

M I N I S T É R I O D A S A Ú D E

REDE DE REFERENCIAÇÃO
materno-infantil

D I R E C Ç Ã O - G E R A L D A S A Ú D E
Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes
Saúde Materno-Infantil: Rede de Referenciação Materno-Infantil. – Lisboa: Direcção Geral da
Saúde, 2001. – 72 p.

ISBN 972 – 9425 – 90 – 6

Saúde Materno-Infantil/Perinatalogia/Diagnóstico pré-natal/Centros de Saúde/Hospitais/
Referência e consulta – organização e administração/Acesso aos cuidados de saúde/Garantia
da qualidade dos cuidados de saúde/Legislação.

Editor

Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Capa e arranjo gráfico

Vitor Alves

Impressão

Gráfica Monumental, Lda.

Tiragem

1 250 exemplares

Dep. Legal

164 184/01

índice

Introdução às Redes de Referência Hospitalar	5
Definição	5
Características	5
Metodologia usada na definição da Rede de Referência Materno-Infantil	6
Rede de Referência Materno-Infantil	7
Introdução	7
Estrutura da rede	10
Hospitais de Apoio Perinatal com Diferenciado	10
Hospitais de Apoio Perinatal	11
Competências de cada nível de cuidados	13
Centros de Saúde	13
Hospital de Apoio Perinatal 13	
Hospital de Apoio Diferenciado14	
Unidades Coordenadoras Funcionais	15
Instalações e Equipamento	15
Recursos Humanos	15
Programa Nacional de Diagnóstico Pré-Natal	17
Perspectivas para o Futuro	21
Anexo 1: Despachos nºs. 8/89, de 12 de Março e 20/91, de 13 de Setembro	25
Anexo 2: Despachos nºs. 6/91, de 20 de Junho e 12 917/98, de 27 de Julho	29
Anexo 3: Despacho nº 1/91, de 2 de Janeiro	33
Anexo 4: Despachos nºs. 5411/97, de 6 de Agosto e 10325/99, de 20 de Maio	37
Anexo 5: Arquitectura da rede	43
Anexo 6: Recursos necessários para a prestação de cuidados no âmbito da rede	55

introdução às redes de referenciação hospitalar

DEFINIÇÃO

As Redes de Referenciação Hospitalar (RRH) são sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares e entre estas e os centros de saúde, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional.

CARACTERÍSTICAS

Uma RRH traduz-se por um conjunto de especialidades médicas e de tecnologias que suportam vários sistemas locais de saúde, permitindo:

- a articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e do tipo de especialidade em questão;
- a exploração de complementaridades, de modo a aproveitar sinergias e concentrar experiências, possibilitando o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos, com a consequente melhoria dos cuidados;
- a concentração de recursos, contribuindo para a maximização da sua rentabilidade.

Como princípio orientador, as redes devem ser constituídas numa lógica CENTRADA NA POPULAÇÃO e com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos.

METODOLOGIA USADA NA DEFINIÇÃO DA REDE DE REFERENCIAÇÃO MATERNO-INFANTIL

O documento em questão foi preparado a partir da documentação e legislação publicada nos últimos 10 anos, referente à área materno-infantil, parte da qual é apresentada em anexo.

A categorização em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado corresponde à realidade implantada e é resultante do desenvolvimento do Programa de Saúde Materno-Infantil, desde 1990, assim como da relação daqueles com os Centros de Saúde, através das Unidades Coordenadoras Funcionais.

A situação de cada uma dessas entidades e as relações de referência, estabelecidas entre si, na actualidade, foram revistas com representantes das Regiões que normalmente colaboram com a Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

O documento inicial com as propostas de RRH Materno-Infantil foi enviado às Administrações Regionais de Saúde para análise.

Em reunião conjunta com as 5 ARS, realizada em 15 de Setembro de 2000, foram introduzidas as correcções propostas, sendo a versão final homologada pelos Presidentes dos Conselhos de Administração das Regiões de Saúde.

A Rede de Referenciação Materno-Infantil foi aprovada por Despacho Ministerial, de 26 de Abril de 2001.

rede de referenciação materno-infantil

INTRODUÇÃO

A prioridade atribuída pelos Governos à Saúde Materna e Infantil (SMI) determinou, nos últimos anos, o desenvolvimento de um programa específico dirigido a esta área da saúde (PSMI), constituindo o seu objectivo essencial a melhoria dos cuidados e das condições assistenciais pré-concepcional, pré e perinatal e infantil, tendo em vista a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil.

Os cuidados de saúde materno-infantis implicam áreas de saber multidisciplinares e envolvem uma estrutura muito vasta e complexa de profissionais e serviços de nível primário e hospitalar. E se é indesmentível que a interligação entre ambos os níveis de prestação de cuidados é importante em todas as áreas da saúde, ela assume particular relevância no caso da SMI, constituindo, mesmo, um factor determinante para o progresso dos indicadores neste domínio.

Este conceito tem presidido ao desenvolvimento do PSMI, daí decorrendo a necessidade de uma constante e rigorosa articulação e integração funcional das actividades prosseguidas nos diferentes níveis de cuidados, bem como o estabelecimento de uma rede nacional de referenciação interinstitucional.

Entre 1989 e 1994, foi incrementado um vultuoso programa de investimentos, incidindo particularmente na melhoria das instalações e dos recursos técnicos e humanos dos serviços de obstetrícia e neonatologia, assim como do equipamento dos centros de saúde referente às acções de vigilância da gravidez e do puerpério, planeamento familiar e saúde infantil.

Este programa, coordenado por uma comissão nacional, constituída por representantes das DGCSP, DGH, DRH, DEPS, DGIES e INEM, foi implementado de modo progressivo até 1994 (**Despachos 8/89, de 17 de Março, e 20/91, de 13 de Setembro - anexo 1**). Através desta acção, foi

possível melhorar, substancialmente, as instalações e os equipamentos e rentabilizar os recursos humanos das áreas de obstetria e neonatologia dos Hospitais, assim como adequar o equipamento e material dos Centros de Saúde.

