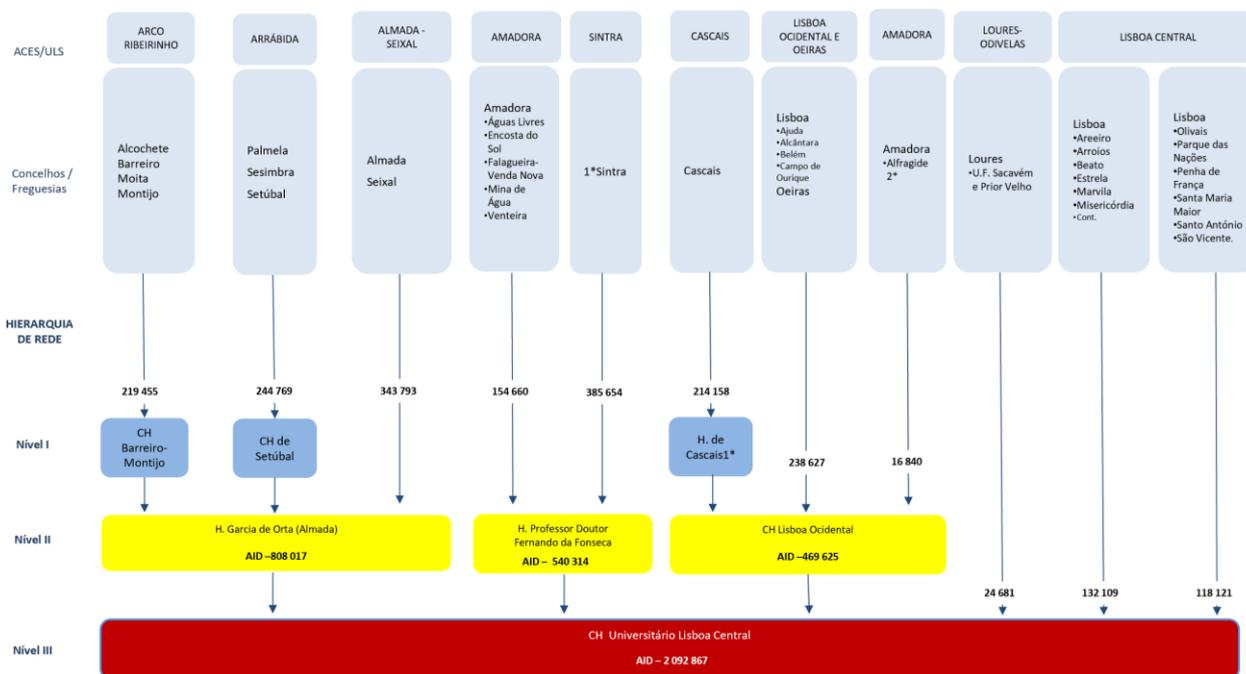
## 6.4. Arquitetura das RRH

### Referenciação obstétrica e de diagnóstico prénatal (DPN)



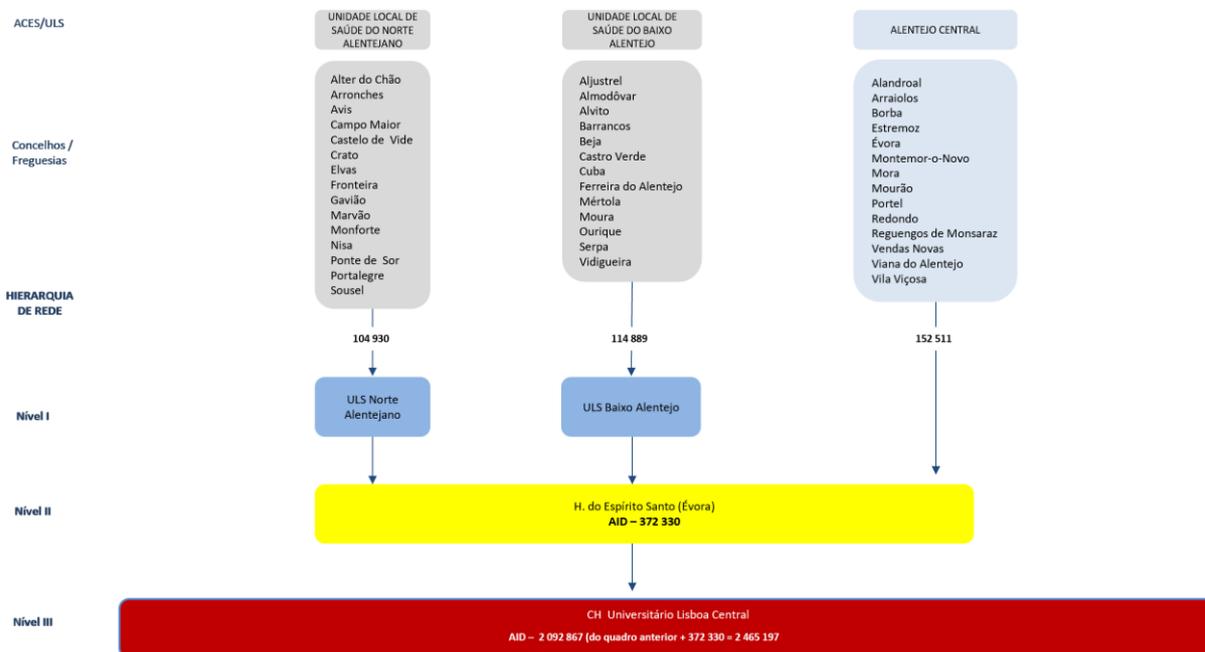


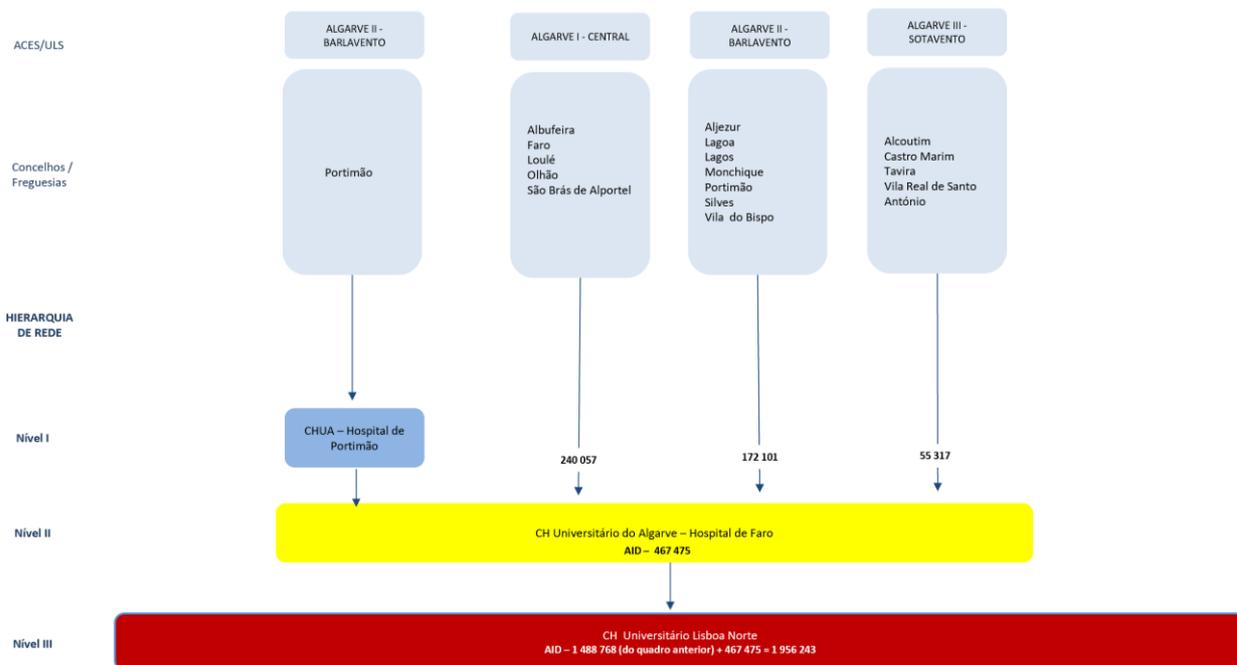




1\*Atende também a população das seguintes freguesias de Sintra: Algueirão-Mem Martins; Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; Colares; S. Maria, S. Miguel, S. Martinho, S. Pedro de Penaferrim; São João das Lampas e Terrugem

2\*A freguesia de Alfragide, a partir de 01 de Agosto de 2016, passou a ser referenciada preferencialmente para o CHLO, mantendo-se em alternativa o HFF



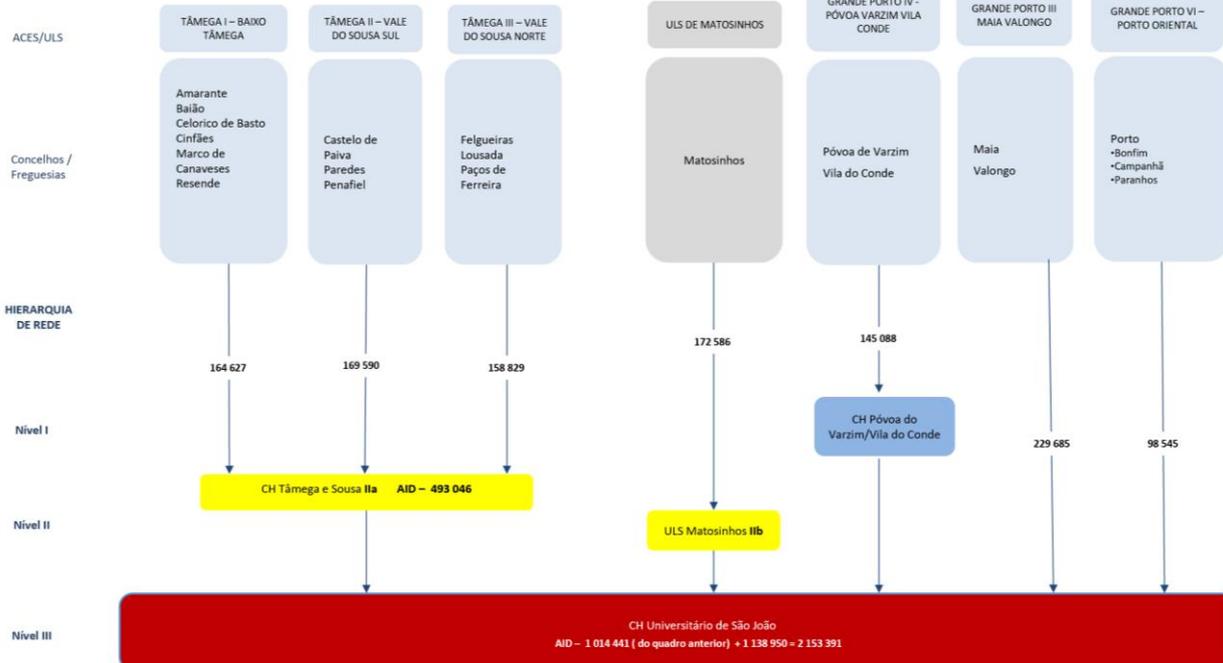
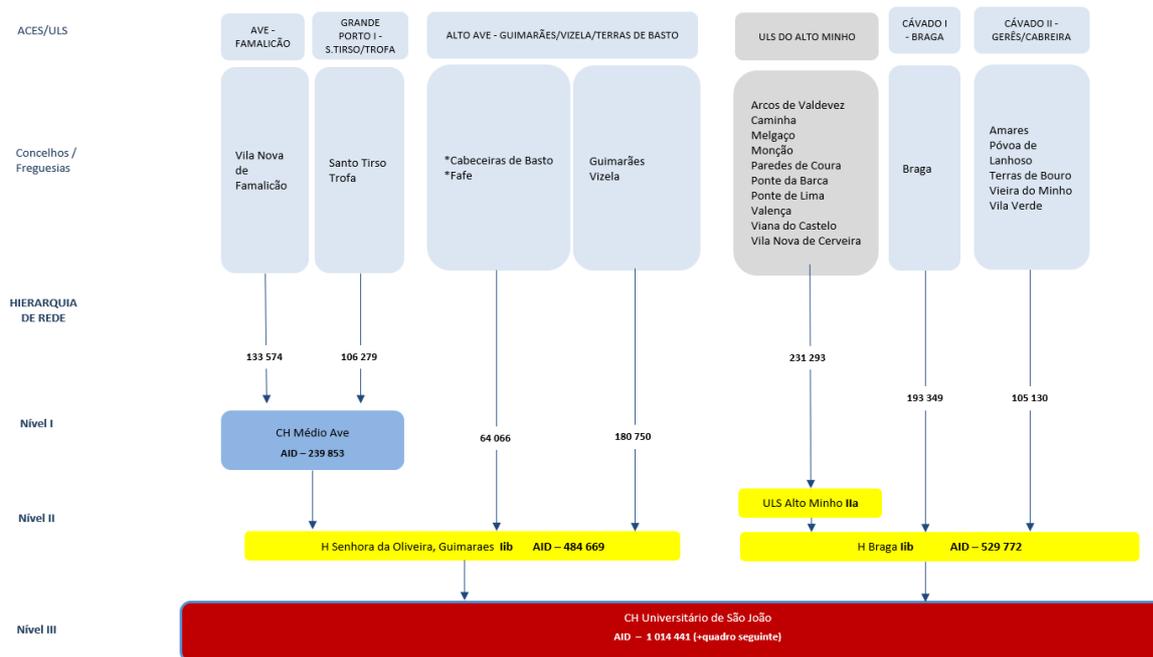


Referenciação obstétrica e DPN		Projeção de nascimentos em 2022	Observações
<b>ARS Norte</b>			
Braga (HB)	Nível III	2900	
Guimarães (HSOG)	Nível II	1826	
Famalicão (CHMA)	Nível I	994	Considerar centralizar UOG/Bloco de Partos no HB ou HSOG. Partos divididos entre CHPVVC, HB, HSOG e CHUSJ
Viana do Castelo (ULSAM)	Nível I	1260	
Póvoa do Varzim (CHPVVC)	Nível I	1268	Considerar centralizar UOG/Bloco de Partos no ULSM. Partos divididos entre ULSAM, CHMA e ULSM
São João (CHUSJ)	Nível III	1962	
Matosinhos (ULSM)	Nível II	1546	
Penafiel (CHTS)	Nível I	1590	
Vila Real (CHTMAD)	Nível I	1066	
Bragança (ULSN)	Nível I	316	Manter Serviço de Obstetria e Ginecologia aberto por questões geográficas e sociais
Centro Hospitalar do Porto (CHP)	Nível III	2928	
Vila Nova de Gaia (CHVNG)	Nível II	1638	
Vila da Feira (CHEDV)	Nível I	1386	
<b>ARS Centro</b>			
Coimbra (CHUC)	Nível III	4266	
Leiria (CHL)	Nível I	1925	
Viseu (CHTV)	Nível II	1618	
Aveiro (CHBV)	Nível I	1542	
Covilhã (CHCB)	Nível I	482	Passa a Nível II se houver fusão com ULSG e ULSCB
Guarda (ULSG)	Nível I	444	Considerar centralizar UOG/Bloco de Partos no CHCB
Castelo Branco (ULSCB)	Nível I	332	Considerar centralizar UOG/Bloco de Partos no CHCB
<b>ARS Lisboa e Vale do Tejo</b>			
Santa Maria (CHULN)	Nível III	2546	
Loures (HBA)	Nível II	1992	
Caldas da Rainha (CHO)	Nível I	1230	
Santarém (HS)	Nível I	1140	
Abrantes (CHMT)	Nível I	700	Manter Serviço de Obstetria e Ginecologia aberto por questões geográficas e sociais
Vila Franca de Xira (HVFX)	Nível I	1586	Considerar centralizar UOG/Bloco de Partos no HBA ou CHULN. Partos divididos entre HS, HBA ou CHULN
MAC (CHULC)	Nível III	3154	Centro de terapia fetal
São Francisco Xavier (CHLO)	Nível II	2155	
Cascais (HC)	Nível I	2256	
Amadora (HFF)	Nível II	2316	
Almada (HGO)	Nível II	2534	
Setúbal (CHS)	Nível I	1232	
Barreiro (CHBM)	Nível I	1500	Considerar centralizar UOG/Bloco de Partos no HGO. Partos divididos entre HGO e CHS
<b>ARS Alentejo</b>			
Évora (HESE)	Nível II	1000	
Portalegre (ULSNA)	Nível I	364	Manter Serviço de Obstetria e Ginecologia aberto por questões geográficas e sociais
Beja (ULSBA)	Nível I	882	Manter Serviço de Obstetria e Ginecologia aberto por questões geográficas e sociais
<b>ARS Algarve</b>			
Faro (CHUA)	Nível II	1966	
Portimão (CHUA)	Nível I	1220	

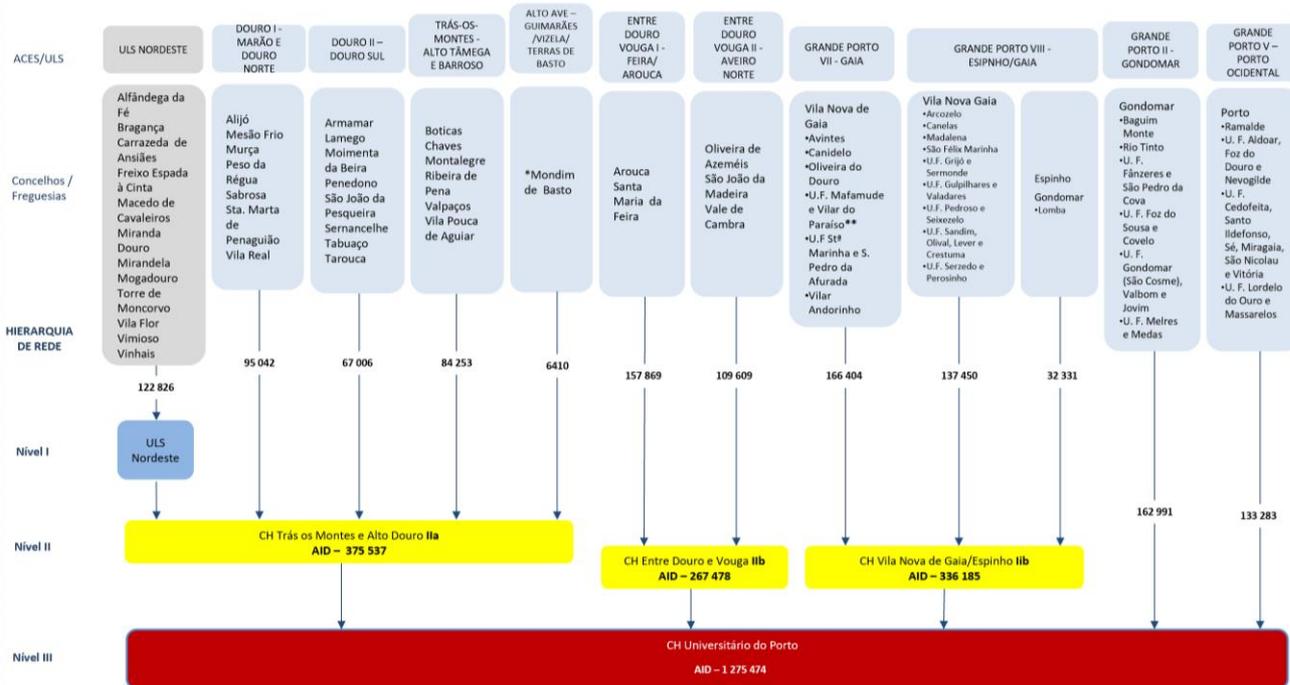
a

# Referenciação neonatal

N  
o  
r  
t  
e

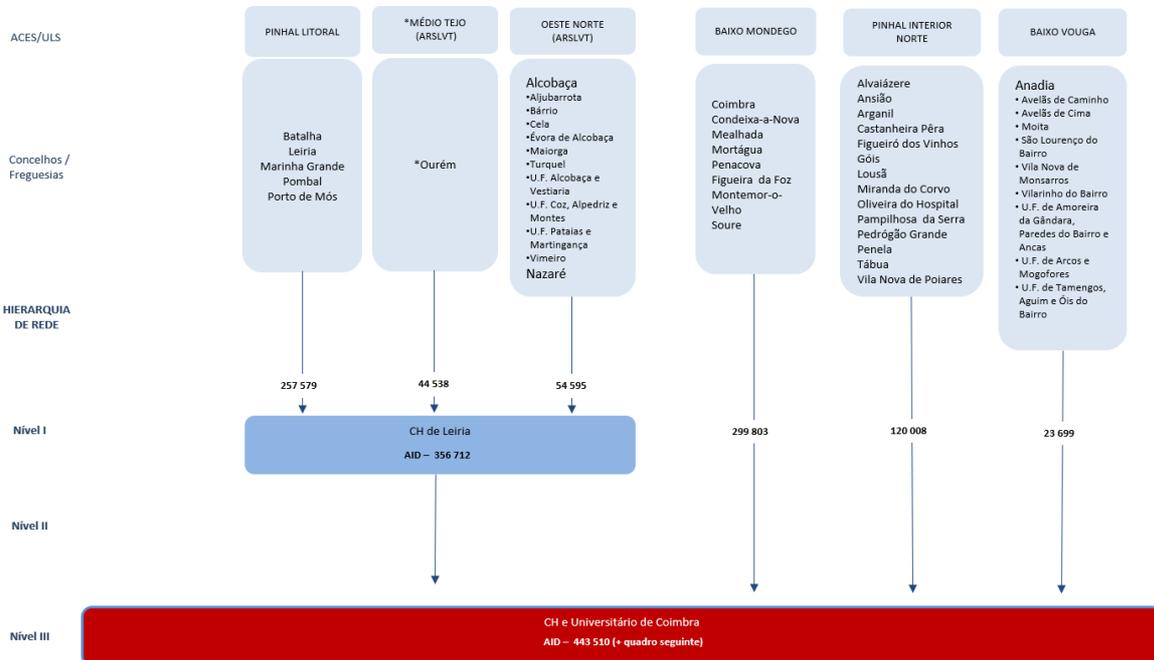


Norte

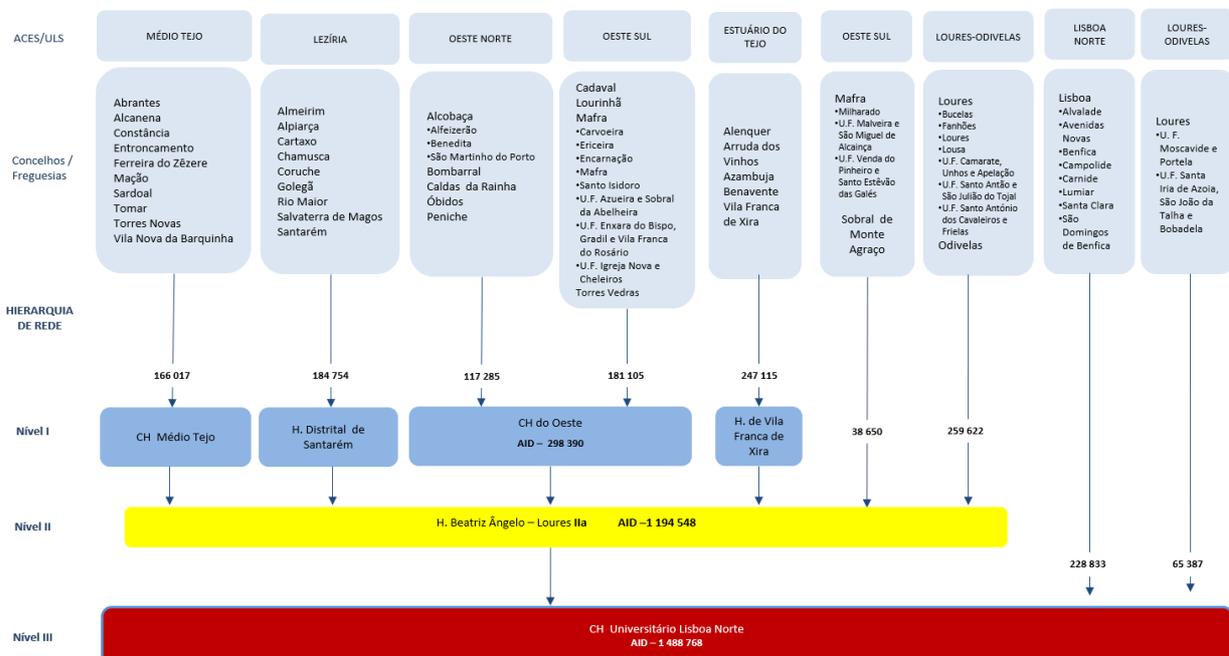
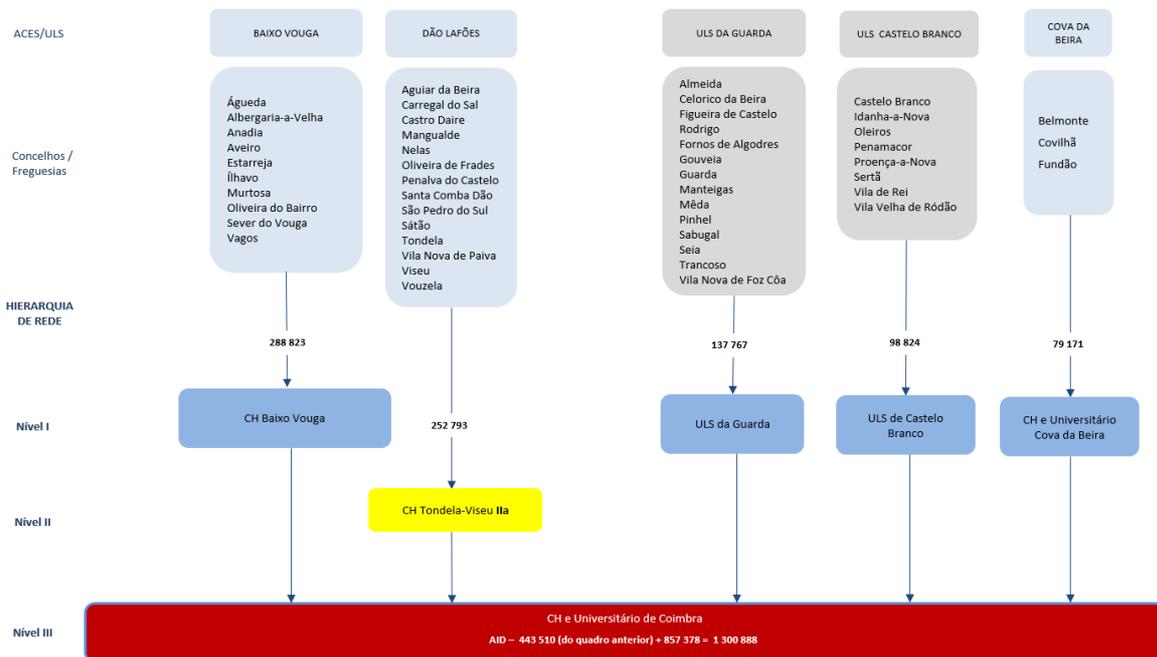