Paralelamente, definiu-se a *caracterização dos Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) e foram protocoladas as áreas geográficas de influência e o modo de articulação com os Centros de Saúde*. Para facilitar a articulação funcional entre os dois níveis de cuidados, foram instituídas, em todo o território do continente, as *Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF)*, que se têm mostrado, na sua generalidade, instrumentos positivos no estabelecimento de uma metodologia dialogante entre instituições que devem actuar em complementaridade, quer na identificação de carências e constrangimentos locais, quer como garante da continuidade dos cuidados **(Despachos 6/91, de 20 de Junho, e 12 917/98, de 27 de Julho - anexo 2)**.

Através de protocolo com o INEM, foi possível criar um sistema de transporte, dentro da rede, dos recém-nascidos de alto risco – *INEM recém-nascidos* - que mantém um funcionamento exemplar.

Dentro do PSMI, foi desenvolvido, em alguns Centros de Saúde de Lisboa e do Porto, um Projecto de Intervenção Especial em bolsas de pobreza, com o apoio de Unidades Móveis. Este Projecto de Intervenção na comunidade recebeu, em 1998, o prémio de Excelência da OMS e, em 2000, o prémio Europeu.

A essas medidas somam-se outras de carácter técnico-normativo, como a normalização das actividades de planeamento familiar (Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar - Orientações técnicas (OT) nº 9, DGS), da vigilância pré-concepcional (Prestação de Cuidados Pré-concepcionais - Circular Normativa nº 2/98 DSMIA - DGS), pré-natal (Vigilância Pré-Natal e Revisão do Puerpério - OT nº 2, DGS; Diabetes e Gravidez - Circular Normativa 8/98 DGCG - DGS) e de saúde infantil e juvenil (Programa Tipo de Saúde Infantil e Juvenil – DGS e Programa Nacional de Vacinação – OT nº10, DGS). Foram, ainda, institucionalizados, como suporte e garantia da circulação eficaz

da informação clínica entre o clínico geral e o especialista hospitalar, o Boletim de Saúde da Grávida e o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (**Despacho 1/91, de 1 de Fevereiro - anexo 3**).

Em complemento, foi desenvolvido um extenso programa de formação em serviço, dirigido aos profissionais de saúde dos dois níveis de cuidados.

Através dos estudos de "**Avaliação das Necessidades não Satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar**" - DGCSP (85/87, 87/89, 90/91), DGS (98/99) - tem-se observado uma evolução muito positiva dos parâmetros avaliados, a par da patente melhoria dos indicadores de saúde.

	1988	1999
Mortalidade perinatal	15,1‰	6,3‰ N V
Mortalidade infantil	13,0‰	5,5‰ N V
Mortalidade materna	10,1‰	5,2‰ N V
Partos hospitalares		99,1%

Fonte: DGS

% DE GRÁVIDAS SEM VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL

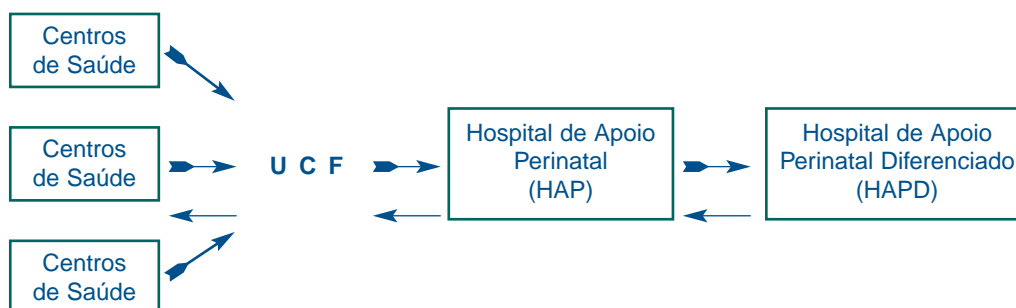
DISTRITO EM ESTUDO	1989/91	1998/99
Bragança	6,9	1,6
Porto	3,3	0,7
Viana do Castelo	3,7	1,3

Fonte: DGS

Apesar de alguns recuos sofridos entre 1994 e 1997, este programa manteve a sua dinâmica própria, tendo sido publicado, em 1997, o *Programa de Diagnóstico Pré-Natal, cujos Centros assentam sobre a rede materno-infantil já existente, potenciando-a* (**Despacho 5411/97 e Despacho 10325/99 – anexo 4**). Em 1998, as UCF foram reactivadas e viram o seu âmbito alargado para a saúde da criança e do adolescente (**Despacho 12 917/98 - anexo 2**).

ESTRUTURA DA REDE

De acordo com o PSMI, a rede de referência materno-infantil, definida a nível nacional, tem a seguinte estrutura:



O **HAP** constitui a primeira referência para um grupo de Centros de Saúde de uma determinada área geográfica, com os quais se articula através da UCF respectiva.

O **HAPD** constitui, por sua vez, a referência para um determinado número de HAP ou, ainda, para determinada patologia materna ou infantil. Dispõe de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Funciona, simultaneamente, como HAP para os Centros de Saúde da sua área geográfica.

HOSPITAIS DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO

ZONA NORTE

Maternidade de Júlio Dinis

Hospital de São João

Hospital Geral de Santo António

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Hospital Pedro Hispano (Matosinhos)

Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães)

ZONA CENTRO

Centro Hospitalar de Coimbra – Maternidade Bissaya Barreto
Hospitais da Universidade de Coimbra – Maternidade Daniel de Matos
Hospital de São Sebastião (Sta. Maria da Feira)

ZONA DE LISBOA E VALE DO TEJO

Hospital de Dona Estefânia
Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Hospital de Santa Maria
Hospital São Francisco Xavier
Hospital Garcia de Orta (Almada)
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Amadora/Sintra)

ZONA DO ALENTEJO

Hospital do Espírito Santo (Évora)

ZONA DO ALGARVE

Hospital de Faro

HOSPITAIS DE APOIO PERINATAL

ZONA NORTE

Centro Hospitalar de Vale do Sousa (Penafiel)
Hospital de São Gonçalo (Amarante)
Centro Hospitalar Póvoa/Vila do Conde (Póvoa do Varzim)
Hospital Conde de S. Bento (Santo Tirso)
Hospital de São Marcos (Braga)
Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)
Hospital São João de Deus (Vila Nova de Famalicão)
Hospital de Bragança
Hospital de Mirandela
Hospital de Chaves

Hospital de São Pedro (Vila Real)
Hospital de Santa Luzia (Viana do Castelo)