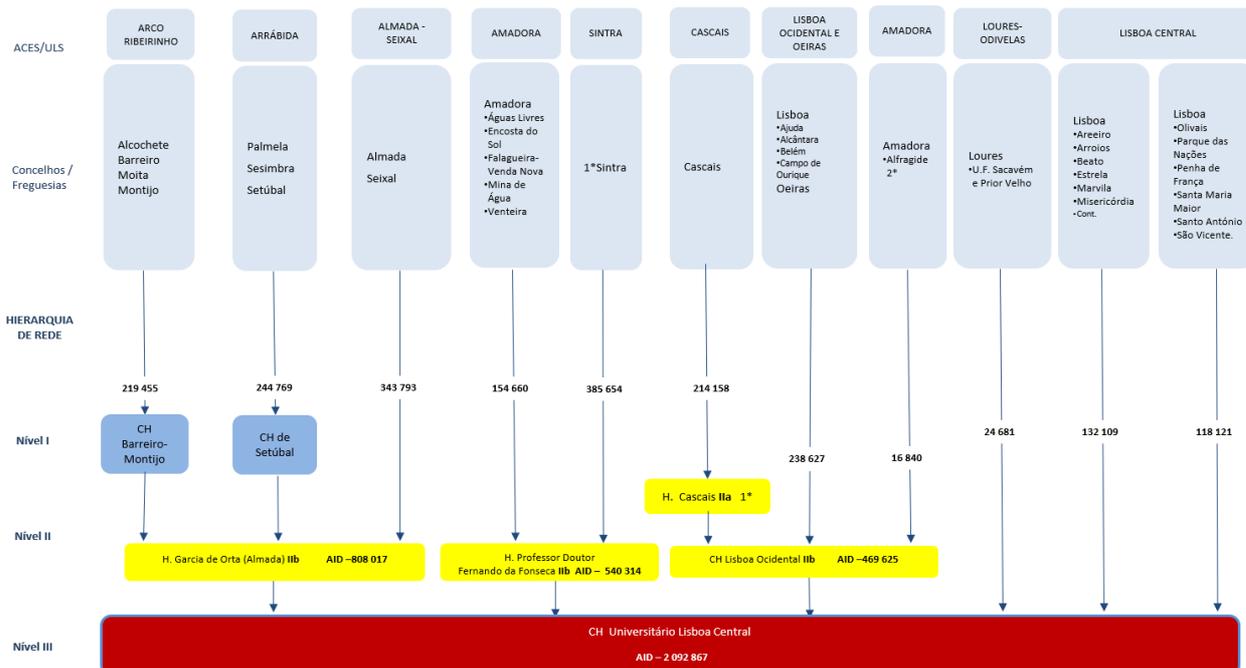
\* A população do concelho de Mondim de Basto, pertencente ao ACES do Alto Ave - Guimarães/Vizela/Terras de Basto, em termos de cuidados de saúde hospitalares, é assistida no CH TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO  
 \*\* U.F. Mafamude e Vilar do Paraíso - resultante da fusão da freguesia de Mafamude (ACES GRANDE PORTO VII - GAIA) e Vilar do Paraíso (ACES GRANDE PORTO VIII - ESPINHO/GAIA) é considerada integrante do ACES GRANDE PORTO VII - GAIA

Centro



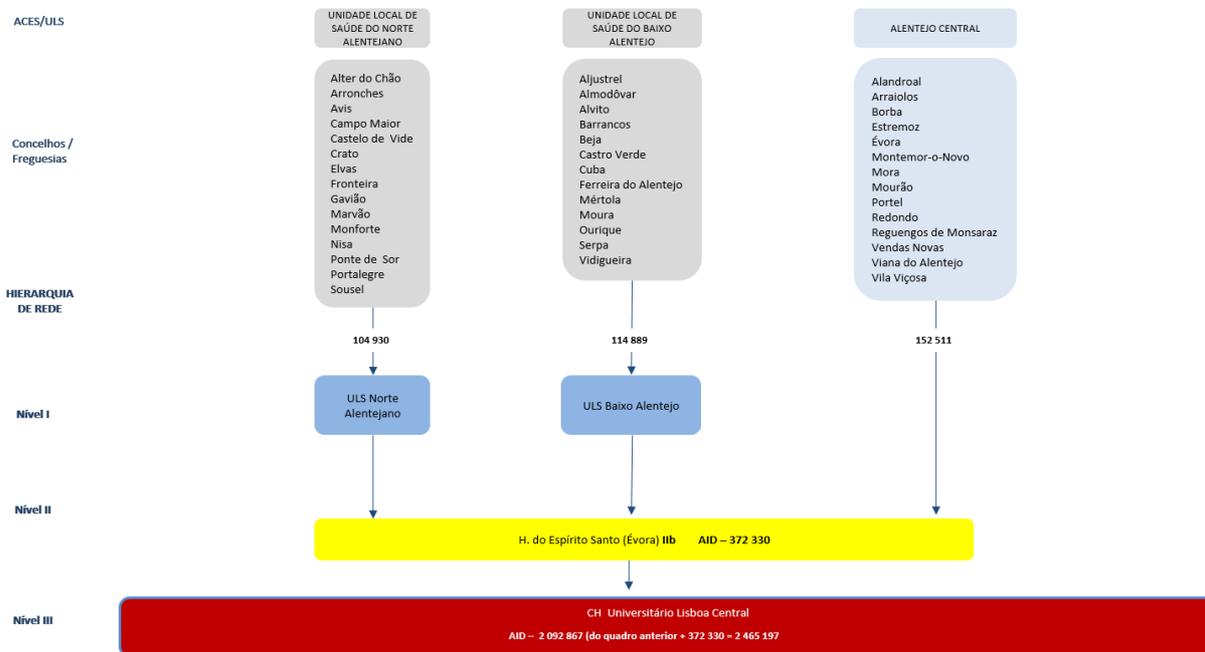
\* A população do concelho de Ourém, pertencente ao ACES do Médio Tejo (ARS LVT), em termos de cuidados de saúde hospitalares, é assistida no CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA E.P.E. da ARS Centro

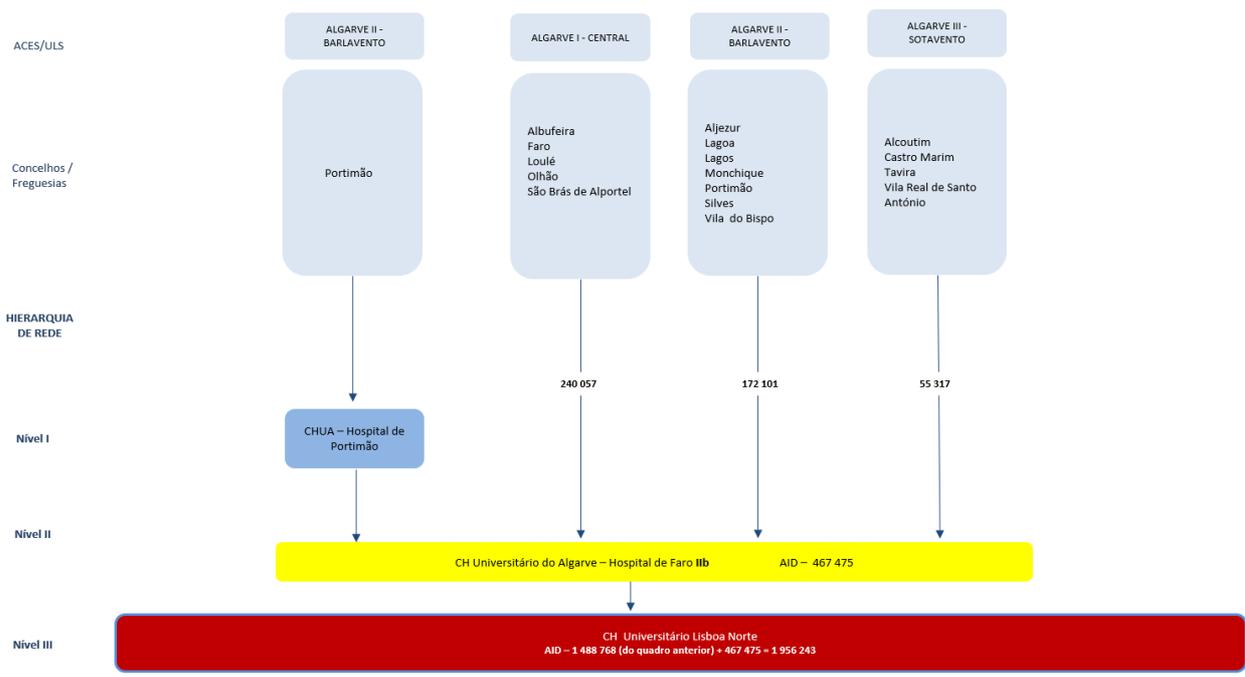




1\*Atende também a população das seguintes freguesias de Sintra : Algueirão-Mem Martins; Almagem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; Colares; S. Maria, S. Miguel, S. Martinho, S. Pedro de Penaferrim; São João das Lampas e Terrugem

2ªA freguesia de Alfragide, a partir de 01 de Agosto de 2016, passou a ser referenciada preferencialmente para o CHLO, mantendo-se em alternativa o HFF

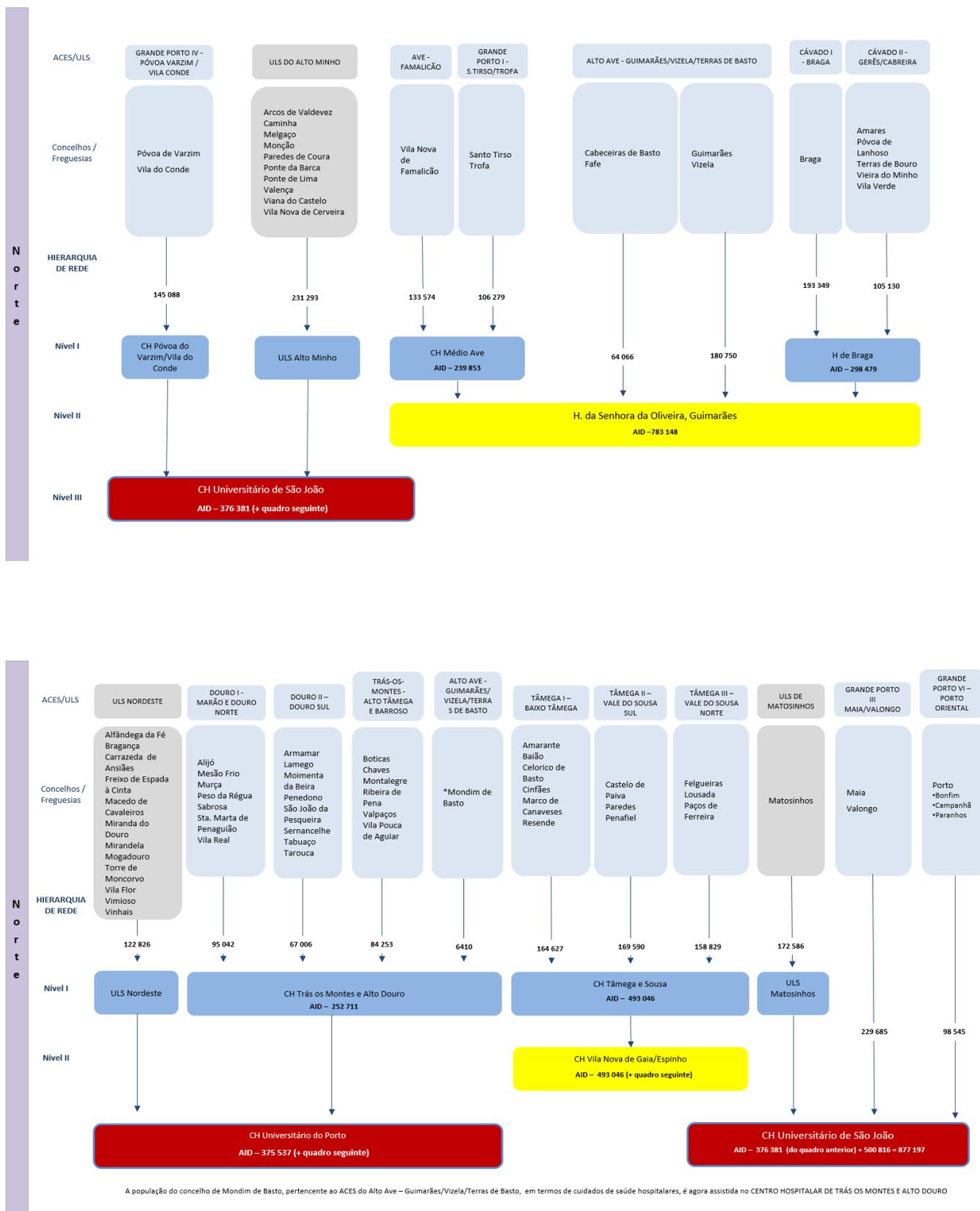


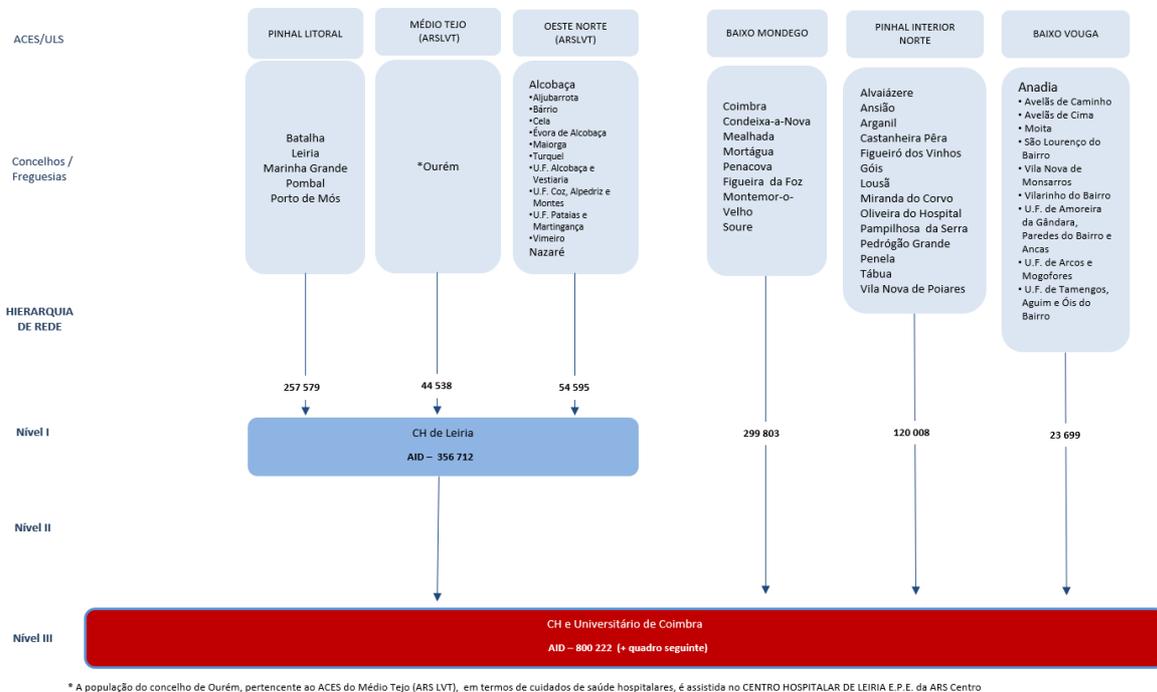
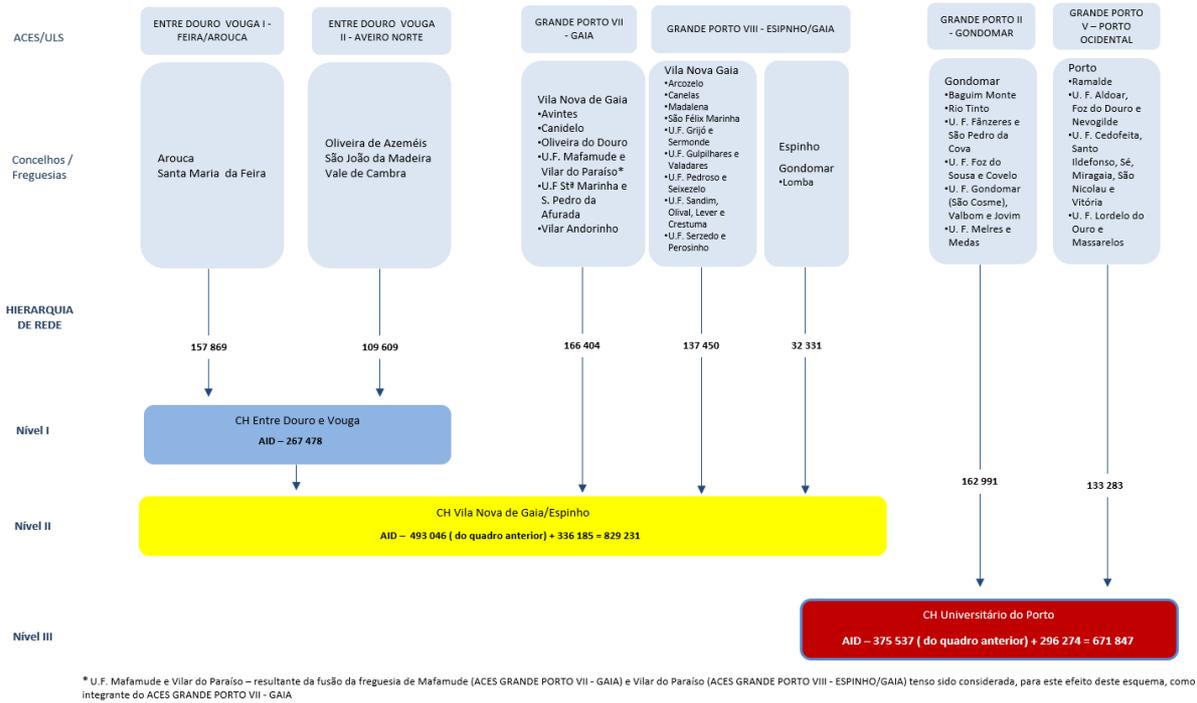


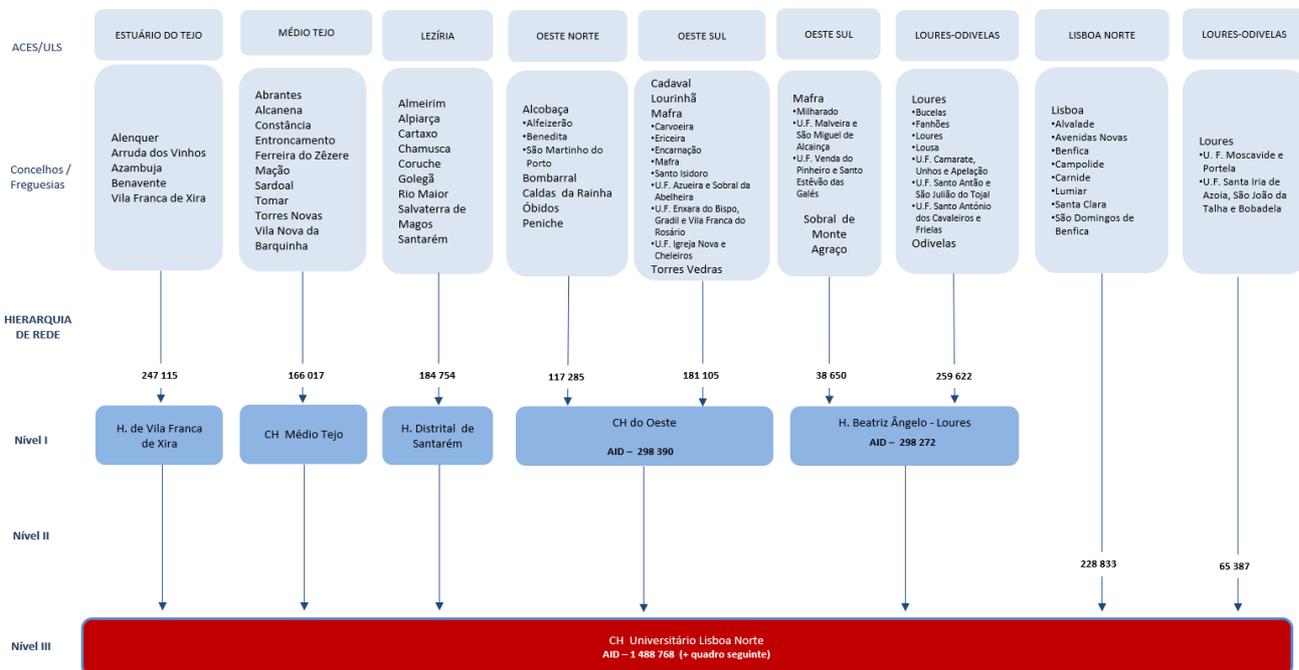
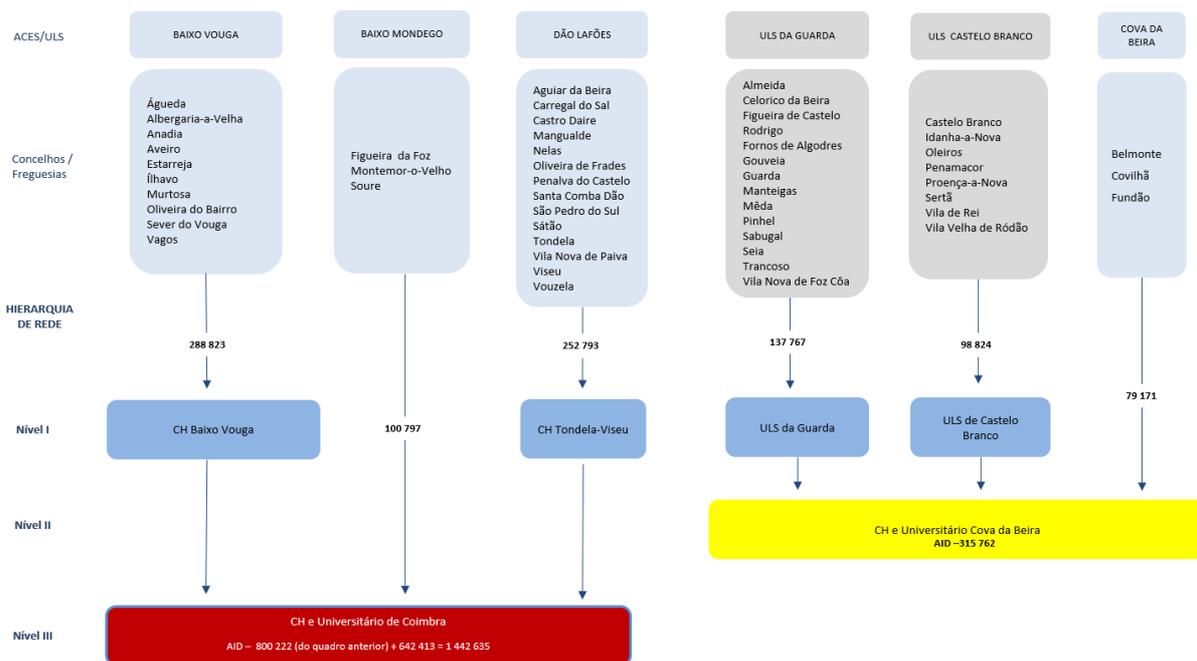
Referenciação neonatal		2010 - 2020			Projeção de nascimentos em 2022	Observações
		[28-31]	[26-28s]	<26s		
<b>ARS Norte</b>						
Braga (HB)	Nível Iib	267	68	40	2900	
Guimaraes (HSOG)	Nível Iib	178	35	11	1826	
Famalicao (CHMA)	Nível I	-	-	-	994	Ver rede de referenciação obstétrica
Viana do Castelo (ULSAM)	Nível Iia	63	-	3	1260	
Povoa do Varzim (CHPVVC)	Nível I	-	-	-	1268	Ver rede de referenciação obstétrica
São João (CHUSJ)	Nível III	236	64	27	1962	
Matosinhos (ULSM)	Nível Iib	151	38	13	1546	
Penafiel (CHIS)	Nível Iia	85	1	1	1590	
Vila Real (CHTMAD)	Nível Iia	7	1	-	1066	
Bragança (ULSN)	Nível I	-	-	-	316	
Centro Hospitalar do Porto (CHUP)	Nível III	510	119	86	2928	
Vila Nova de Gaia (CHVNG)	Nível Iib	213	44	36	1638	
Vila da Feira (CHEDV)	Nível Iib	141	34	11	1386	
<b>ARS Centro</b>						
Coimbra (CHUC)	Nível III	709	157	76	4266	
Leiria (CHL)	Nível I	6	-	1	1925	
Viseu (CHTV)	Nível Iia	9	-	-	1618	
Aveiro (CHBV)	Nível I	1	-	1	1542	
Covilha (CHCB)	Nível I	-	-	-	482	Nível Iia apenas se houver capacitação e concentração da UOG/Bloco de Partos com ULSG e ULSCB
Guarda (ULSG)	Nível I	-	-	-	444	Ver rede de referenciação obstétrica
Casteio Branco (ULSCB)	Nível I	-	-	-	332	Ver rede de referenciação obstétrica
<b>ARS Lisboa e Vale do Tejo</b>						
Santa Maria (CHULN)	Nível III	378	112	59	2546	
Loures (HBA)	Nível Iib	113	6	2	1992	
Caldas da Rainha (CHO)	Nível I	1	-	-	1230	
Santarem (HS)	Nível I	1	1	-	1140	
Abrantes (CHMI)	Nível I	-	-	-	700	
Vila Franca de Xira (HVFX)	Nível I	5	1	-	1586	Ver rede de referenciação obstétrica
MAC (CHULC)	Nível III	867	237	171	3154	
Sao Francisco Xavier (CHLO)	Nível Iib	342	98	72	2155	
Cascais (HC)	Nível Iia	128	-	2	2256	
Amadora (HFF)	Nível Iib	376	135	89	2316	
Almada (HGO)	Nível Iib	360	79	31	2534	
Setúbal (CHS)	Nível I	4	-	-	1232	
Barreiro (CHBM)	Nível I	2	-	-	1500	Ver rede de referenciação obstétrica
<b>ARS Alentejo</b>						
Evora (HESE)	Nível Iib	180	45	14	1000	
Portalegre (ULSNA)	Nível I	-	-	-	364	
Beja (ULSBA)	Nível I	1	-	-	882	
<b>ARS Algarve</b>						
Faro (CHUA)	Nível Iib	305	80	55	1966	
Portimao (CHUA)	Nível I	-	-	-	1220	