ZONA CENTRO

Hospital do Infante D. Pedro (Aveiro)
Hospital Amato Lusitano (Castelo Branco)
Centro Hospitalar da Cova da Beira (Covilhã)
Hospital Sousa Martins (Guarda)
Hospital da Figueira da Foz
Hospital de Santo André (Leiria)
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha
Hospital de São Teotónio (Viseu)
Hospital de Lamego

ZONA DE LISBOA E VALE DO TEJO

Hospital Condes de Castro Guimarães (Cascais)
Hospital Rainha Santa Isabel (Torres Vedras)
Hospital Reynaldo dos Santos (Vila Franca de Xira)
Hospital Dr. Manoel Constâncio (Abrantes)
Hospital de Santarém
Hospital Nossa Senhora do Rosário (Barreiro)
Hospital de São Bernardo (Setúbal)

ZONA DO ALENTEJO

Hospital Dr. José Joaquim Fernandes (Beja)
Hospital Dr. José Maria Grande (Portalegre)

ZONA DO ALGARVE

Hospital do Barlavento Algarvio (Portimão)

Devem, também, ser considerados como integrantes da rede materno infantil as instituições ou serviços pediátricos especializados que, pelas suas características de diferenciação, constituem a instituição de referência para determinada forma de prestação de cuidados. É, por

exemplo, o caso do Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra, cuja forma de articulação com os HAP e HAPD da zona Centro está já perfeitamente estabelecida.

Deve ser salientado, ainda, que a rede acima referida não constitui uma estrutura rígida. Pelo contrário, é suficientemente flexível para permitir os ajustes que, no futuro, se mostrem necessários para adequar as instituições às necessidades da população alvo e aos recursos existentes.

O mapa descritivo das Instituições que constituem "a estrutura" da rede encontra-se em anexo (anexo 5).

COMPETÊNCIAS DE CADA NÍVEL DE CUIDADOS

CENTROS DE SAÚDE

- Assegurar a primeira linha da assistência pré-concepcional pré e pós-natal, assim como os cuidados em planeamento familiar e saúde infantil
- Localizar e identificar as mulheres de risco, em idade fértil
- Localizar e identificar os nados-vivos de risco que necessitam de apoio especial
- Estabelecer com os HAP, através das UCF, protocolos de referência para as situações de risco em saúde reprodutiva
- Efectuar acções de informação/educação para a saúde, para as populações da sua área geográfica

HOSPITAL DE APOIO PERINATAL

- Garantir serviço de urgência com presença física, 24/24 horas, de um obstetra, um pediatra e um anestesista e dispor de um

corpo de enfermeiros especialistas em número adequado às necessidades do serviço

- Dispor de laboratório de análises, imagiologia e serviço de sangue 24/24 horas
- Garantir a consulta de referência com apoio ecográfico e monitorização fetal
- Ter capacidade para reanimar, prontamente e com qualidade, todos os RN (recém-nascido)
- Assistir os RN normais e dar continuidade de cuidados até à alta
- Garantir a estabilidade das funções vitais do RN até ao transporte (< 4h)
- Possuir uma Unidade de Cuidados Intermédios
- Tratar os RN em fase de convalescença (ex: prematuros), após estadia no HAPD
- Contribuir para a formação dos Clínicos Gerais da sua área
- Elaborar, através da participação na UCF, e cumprir os protocolos das actividades principais e os protocolos de articulação com os CS e os HAPD.

Considerando a amplitude, bem como os recursos humanos e materiais necessários, os HAP devem ter um movimento mínimo de 1 500 partos por ano, ressalvadas as situações especiais resultantes de determinantes geodemográficas.

HOSPITAL DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO

- Tem todas as funções dos HAP, com tendência acrescida para autonomia assistencial a todos os RN de risco, exceptuando: Cirurgia Neonatal e Subespecialidades que envolvam alta tecnologia
- Actua como HAP para os CS da sua área geográfica
- Tem capacidade de assistência multidisciplinar a todas as situações com patologia associada ou coexistente com a gravidez,

- que lhe sejam referidas pelos HAP
- Responde às solicitações dos HAP para o Diagnóstico Pré-natal não possível localmente
 - Centraliza o transporte *in utero* de áreas bem definidas
 - Colabora com as UCF
 - Dispõe de Unidade de Cuidados Intensivos para os RN de alto risco

A grande diferença dos HAPD em relação aos HAP será, no entanto, a sua responsabilidade nas áreas da Avaliação e Formação dos profissionais da Instituição e da zona que abrangem. Deve associar-se aos demais HAPD da Rede e concretizar em comum este objectivo.

UNIDADES COORDENADORAS FUNCIONAIS

A constituição e as competências das UCF são as contidas no **Despacho 12917/98, de 27 de Julho (anexo 2)**.

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTO

Para cada um dos níveis de prestação de cuidados, o equipamento *mínimo* é o considerado no documento do PSMI, cuja descrição pormenorizada é apresentada em anexo (anexo 6).

RECURSOS HUMANOS

Os HAP e os HAPD dispõem dos recursos humanos necessários para o cumprimento cabal das funções inerentes às suas competências, acima descritas. O dimensionamento dos quadros obedece ao Despacho Ministerial 23/86, de 16 de Julho, e às recomendações constantes do documento do PSMI em anexo (**anexo 6**).

programa nacional de diagnóstico pré-natal

Estando já estabelecida a rede de prestação dos cuidados essenciais à grávida e ao recém-nascido, anteriormente descrita, tornava-se necessário organizar e desenvolver de forma coerente as actividades, então incipientes, de Diagnóstico Pré-Natal (DPN), entendidas como um conjunto de procedimentos *cujo objectivo é o de avaliar se um embrião, ou feto, é portador de uma determinada anomalia congénita.*