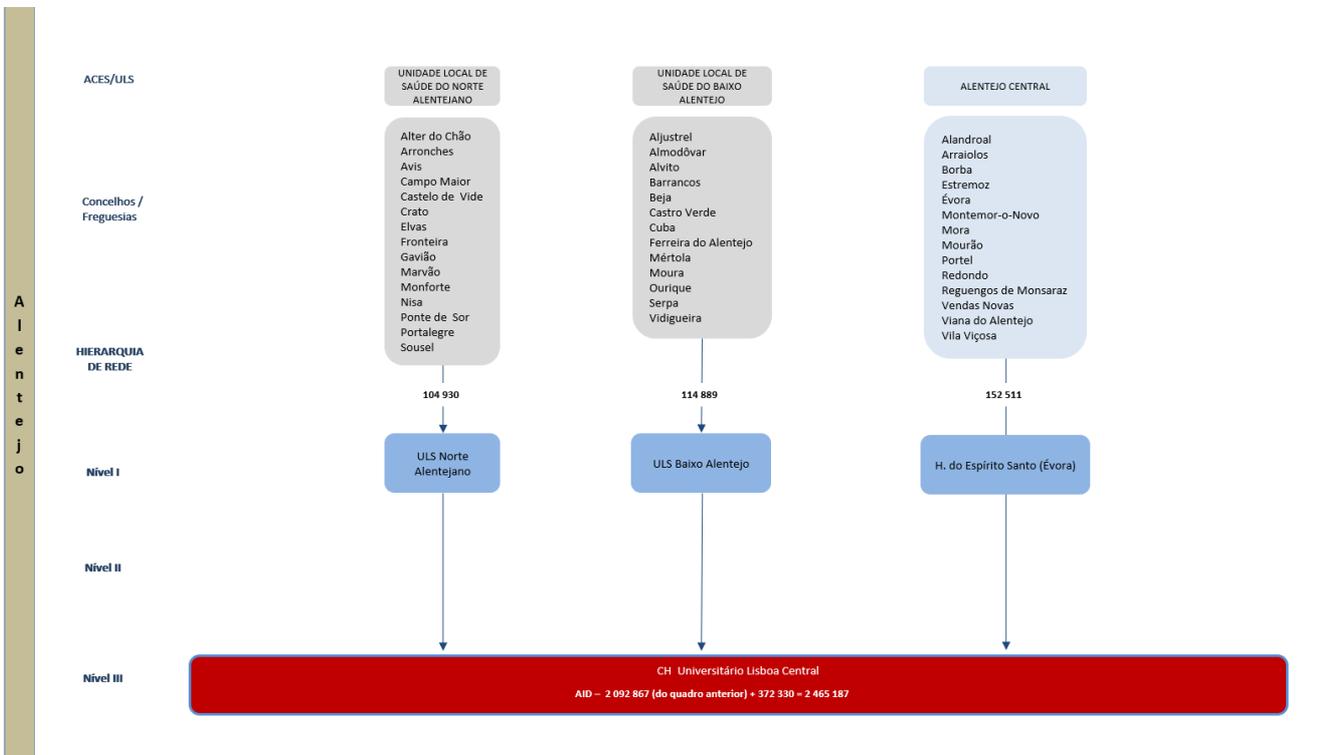
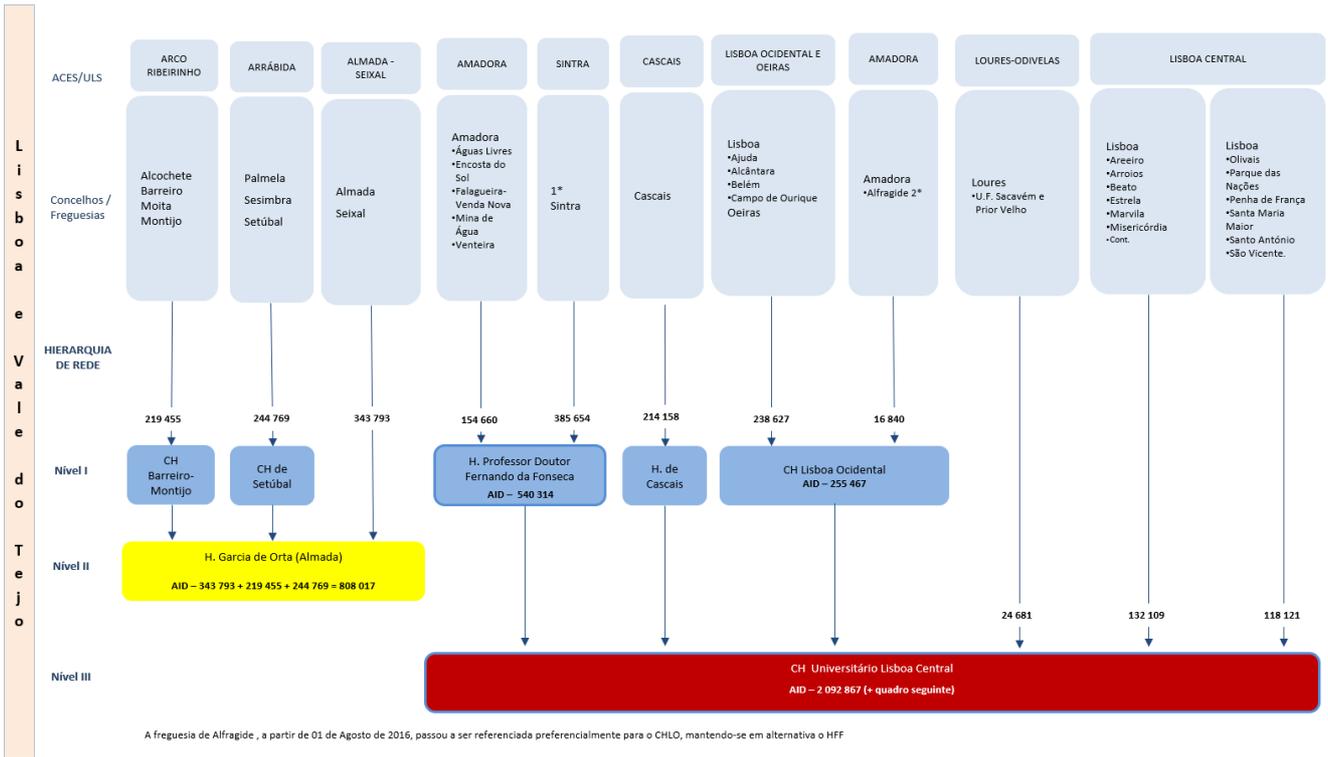
## Referenciação em apoio à fertilidade

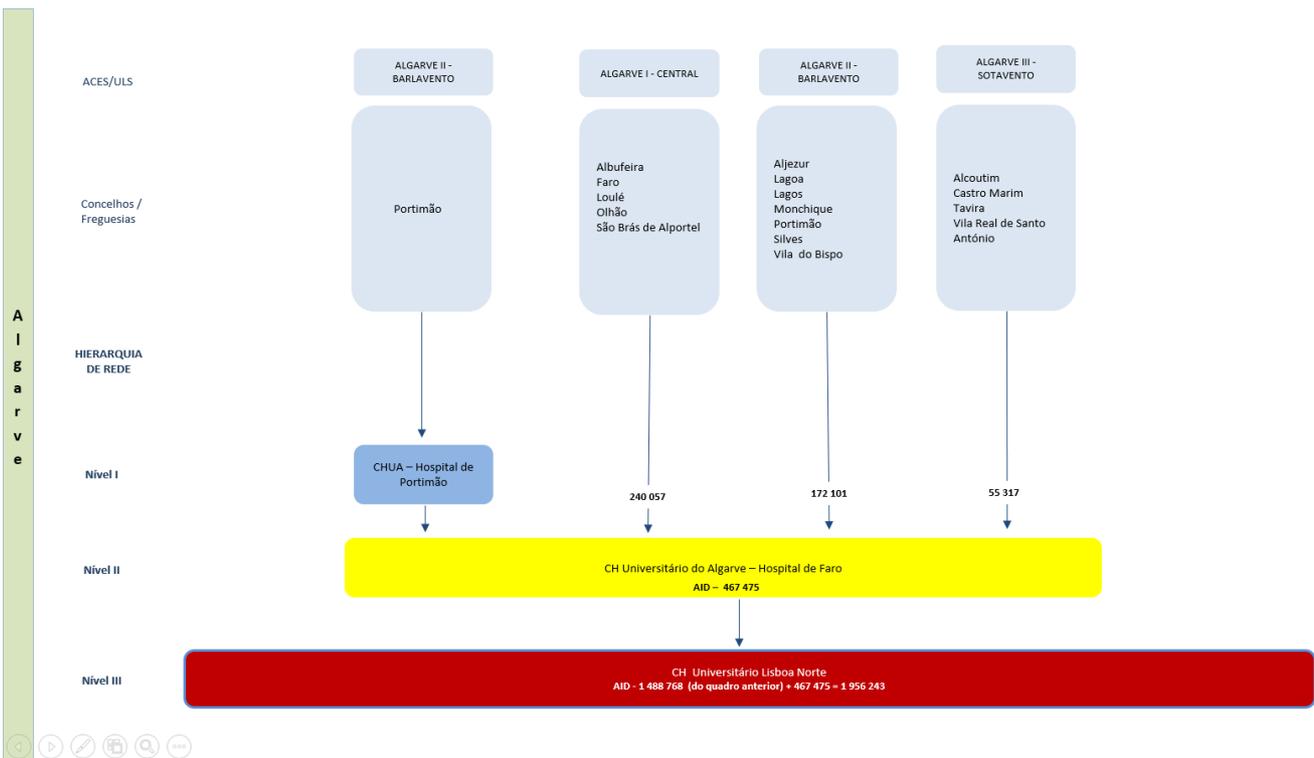
\*Os centros de PMA, sempre que medicamente indicado, fazem a referenciação direta dos seus utentes para os centros nacionais de PMA diferenciados nas seguintes técnicas: teste genético pré-implantatório e tratamento de infeções virais.





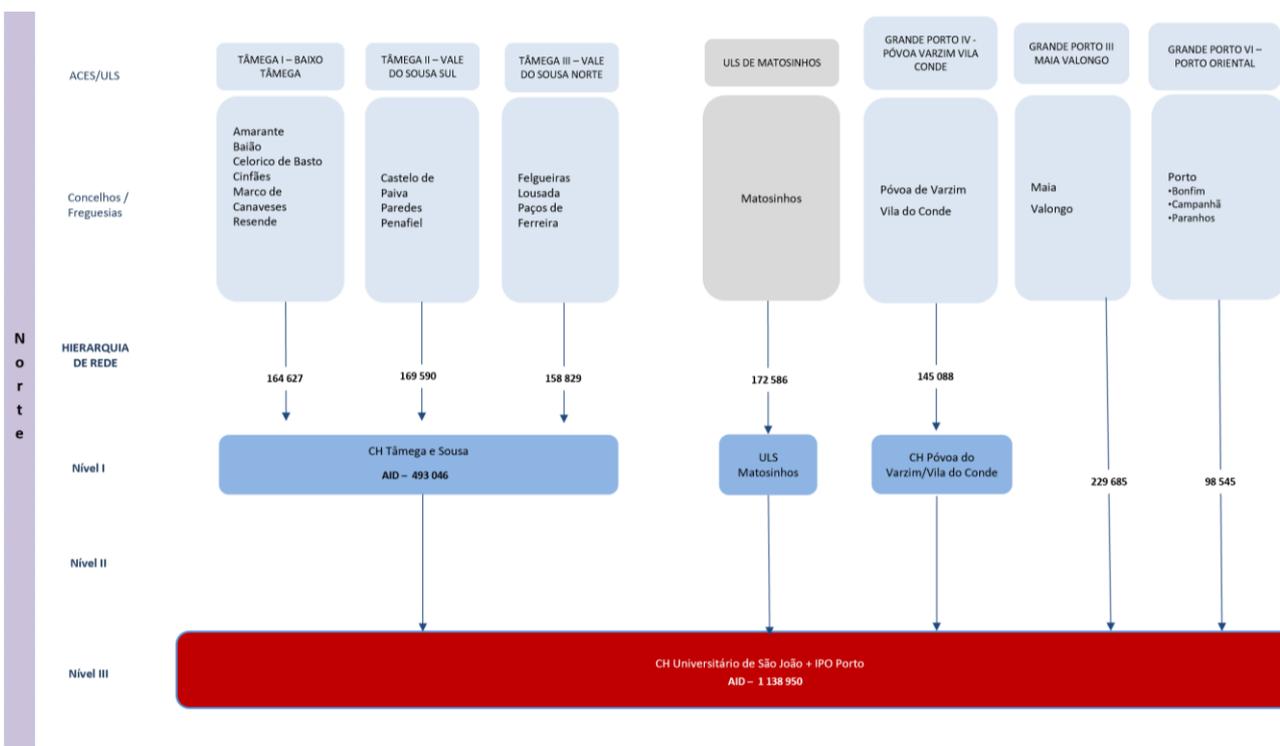
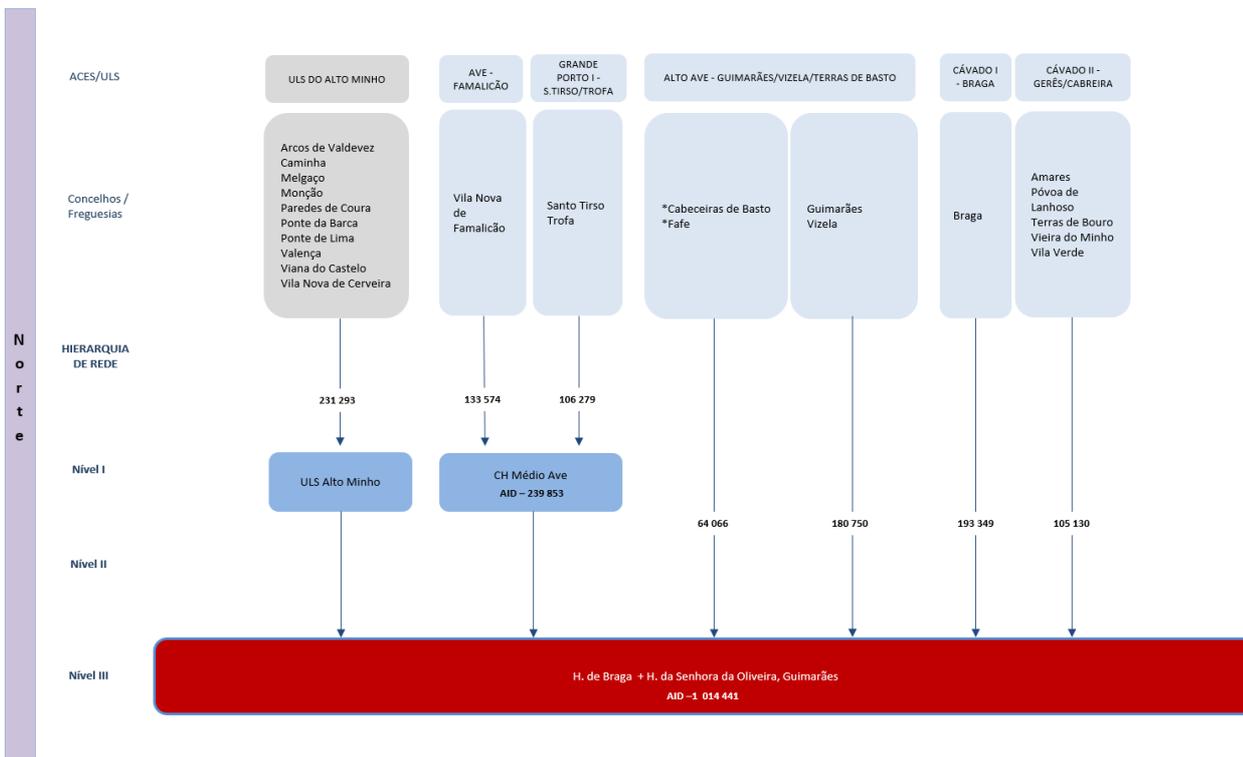


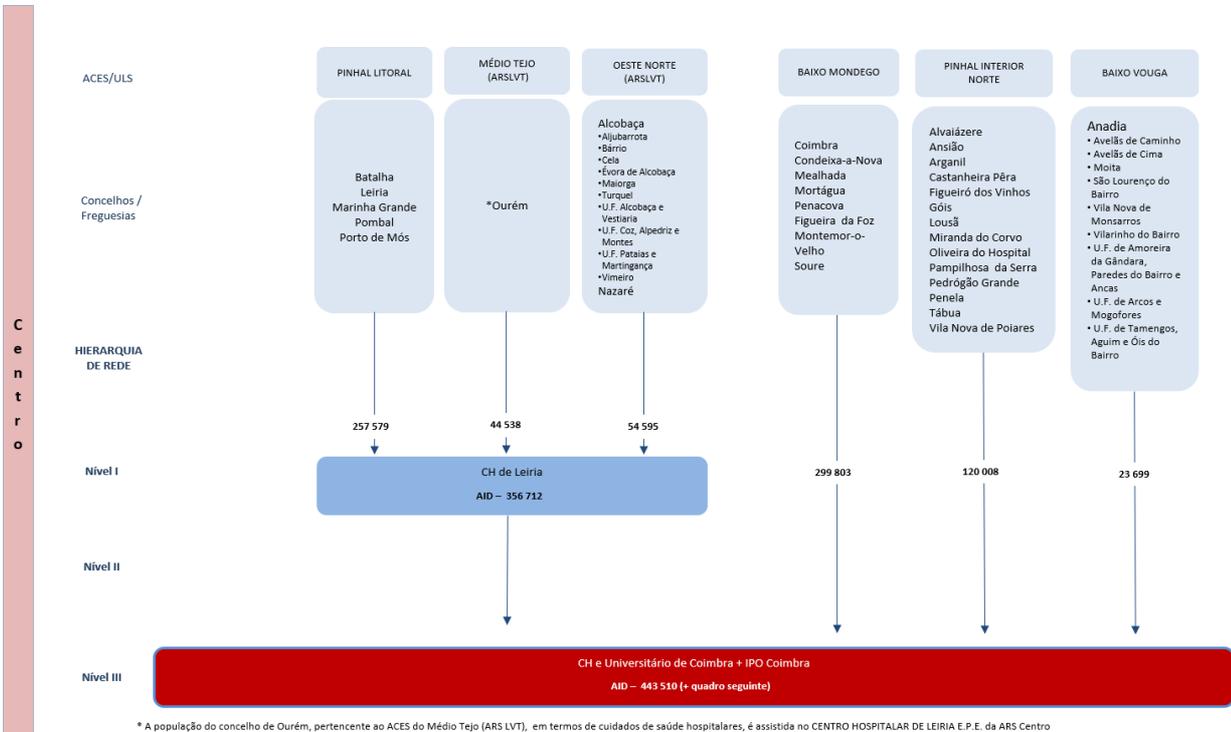
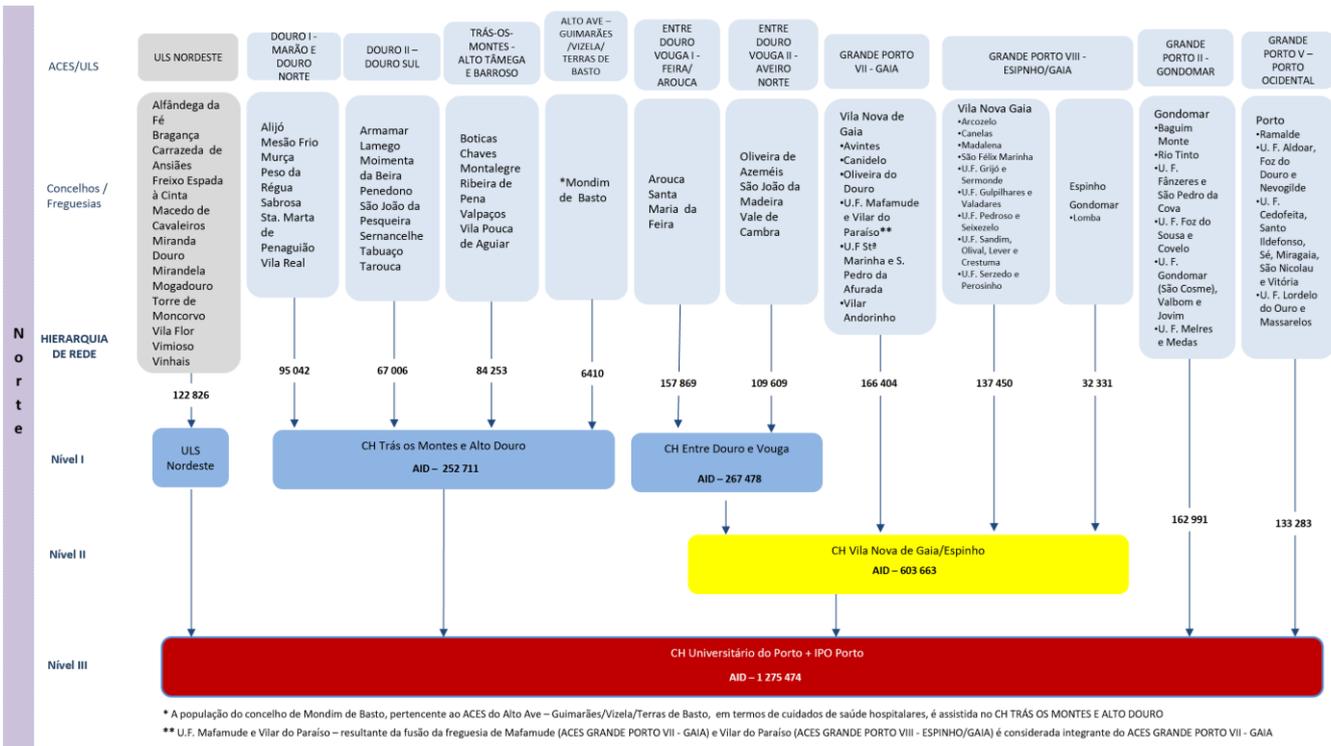