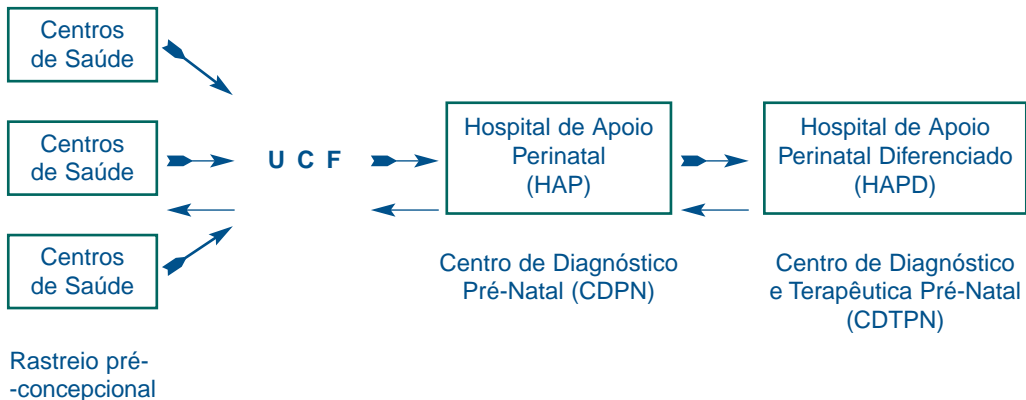
Esta opção impunha-se, tendo em conta:

- o facto de as malformações congénitas constituírem a 2ª causa de morte perinatal e infantil e um importante factor de morbilidade
- a redução constatada do número de filhos por mulher (média=1,4), com o conseqüente aumento das expectativas face ao "filho saudável"
- o aumento das gravidezes em idades mais tardias (idade média do 1º filho=27 anos), com maior risco de anomalias congénitas
- a despenalização da interrupção voluntária da gravidez nos casos de o feto ser portador de malformações graves.

Os objectivos, os princípios e o modelo de organização das actividades de DPN foram estabelecidos no *Despacho 5411/97 (2ª série)*, tendo o *Despacho 10 325/99 (2ª série)* estabelecido a respectiva estrutura, os requisitos necessários e as orientações para a sua concretização no terreno (anexo 4).

De acordo com esses documentos, **a rede de referenciação do DPN assenta sobre a rede materno-perinatal** já existente, reforça e potencia, em qualidade, os cuidados prestados, tendo em vista uma gravidez mais segura e recém-nascidos mais saudáveis.

Com o desenvolvimento do Programa de DPN, a rede materno-infantil terá a seguinte estrutura:



Os **CDPN** funcionarão como sectores individualizados, mas integrados nos serviços de obstetrícia dos HAP. A equipa multidisciplinar do CDPN compreende profissionais das seguintes áreas funcionais: consulta de obstetrícia ou de DPN, ecografia diferenciada, genética médica, pediatria/neonatologia, fetopatologia, psicologia e serviço social. O núcleo do CDPN é constituído pelos quatro primeiros sectores; as outras áreas agregam-se de acordo com os recursos e os problemas concretos que surgirem. Caso a Instituição não disponha de geneticista, o apoio nesta área deverá ser assegurado por protocolo com o Serviço de Genética, com que o CDPN se articula, de acordo com o plano de saúde regional. Os **CDTPN** funcionarão como sectores individualizados em departamentos ou serviços de obstetrícia dos HAPD. Os Centros são compreendidos como agregação de módulos ou sectores que, dada a sua grande complexidade, nem sempre coexistem na mesma instituição. Deste modo, o Centro federa interesses, através de protocolos, com serviços da mesma instituição, ou não, com o objectivo de assegurar os recursos e as competências técnicas necessárias à prestação de cuidados de elevada qualidade. A equipa multidisciplinar do CDTPN com-

preende profissionais dos seguintes sectores: medicina materno-fetal, ecografia diferenciada, genética médica, neonatologia, patologia clínica (incluindo o "laboratório do feto"), fetopatologia, cardiologia pediátrica, cirurgia pediátrica e diferenciada pós-natal, psicologia, epidemiologia e serviço social. O núcleo do CDTPN é constituído pelos cinco primeiros sectores; as outras áreas agregam-se de acordo com os problemas concretos que surgirem.

Dada a grande complexidade dos recursos necessários à criação de centros altamente diferenciados, que incluam intervenções de terapêutica fetal e assistência perinatal adequada aos recém-nascidos com necessidades especiais, *o total de CDTPN a criar, a nível nacional, deverá ser reduzido.*

Considerando o relevo atribuído às valências de genética médica e fetopatologia na constituição dos CDPN, estas especialidades (Laboratórios, Serviços/Instituições da rede pública) devem ser consideradas como integrantes da rede materno-infantil, desde que demonstrem desenvolver actividades nestas áreas. Dada a escassez extrema de recursos humanos e técnicos, as áreas de influência destes serviços ultrapassam, na generalidade, as áreas de influência das Instituições a que pertencem e deverão ser definidas, numa perspectiva de rentabilização de recursos, a nível regional.

Na coordenação e execução progressiva do Programa de DPN, e de acordo com o Despacho 5411/97, a Direcção-Geral da Saúde é coadjuvada pela **Comissão Nacional de Diagnóstico Pré-Natal**, constituída por técnicos de reconhecido mérito nacional que, por sua vez, se articula com as cinco **Comissões Regionais de DPN**, que funcionam junto das ARS.

Sendo a ecografia obstétrica um sector fundamental do DPN e cuja estruturação e requalificação é premente, foi nomeada uma **Comissão Técnica de Ecografia Obstétrica**, onde estão representados, entre outros, os Colégios das Especialidades de Obstetrícia e Radiologia da Ordem dos Médicos, que funciona junto da Direcção-Geral da Saúde.

perspectivas para o futuro

Quando da elaboração da **Estratégia da Saúde para o virar do século – 1998-2002**, e tendo por base "o estado actual" da prestação de cuidados em saúde reprodutiva e os indicadores materno-infantis, foram definidas as seguintes metas, entre outras, para esta área da saúde:

"A percentagem de gravidez não vigiada será inferior a 1%

Reduzir em 50% o número de RN com peso ≤ 1500 gr nascidos fora dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado

Pelo menos 60% das mulheres com indicação terão realizado Diagnóstico Pré-Natal e ecocardiografia fetal, tendo 20% das cardiopatias congénitas diagnóstico pré-natal

Reduzir em 20% a mortalidade por anoxia e hipoxia perinatais e em 10% os óbitos perinatais ocorridos antes do trabalho de parto

Naquele documento, recomenda-se, entre outras, as seguintes estratégias:

Melhorar o acesso à consulta pré-concepcional

Operacionalizar a rede de Centros de Diagnóstico Pré-Natal

Reduzir as malformações congénitas evitáveis

Reforçar a actuação das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), no âmbito dos SLS

Garantir, em todos os Hospitais de Apoio Perinatal, a presença 24/24 horas de uma equipa constituída por: médico e enfermeiro especializado em obstetrícia, pediatra/neonatólogo e anestesista, com os apoios especializados adequados."

Pretendeu-se, assim, desenvolver esforços no sentido de promover a gravidez planeada, reduzir ou eliminar os riscos de malformações con-

génitas e melhorar a qualidade da assistência no parto e ao recém-nascido de risco.

Nesse âmbito, foram já tomadas, ou estão em curso, as seguintes medidas:

- Orientações técnico-normativas sobre a prestação de cuidados pré-concepcionais e publicação de material informativo/educativo sobre o tema, destinado às populações
- Criação do Sistema de Informação sobre Medicamentos e Gravidez, linha verde, destinado ao apoio dos profissionais que prestam cuidados às grávidas
- Criação da especialidade de genética médica
- Acções de formação sobre genética e DPN, destinadas aos profissionais dos Centros de Saúde
- Acções de formação em medicina-fetal, destinadas aos obstetras
- Nomeação da Comissão Nacional de DPN e da Comissão Técnica de Ecografia Obstétrica
- Avaliação das necessidades dos serviços (recursos humanos e equipamento), para darem cumprimento ao programa estabelecido
- Avaliação das actividades de DPN 1998/99, a nível nacional
- Despacho que estabelece o equipamento inerente às unidades de ecografia dos CDPN e CDTPN, ao abrigo do disposto no nº1.4.2 do Despacho nº 10 325/99
- Circular normativa que estabelece os modelos de relatório mínimo para as ecografias obstétricas.

Estando já estabelecidas as normas segundo as quais os serviços devem prestar cuidados na área materno/DPN/perinatal, assim como o modo de articulação entre as diferentes Instituições que prestam estes cuidados, torna-se necessário, neste momento, dar continuidade e reforçar medidas que sedimentem a política de saúde nesta matéria, nomeadamente:

- Reforço do papel coordenador das UCF
- Revisão e actualização dos equipamentos dos HAP e HAPD, tendo em conta as recomendações contidas no documento do PSMI, que se mantêm adequadas
- Consolidação das medidas preconizadas nos Despachos Ministeriais 5411/97 e 10325/99 com a formalização e certificação progressiva dos CDPN e CDTPN, o que envolve:
 - Actualização do equipamento das unidades de ecografia de acordo com o Despacho normativo desta área (Despacho 18335/2000 (2ªsérie) de 9 de Setembro)
 - Criação ou adequação do quadro de pessoal dos serviços de genética médica
 - Desenvolvimento da fetopatologia
- Reforço dos mecanismos de articulação entre a Comissão Nacional de DPN e as Comissões Regionais na definição das prioridades de investimento
- Incremento da formação dos profissionais de saúde, nomeadamente nas áreas da medicina materno-fetal e ecografia obstétrica
- Incremento de um sistema de controlo de qualidade para os Centros de DPN
- Ampliação do Serviço de Informação sobre Medicamentos e Gravidez, com a inclusão das questões relativas às doenças infecciosas e gravidez
- Utilização coordenada dos recursos do III Quadro Comunitário de Apoio, no sentido de concretizar, adequadamente, as medidas atrás referidas, dar resposta às necessidades assinaladas pelas Instituições que constituem a rede de referenciação materno/DPN/perinatal e reduzir as desigualdades, que ainda persistem, na qualidade dos cuidados prestados nas diferentes zonas do País.

anexo 1

DESPACHO 8/89, DE 12 DE MARÇO
DESPACHO 20/91, DE 13 DE SETEMBRO

Despacho 8/89. — Em cumprimento do Programa do Governo, a melhoria dos cuidados de saúde materna e infantil constitui um dos objectivos prioritários da política de saúde, tendo vindo a ser desenvolvido um conjunto de acções conducentes ao aperfeiçoamento das condições assistenciais à grávida e ao recém-nascido, com o objectivo último de diminuir os indicadores de mortalidade e os factores de morbilidade materna, fetal e neonatal.

Assim, tem vindo desde 1987 a ser incrementado um vultoso programa de investimentos, a seis anos, específico para a área da saúde materna e infantil, incidindo particularmente na melhoria das instalações e dos equipamentos, tanto nos estabelecimentos existentes como na construção de novos, através de dotações próprias inscritas no PIDDAC. Tem-se também procedido à redistribuição racional dos equipamentos existentes no País, de modo que deles se obtenha a máxima rendibilidade.

Foi ainda criado e desenvolvido, a partir de Janeiro de 1987, pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, o subsistema de transporte especializado de recém-nascidos de alto risco. Já implantado nas zonas da grande Lisboa e do grande Porto e a muito curto prazo a criar em Coimbra, o subsistema assegura, desde já e para este tipo de cuidados, a cobertura de cerca de 60% de todos os partos. Com o início de funcionamento do subsistema em Coimbra, mais 10% dos partos serão abrangidas, estando, entretanto, já a proceder-se ao estudo da utilização de meios aéreos para a cobertura integral do território continental.

Também na área do planeamento familiar e nas acções de vigilância pré-natal e revisão do puerpério nos centros de saúde tem vindo a ser prosseguida uma política tendente a adequar todas as actividades ao objectivo de uma melhor saúde materna e infantil, entre as quais se salienta a normalização da consulta pré-natal, o boletim de saúde da grávida e o boletim de saúde infantil, bem como numerosas acções de formação em serviço.

Não obstante os esforços despendidos e a tendência significativamente favorável que na última década se verificou entre nós na variação dos indicadores mais expressivos da saúde materna e infantil, traduzindo inequívoca melhoria das condições de saúde e sócio-económicas da população portuguesa, o Governo reconhece o distanciamento que ainda nos separa de alguns índices existentes noutros países europeus. Refira-se ainda a dificuldade acrescida em fazer baixar alguns indicadores que hoje em Portugal se situam já relativamente próximos dos padrões europeus.

Nos últimos anos tem vindo a verificar-se no nosso país uma apreciável diminuição da mortalidade pós-neonatal. Contudo, tal não tem sido acompanhado por decréscimo suficiente nas taxas de mortalidade fetal tardia e neonatal precoce, circunstância preocupante quando é conhecido que estas taxas encobrem uma alta morbilidade decorrente de situações evitáveis. É hoje incontroverso que o progresso dos cuidados de saúde materna e perinatal obvia em larga medida a estas consequências nefastas, dele resultando uma importante diminuição da incidência de alguns graves problemas que afectam definitiva e irreversivelmente o desenvolvimento da criança nos seus aspectos motores, sensoriais, cognitivos e afectivos.