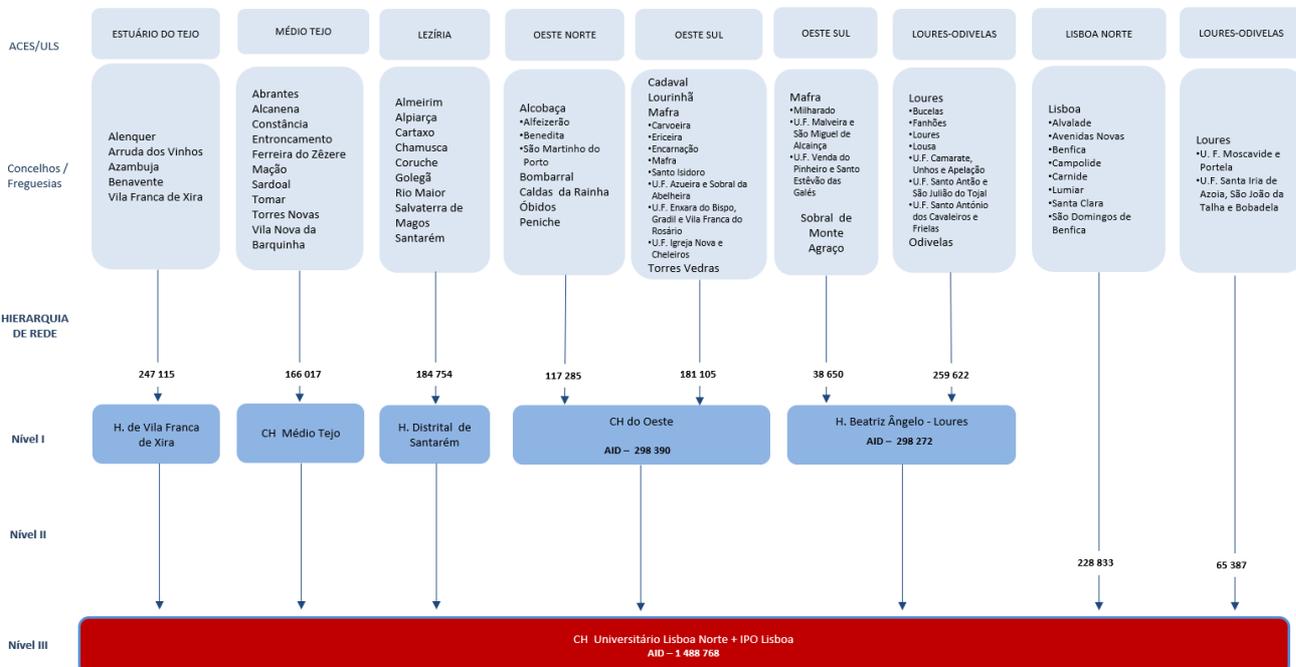
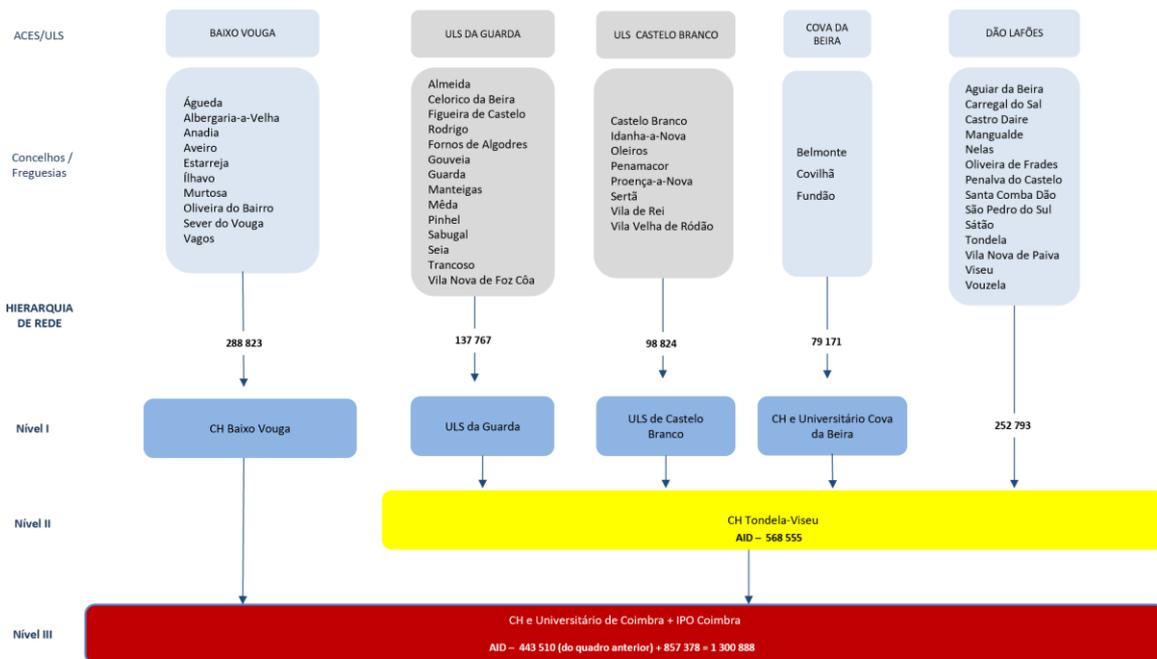


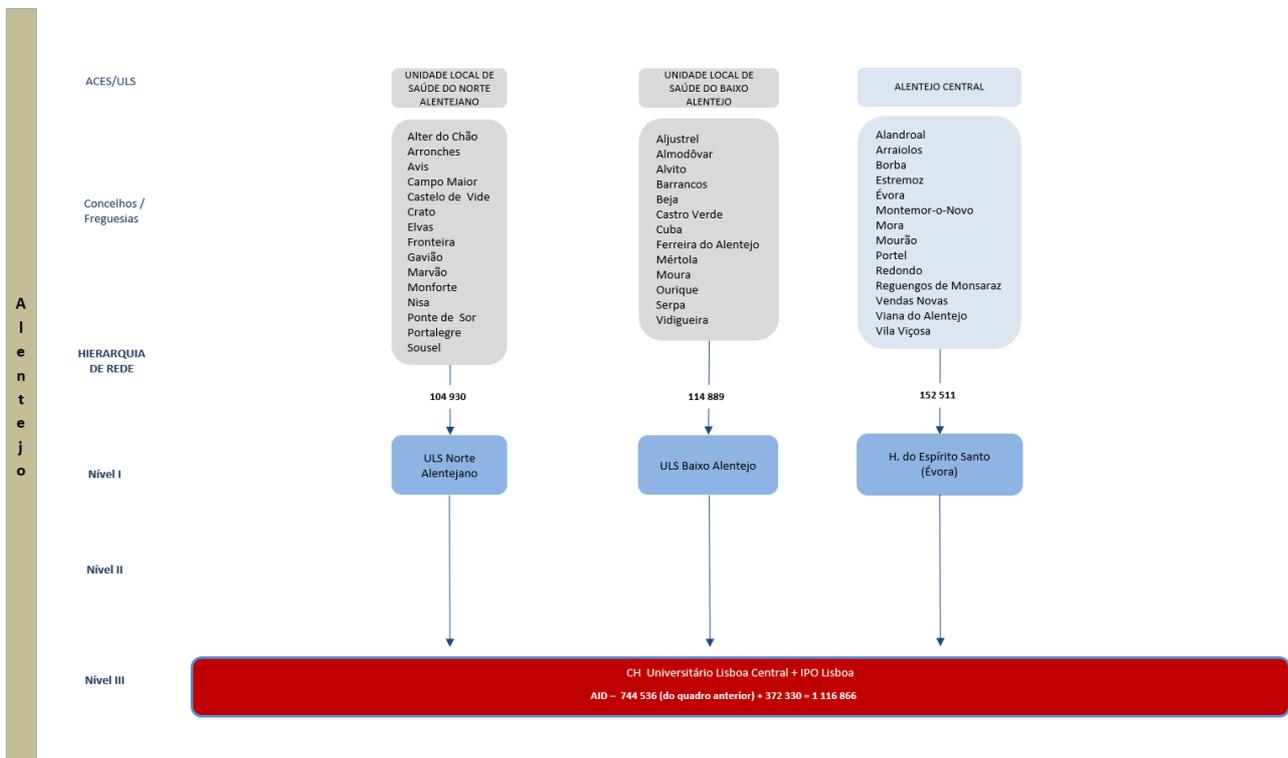
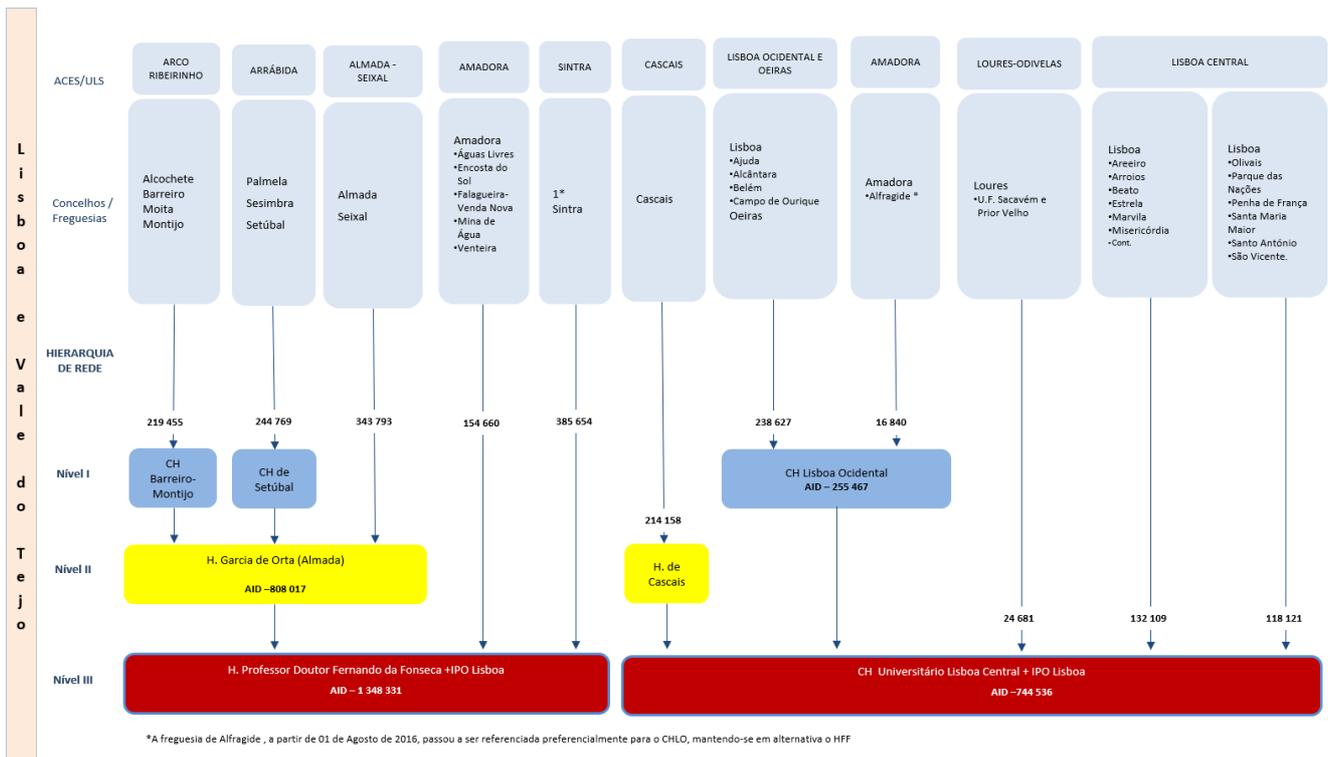
Referenciação em apoio à fertilidade		Observações
<b>ARS Norte</b>		
São João (CHUSJ)	Nível III	Centro de PMA - PGT; tratamento infeções virais masculinas
Guimarães (HSOG)	Nível II	Centro de PMA
Matosinhos (ULSM)	Nível II	
Braga (HB)	Nível I	
Famalicão (CHMA)	Nível I	
Viana do Castelo (ULSAM)	Nível I	
Póvoa do Varzim (CHPVVC)	Nível I	
Penafiel (CHTS)	Nível I	
Vila Real (CHTMAD)	Nível I	Inseminação intrauterina – homóloga
Bragança (ULSN)	Nível I	
Centro Hospitalar do Porto (CHP)	Nível III	Centro de PMA e BPG
Vila Nova de Gaia (CHVNG)	Nível II	Centro de PMA
Vila da Feira (CHEDV)	Nível I	
<b>ARS Centro</b>		
Coimbra (CHUC)	Nível III	Centro de PMA e Centro afiliado BPG
Leiria (CHL)	Nível I	
Viseu (CHTV)	Nível I	
Aveiro (CHBV)	Nível I	
Covilhã (CHCB)	Nível II	Centro de PMA
Guarda (ULSG)	Nível I	
Castelo Branco (ULSCB)	Nível I	
<b>ARS Lisboa e Vale do Tejo</b>		
Santa Maria (CHULN)	Nível III	Centro de PMA; Proposto centro PGT
Loures (HBA)	Nível I	
Caldas da Rainha (CHO)	Nível I	
Santarém (HS)	Nível I	
Abrantes (CHMT)	Nível I	
Vila Franca de Xira (HVFX)	Nível I	
MAC (CHULC)	Nível III	Centro de PMA e centro afiliado BPG; tratamento infeções virais
São Francisco Xavier (CHLO)	Nível I	
Cascais (HC)	Nível I	
Amadora (HFF)	Nível I	
Almada (HGO)	Nível II	Centro de PMA
Setúbal (CHS)	Nível I	
Barreiro (CHBM)	Nível I	
<b>ARS Alentejo</b>		
Évora (HESE)	Nível I	
Portalegre (ULSNA)	Nível I	
Beja (ULSBA)	Nível I	
<b>ARS Algarve</b>		
Faro (CHUA)	Nível II	
Portimão (CHUA)	Nível I	