Os cuidados de saúde prestados durante a gravidez e ao recém-nascido implicam, por definição, áreas multidisciplinares e multissetoriais, envolvendo uma estrutura muito vasta e complexa de profissionais e serviços de nível primário, hospitalar e pré-hospitalar de emergência. Daqui decorre a necessidade premente de uma rigorosa articulação e integração funcional das actividades prosseguidas nos diferentes níveis de cuidados e seus diversos componentes. É convicção do Ministério da Saúde que só uma adequada conjugação de esforços, concertação de procedimentos e intervenção específica permitirá fazer face ao grande desafio que se nos coloca de, a médio prazo — quatro a seis anos —, transpor qualitativamente a actual situação. Por estas razões o Ministério da Saúde elaborou um documento programático específico da saúde materna e infantil dirigido à assistência à grávida e ao recém-nascido.

Pelos factos apontados e pelo estado de desenvolvimento do programa, julga-se neste momento necessário assegurar os mecanismos indispensáveis de integração, coordenação funcional e monitorização das actividades e acções dele resultantes com vista à concretização temporalmente faseada das suas propostas e metas.

Nestes termos, determino:

1 — É criada, na minha directa dependência, a Comissão Nacio-

nal de Saúde Materna e Infantil, adiante abreviadamente designada por Comissão, cuja constituição é a seguinte:

Dr. António Luís Mendes Baptista Pereira, que preside.

Prof. Doutor António Torrado da Silva.

Dr. João Manuel Martins Dória Nóbrega.

Dr. José Manuel Martins Palminha.

Prof. Doutor Luís António da Mota Prego C. S. de Moura Pereira Leite.

Dr.^a Maria da Purificação da Costa Araújo.

Prof. Doutor Octávio Luís Pais Ribeiro da Cunha.

Dr. Vicente Manuel Nogueira Souto.

2 — Compete à Comissão assessorar-me nas matérias relacionadas com a saúde materna e infantil e em especial:

2.1 — Com base no relatório «Saúde Materna e Infantil. Assistência ao Parto e ao Recém-Nascido. Levantamento, Análise e Propostas de Planeamento», de Maio de 1987, definir e propor os programas operacionais das diferentes áreas que o integram;

2.2 — Promover a coordenação funcional das actividades dos serviços do Ministério da Saúde intervenientes e ou responsáveis na execução dos referidos programas, sem prejuízo das respectivas competências e dependências hierárquicas;

2.3 — Acompanhar o desenvolvimento dos diferentes programas e proceder às respectivas avaliações através da elaboração periódica de relatórios de progresso.

3 — Os estabelecimentos e serviços do Ministério da Saúde deverão prestar, no âmbito das suas atribuições e competências, todo o apoio que lhes for solicitado pela Comissão para o cabal desempenho da sua missão.

4 — A Comissão pode agregar, a título permanente ou temporário, outros elementos pertencentes a serviços dependentes do Ministério da Saúde que venham, no decurso dos trabalhos, a mostrar-se necessários, bem como, por idêntico motivo, pode, com o meu acordo, solicitar a colaboração e apoio técnico de outras pessoas, entidades ou organizações, nacionais ou internacionais.

5 — Os membros da Comissão ou outros elementos pertencentes a serviços dependentes do Ministério da Saúde e que com ela estejam ou sejam solicitados a cooperar serão automaticamente dispensados dos seus serviços para participar nas reuniões e outras actividades da mesma.

6 — A Comissão funcionará nas instalações do Instituto Nacional de Emergência Médica, que também lhe assegurará todo o necessário apoio administrativo e financeiro.

7 — As despesas de transporte, alimentação e alojamento dos membros da Comissão ou de outros elementos que com ela cooperem, decorrentes das suas reuniões ou actividades, serão igualmente suportadas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, em termos a definir por despacho que oportunamente emitirei.

26-2-89. — A Ministra da Saúde, *Maria Leonor Beleza*.

Gabinete do Ministro

Desp. 20/91. — A prioridade atribuída pelo Governo à saúde materna e infantil determinou a necessidade de se proceder à elaboração e execução de um programa específico dirigido àquela área de saúde.

O Programa de Saúde Materna e Infantil, adiante designado abreviadamente por PSMI, resultou de uma estratégia que vinha sendo prosseguida desde 1987 com base no relatório de Maio desse ano, «Saúde materna e infantil: assistência ao parto e ao recém-nascido. Levantamento, análise e proposta de planeamento», tendo como objectivo essenciais:

O aperfeiçoamento das condições assistenciais à grávida e ao recém-nascido;

A melhoria dos indicadores de mortalidade;

A diminuição dos factores de morbilidade materna, fetal e neonatal.

Para o efeito, pelo Desp. min. 8/89, de 26-2, foi criada a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, adiante designada abre-

viadamente por CNSMI, à qual competiu executar a fase de arranque do Programa, através de:

- Elaboração de programa específico para a saúde materna e neonatal;
- Definição e proposta de programas operacionais e projectos das diferentes áreas que o integrariam, incluindo investimentos e financiamento;
- Incremento dos projectos e coordenação funcional dos diferentes serviços do Ministério envolvidos ou responsáveis na sua execução;
- Acompanhamento, avaliação e reajustamento do seu desenvolvimento.

A CNSMI apresentou o Programa em Junho de 1989, ao qual, após aprovação, foi dado início imediato.

O PSMI, inicialmente previsto para se desenvolver em três triénios, até 1997, viu em 1990 o seu horizonte temporal encurtado para 1994, tendo em conta a prioridade política atribuída à saúde materna e infantil e a necessidade de atingir mais cedo os objectivos pretendidos, ou seja, situar os indicadores de saúde materna e infantil nos valores europeus.

O PSMI passou deste modo a desenvolver-se em duas fases ao longo de dois triénios: 1989-1991 e 1992-1994.

Cumprida com assinalável sucesso a sua 1.^a fase, tarefa que foi cometida à responsabilidade da CNSMI, há agora que assegurar sem qualquer descontinuidade a plena realização da 2.^a fase, consolidar os progressos obtidos, prosseguir e aprofundar o desenvolvimento dos cinco grandes projectos que o integram: coordenação funcional, recursos humanos, formação, transporte de recém-nascidos de alto risco e investimentos.

Tratando-se de um Programa que, pelos seus objectivos e valores em causa, implica a intervenção da grande parte das estruturas do Ministério da Saúde, entende-se, como aliás a CNSMI vem propondo desde o início da sua nomeação, que nesta nova fase a responsabilidade da gestão do PSMI deve caber às direcções-gerais, nomeadamente às que mais directamente se encontram ligadas à prestação de cuidados de saúde materna e infantil e à execução dos projectos principais do Programa.

Nestes termos, determino:

1 — A responsabilidade da gestão da 2.^a fase do PSMI, incluindo todos os seus projectos, bem como o seu acompanhamento, avaliação e eventual reajustamento das propostas, é atribuída à Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Direcção-Geral dos Hospitais, Departamento de Recursos Humanos e Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, no âmbito das competências legalmente definidas para cada um destes organismos.

2 — Outros serviços centrais do Ministério, designadamente o DGFSS, o INEM e a DGIES, devem prestar obrigatoriamente toda a colaboração que lhes for solicitada no âmbito das suas competências, de modo a assegurar a multidisciplinaridade de actuações e a indispensável cooperação multi-sectorial e tecnológica.

3 — Para cumprimento do referido no n.º 1, designo um grupo director do Programa, que funciona na minha directa dependência, assim constituído:

- Director-geral dos Cuidados de Saúde Primários, que preside;
- Director-geral dos Hospitais;
- Director-geral do Departamento de Recursos Humanos;
- Director-geral do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

4 — O grupo director do Programa deve funcionar em estreita ligação com as unidades coordenadoras funcionais para saúde materna e infantil, criadas pelo Desp. 6/91, do SEAMS, de 28-5, promovendo todas as iniciativas necessárias para assegurar o seu bom funcionamento.

5 — A grupo director deve de imediato proceder aos estudos das necessidades em recursos humanos e também em instalações e equipamentos da 2.^a fase do PSMI, com vista à preparação do PID-DAC para ao biénio 1992-1994.

6 — Cada um dos serviços mencionados no n.º 1 deve promover a inscrição das verbas necessárias no seu orçamento, para fazer face

aos encargos decorrentes do funcionamento do grupo director do Programa e das acções que o mesmo entenda desenvolver.

27-8-91. — O Ministro da Saúde, *Arlindo Gomes de Carvalho*.

Despacho. — Por despacho de 29-1-90, publicado no *DR*, 2.^a, de 13-2-90, foi prorrogado até 31-12-90 o prazo estabelecido nas als. *a)* e *b)* do n.º 6.2 do Regulamento Interno dos Hospitais Cíveis de Lisboa, aprovado pela Port. 707-A/88, de 24-10.

Verificando-se, porém, que o processo de descentralização do serviço comum de pessoal está sujeito a formalidades necessariamente morosas, e tendo em conta a proposta do presidente do conselho de directores dos Hospitais Cíveis de Lisboa, determino, nos termos do n.º 6.3 do Regulamento Interno dos referidos Hospitais:

1 — É prorrogado até ao dia 31-12-91 o prazo estabelecido nas als. *a)* e *b)* do n.º 6.2 do Regulamento Interno dos Hospitais Cíveis de Lisboa, aprovado pela Port. 707-A/88, de 24-10.

2 — O presente despacho produz efeitos desde 1-1-91.

29-8-91. — O Ministro da Saúde, *Arlindo Gomes de Carvalho*.

anexo 2

DESPACHO 6/91, DE 20 DE JUNHO
DESPACHO 12917/98, DE 27 DE JULHO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO

Desp. 6/91. — A saúde materna e infantil (SMI) é uma prioridade da política de saúde, constituindo seu objectivo essencial a melhoria dos cuidados e das condições assistenciais pré-concepcionais, pré-natais, perinatais e infantis que conduza à diminuição da mortalidade e morbidade materna, fetal, neonatal e infantil.

Os cuidados de saúde materno-fetais, neonatais e infantis implicam áreas multidisciplinares e envolvem estruturas complexas de profissionais e serviços de diversos níveis: primários e hospitalares.

A experiência e a vivência da organização dos cuidados maternos e infantis, tal como tem existido entre nós, permitem de forma incontroversa afirmar a necessidade premente de criar mecanismos que assegurem uma rigorosa interligação e coordenação entre os diversos níveis de cuidados. E se é indementível que esta interligação recíproca, cuidados de saúde primários e cuidados de saúde secundários, é importante em todas as áreas de saúde, ela assume particular relevância no caso da SMI, constituindo mesmo um factor determinante para o progresso dos indicadores de saúde neste domínio.

Qualquer programa de melhoria de condições de SMI será de impossível execução em todos os seus componentes se entre os centros de saúde e os hospitais, e entre os hospitais de apoio perinatal e de apoio perinatal diferenciado, não existir uma perfeita coordenação funcional.

Este conceito presidiu a todos os trabalhos que a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI) realizou. Deste modo, no Programa de SMI que o Governo aprovou foi considerada, como projecto de realização prioritária, a criação de estruturas funcionais, designadas por unidades coordenadoras funcionais para a saúde materna e infantil (UCF), que contribuíssem para assegurar de forma permanente a articulação entre os diferentes níveis e a continuidade dos cuidados de saúde.

Implantadas hoje em quase todo o território do continente, têm-se mostrado como instrumentos positivos no estabelecimento de uma metodologia dialógica entre instituições que devem actuar em complementaridade na identificação de carências e constrangimentos, e como factores de coordenação, acompanhamento e avaliação do Programa de SMI.

Entende-se agora, passado quase um ano sobre esta experiência inovadora e em consequência dos resultados alcançados, que se deve proceder à sua institucionalização.

Nestes termos, determino:

1 — Em cada denominada área obstétrica e neonatal, constituída pela população correspondente à zona de influência de um hospital, central ou distrital, possuidor de serviço de obstetrícia e pediatria, e dos centros de saúde naquela zona compreendidos, é criada uma unidade coordenadora funcional designada por UCF.