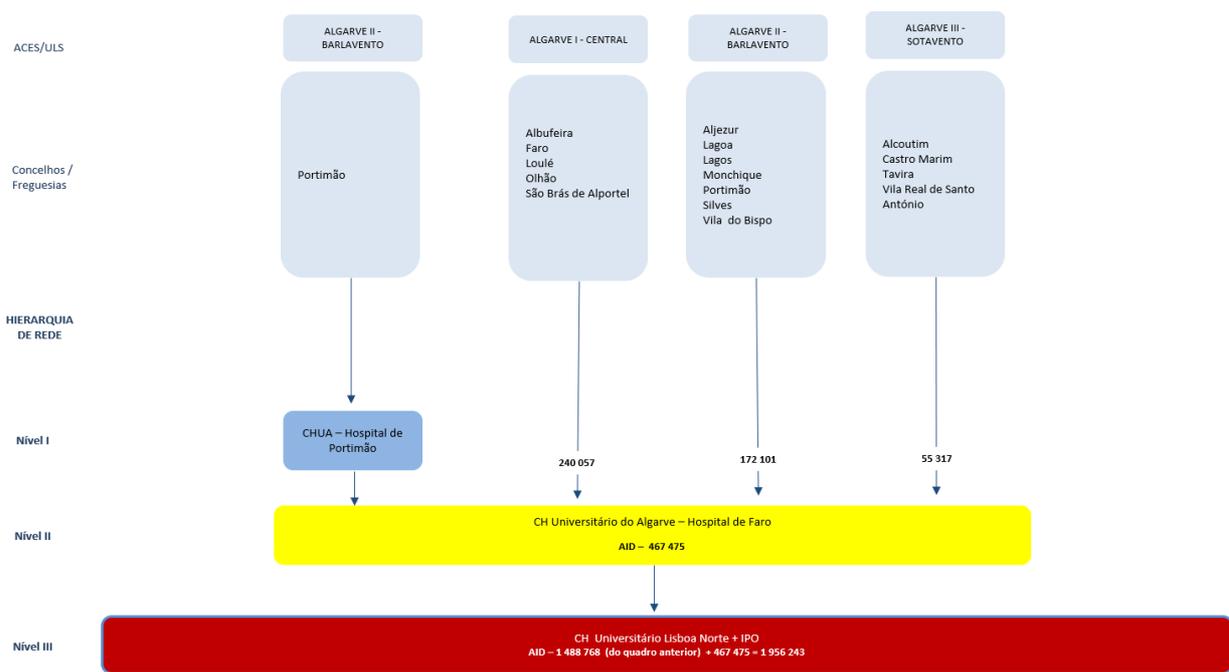
# Referenciação em ginecologia oncológica











Referenciação em ginecologia oncológica		Observações
<b>ARS Norte</b>		
Braga (HB) + Guimarães (HSOG)	Nível III	Vulva, colo, endométrio, ovário
Famalicão (CHMA)	Nível I	
Viana do Castelo (ULSAM)	Nível I	
Póvoa do. Varzim (CHPVVC)	Nível I	
São João (CHUSJ) + IPO Porto	Nível III	
Matosinhos (ULSM)	Nível I	
Penafiel (CHTS)	Nível I	
Vila Real (CHTMAD)	Nível I	
Bragança (ULSN)	Nível I	
Centro Hospitalar do Porto (CHP) + IPO Porto	Nível III	
Vila Nova de Gaia (CHVNG)	Nível II	
Vila da Feira (CHEDV)	Nível I	
<b>ARS Centro</b>		
Coimbra (CHUC) + IPO Coimbra	Nível III	
Leiria (CHL)	Nível I	
Viseu (CHTV)	Nível II	
Aveiro (CHBV)	Nível I	
Covilhã (CHCB)	Nível I	
Guarda (ULSG)	Nível I	
Castelo Branco (ULSCB)	Nível I	
<b>ARS Lisboa e Vale do Tejo</b>		
Santa Maria (CHULN) + IPO Lisboa	Nível III	
Loures (HBA)	Nível I	
Caldas da Rainha (CHO)	Nível I	
Santarém (HS)	Nível I	
Abrantes (CHMT)	Nível I	
Vila Franca de Xira (HVFX)	Nível I	
MAC (CHULC) + IPO Lisboa	Nível III	
São Francisco Xavier (CHLO)	Nível I	
Cascais (HC)	Nível II	
Amadora (HFF) + IPO Lisboa	Nível III	
Almada (HGO)	Nível II	
Setúbal (CHS)	Nível I	
Barreiro (CHBM)	Nível I	C
<b>ARS Alentejo</b>		
Évora (HESE)	Nível I	
Portalegre (ULSNA)	Nível I	
Beja (ULSBA)	Nível I	
<b>ARS Algarve</b>		
Faro CHUA	Nível II	
Portimão (CHUA)	Nível I	

## 7 – Metodologia de monitorização

O presente documento será revisto num prazo não superior a 5 anos e a sua aplicação deve ser avaliada a cada 6 meses pela “**Comissão Nacional da Saúde da Mulher**”, através das diversas comissões técnicas que detém em áreas específicas.

### 7.1. Indicadores de monitorização da RRH

Deverão ser monitorizados a cada 6 meses os indicadores de produção, qualidade e benchmarking listados nas tabelas abaixo, avaliados os recursos humanos existentes em cada unidade hospitalar e a distribuição etária dos mesmos. As dificuldades de implementação e as sugestões para correção do presente documento devem ser reportadas por escrito à suprarreferida comissão.

Os indicadores de produtividade, qualidade e benchmarking estão listados nos quadros abaixo:

Indicadores obstétricos
<b>Número anual de partos e de nascimentos</b>
<b>% de cesarianas</b> (em todos os partos)
% de cesarianas em gestações unifetais, apresentações cefálicas, de termo
% de primeiras cesarianas em gestações unifetais, apresentações cefálicas, de termo
% de cesarianas programadas (em todos os partos)
% de cesarianas urgentes (em todos os partos)
% de cesarianas emergentes (em todos os partos)
<b>% de partos vaginais após uma cesariana</b> (em todas as mulheres com uma cesariana anterior)
% de partos vaginais após cesariana em gestações unifetais, apresentações cefálicas, de termo
<b>% de partos instrumentados</b>
% de partos auxiliados por ventosa
% de partos auxiliados por fórceps
<b>% de episiotomias em partos vaginais</b>
% de episiotomias em partos eutócicos
% de episiotomias em partos vaginais instrumentados
<b>% de lacerações de 3º e 4º grau</b> (em todos os partos vaginais)
% de lacerações de 3º e 4º grau em partos vaginais instrumentados
% de lacerações de 3º e 4º grau em partos eutócicos
<b>% de induções do trabalho de parto</b>
<b>% de analgesias do parto em partos vaginais</b>
<b>% de recém-nascidos com acidose metabólica</b> no sangue da artéria umbilical (pH < 7.00 + DB > 12 mmol/l)
<b>% de recém-nascidos com acidemia grave</b> no sangue da artéria umbilical (pH < 7.10)
<b>% de recém-nascidos com índice de Apgar &lt;7 ao 5º minuto de vida</b>
<b>% de recém-nascidos internados em unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN)</b> nas primeiras 2h de vida
% de recém-nascidos de termo sem malformações internados em UCIN nas primeiras 2h de vida
<b>% de recém-nascidos com parto pré-termo</b> (ocorre <37 semanas)
% de recém-nascidos com parto pré-termo tardio (ocorre entre 34 <sup>+0</sup> e 36 <sup>+6</sup> semanas)
% de recém-nascidos com pré-termo precoce (parto ocorre entre 28 <sup>+0</sup> e 33 <sup>+6</sup> semanas)
% de recém-nascidos com pré-termo precoce que realizaram ciclo de corticoides
% de recém-nascidos com pré-termo muito precoce (parto ocorre entre 24 <sup>+0</sup> e 27 <sup>+6</sup> semanas)
% de recém-nascidos com pré-termo muito precoce que realizaram ciclo de corticoides
% de recém-nascidos com parto na periviabilidade (parto ocorre entre 22 <sup>+0</sup> e 23 <sup>+6</sup> semanas)
<b>% de recém-nascidos que amamentaram na 1h de vida</b>
<b>% de recém-nascidos que realizaram contacto pele a pele</b> na 1h de vida
<b>% de recém-nascidos que realizaram clampagem tardia do cordão</b> (> 1 minuto após nascimento)

## Indicadores gerais para atividade na urgência, consulta e internamento

Número médio de inscrições diárias na urgência de obstetrícia e ginecologia
% de inscrições na urgência de obstetrícia e ginecologia triadas com a cor branca
% de inscrições na urgência de obstetrícia e ginecologia triadas com a cor verde
% de inscrições na urgência de obstetrícia e ginecologia triadas com a cor azul
% de inscrições na urgência de obstetrícia e ginecologia que tiveram avaliação médica
% de doentes com avaliação médica na urgência de obstetrícia e ginecologia internadas no hospital
Número médio de primeiras consultas por médico
% de primeiras consultas realizadas em tempo adequado
Taxa anual de ocupação em internamento
Doentes padrão por enfermeiro
% internamentos com demora superior a 30 dias
Re-internamentos nos 30 dias seguintes à alta hospitalar
Custos operacionais por doente padrão
Custos com pessoal ajustados por doente padrão
Custos com pessoal por doente padrão
Custos com produtos farmacêuticos por doente padrão
Custos com medicamentos por doente padrão
Custos com material de consumo clínico por doente padrão
Custos com fornecimentos e serviços externos por doente padrão
% de custos com horas extra e suplementos no total de custos com pessoal
% de custos com prestação de serviços no total de custos com pessoal

## Indicadores de diagnóstico pré-natal

Número de ecografias do 1º trimestre realizados para os Centros de Saúde (protocolo 1)
Número de ecografias do 2º trimestre realizados para os Centros de Saúde (protocolo 2)
Número de anomalias congénitas diagnosticadas com registo no RENAC
Número de técnicas invasivas de diagnóstico realizadas
Número de técnicas invasivas de diagnóstico realizadas acima dos 35 anos
Taxa de complicações imediatas (nas primeiras 48 horas) associadas às técnicas invasivas
Número de interrupções médicas de gravidez realizadas por anomalia congénita

## Indicadores cirúrgicos

Demora média entre o estabelecimento de uma indicação cirúrgica e a cirurgia
% de procedimentos ambulatorizáveis realizados em cirurgia do ambulatório
% de infeções da ferida operatória
% de sépsis pós-operatória
% de doentes com embolia pulmonar ou trombose das veias profundas no pós-operatório

## Indicadores neonatais

Nº de recém-nascidos (RN) de baixo peso ao nascer (< 2500g)
Nº de RN de muito baixo peso ao nascer (<1500g)
Nº de RN de extremo baixo peso ao nascer (<1000g)
Nº de RN com cateter venoso central
Número anual de RN ventilados com ventilação invasiva
Nº de RN submetidos a ECMO
Nº de RN com necessidade de terapêutica com óxido nítrico
Número anual de RN ventilados com ventilação não invasiva
Nº de cirurgias neonatais / ano
Nº de RN submetidos a hipotermia terapêutica
Nº de RN submetidos a técnicas dialíticas
Nº de RN submetidos a monitorização cerebral

Nº de ecografias cerebrais realizadas
Nº de ecografias cardíacas realizadas
Nº de ecografias pulmonares realizadas
Nº de ecografias renais realizadas
Índice de case-mix
Taxa de mortalidade neonatal anual
Mortalidade neonatal por idade gestacional
Mortalidade neonatal por grupos de peso de nascimento
Taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde
% de reinternamentos após a alta hospitalar
Custos operacionais por doente padrão
Custos com medicamentos por doente padrão
Número médio de primeiras consultas
% de primeiras consultas realizadas

### Indicadores de medicina da reprodução

% de tratamentos de PMA realizados com tempo de espera <6 meses
% de ciclos de tratamento cancelados
% de síndrome de hiperestimulação ovárica moderado a grave
% de complicações da punção ovárica com necessidade de intervenção médica ou internamento hospitalar
taxa de gravidez clínica / taxa de gravidez clínica por grupo etário
taxa de gravidez múltipla
taxa de aborto / taxa de aborto por grupo etário

## 8 – Abreviaturas

DGS - Direção Geral de Saúde

TAC - Tomografia computadorizada

RMN - Ressonância magnética nuclear

DPN - Diagnóstico pré-natal

PMA - Procriação medicamente assistida

UOG - Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

ARS - Administração Regional de Saúde

## 9 – Implementação

Durante o período de consulta pública deste documento, o grupo de trabalho sugere a solicitação de pareceres das comissões técnicas da Direção Geral de Saúde nesta área, bem como das Ordens profissionais.