2 — As UCF integrarão os seguintes membros:

O director do serviço de obstetrícia do hospital da respectiva área obstétrica e neonatal ou o médico do quadro do serviço por ele indicado em sua representação;

O director do serviço de pediatria do hospital da respectiva área obstétrica e neonatal ou o médico do quadro do serviço por ele indicado em sua representação;

O coordenador de saúde materna da ARS a que pertençam os centros de saúde correspondentes à zona de influência do hospital da respectiva área obstétrica e neonatal;

O coordenador de saúde infantil da ARS a que pertençam os centros de saúde correspondentes à zona de influência do hospital da respectiva área obstétrica e neonatal;

Um enfermeiro da área da SMI designado em representação da ARS respectiva;

Um enfermeiro da área da SMI designado em representação do hospital respectivo.

3 — Dado que por condicionalismos decorrentes da estrutura dos serviços e distribuição dos recursos de saúde não existe, na maioria dos casos, uma correspondência entre os distritos (ARS) e as zonas

de influência dos hospitais, haverá que fazer as necessárias adaptações para cada situação concreta, de modo a obter-se uma constituição da UCF que respeite o modelo referido no n.º 2.

4 — Cada UCF terá um coordenador, que será eleito de entre os seus membros e a quem compete convocar e presidir às reuniões, definir a respectiva ordem de trabalhos, elaborar e submeter à aprovação dos restantes membros os programas de trabalho e de estudos da UCF, formular e divulgar as suas conclusões e estabelecer as ligações com as instituições directamente envolvidas — ARS, centros de saúde e hospitais —, com a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Direcção-Geral dos Hospitais, Comissão Inter-Hospitalar e CNSMI ou qualquer outra estrutura que venha a ser criada em sua substituição.

5 — As funções das UCF, que englobarão os cuidados de saúde materna, neonatal e infantil, serão as seguintes:

5.1 — Fomentar as consultas de referência e interligação regular e permanente entre os especialistas hospitalares e os clínicos gerais e avaliar a sua eficiência e eficácia.

5.2 — Garantir a circulação recíproca da informação clínica entre os clínicos gerais e os médicos hospitalares.

5.3 — Assegurar a divulgação, utilização e correcto preenchimento de diversos documentos de notação, designadamente o *Boletim de Saúde da Grávida* e *Boletim de Saúde Infantil*.

5.4 — Avaliar as necessidades e prioridades de cada área obstétrica, neonatal e pediátrica de acordo com o Programa de SMI e os seus futuros desenvolvimentos, assim como o respectivo nível de incrementação.

5.5 — Promover e avaliar a correcta distribuição dos recursos humanos e materiais existentes, a adequada integração dos serviços e a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.

5.6 — Propor medidas concretas no sentido de resolver os problemas de saúde materna e infantil identificados na sua área, incluindo os de carácter organizativo.

5.7 — Recolher e trabalhar os dados de informação e estatísticos que considere relevantes ou sejam superiormente definidos como essenciais e manter a sua actualização.

5.8 — Elaborar estudos epidemiológicos que conduzam a um melhor conhecimento da realidade local e que permitam fundamentar decisões, actividades ou procedimentos, com o objectivo de melhorar as condições de saúde materna e infantil.

5.9 — Elaborar os programas de trabalho e actividades anuais com indicação de objectivos concretos a atingir.

6 — Os membros das UCF serão dispensados nos seus serviços para participar nas reuniões e outras actividades das mesmas.

7 — O apoio logístico necessário para o normal funcionamento de cada UCF, nomeadamente instalações, secretariado, suportes administrativos e financeiros, acções de formação e deslocações, será assegurado pelas ARS e hospitais envolvidos, que acordarão entre si a metodologia mais adequada para a prossecução dos fins em vista.

28-5-91. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Albino Aroso*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete da Ministra

Despacho n.º 12 917/98 (2.ª série). — A saúde da mulher, da criança e do adolescente constitui uma prioridade da política de saúde, cujo objectivo primordial é a melhoria da prestação de cuidados aos grupos populacionais referidos, com vista a uma diminuição da morbimortalidade, à promoção da saúde e à optimização progressiva da qualidade de vida.

Estes cuidados implicam um elevado grau de transdisciplinaridade, com envolvimento de várias instituições, pelo que a articulação entre os diversos serviços e profissionais é fundamental à continuidade da sua prestação.

Assim, a interligação entre os serviços hospitalares, os centros de saúde e os pertencentes a outros sistemas e subsistemas de saúde —no espírito e no âmbito do desenvolvimento dos sistemas locais de saúde— é um factor essencial e indispensável à melhoria dos cuidados de saúde. Acresce que o estabelecimento de um circuito de referência e de circulação da informação, clínica e outra, promove as relações entre os profissionais e serviços e cria condições ao funcionamento integrado do sistema de saúde.

Evidencia-se, assim, como tarefa prioritária para a saúde da mulher, da criança e do adolescente o estabelecimento de relações privilegiadas entre os centros de saúde, os serviços hospitalares, designadamente os serviços de obstetria/ginecologia e de pediatria, bem como outros prestadores de cuidados, e entre os serviços de saúde e os de outras áreas, nomeadamente os dependentes da segurança social, da educação e das autarquias.

A experiência das unidades coordenadoras funcionais (UCF), criadas pelo despacho n.º 6/91, de 28 de Maio, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, tem demonstrado ser possível uma boa e efectiva interligação na vertente da saúde materna e neonatal.

Justifica-se, assim, para dar sequência aos programas de saúde aprovados aos vários níveis, a necessidade de ampliar esta experiência à saúde da mulher, da criança e do adolescente, alargando a composição das UCF a elementos mais ligados a estas áreas da saúde.

Nestes termos, determino:

1 — Deverá funcionar uma unidade coordenadora funcional (UCF) em cada área correspondente a uma unidade de saúde ou a um sistema local de saúde, constituída pela população da zona de influência de um hospital central ou distrital possuidor de serviços de obstetria e de pediatria, e dos serviços de cuidados de saúde primários, compreendidos nessa zona, bem como de outros prestadores de cuidados à mulher, à criança e ao adolescente.

2 — As UCF deverão funcionar fundamentalmente em duas vertentes: (1.ª) saúde da mulher e saúde materna e neonatal, e (2.ª) saúde infantil e do adolescente.

3 — Estas vertentes reunirão autonomamente e terão um programa próprio, realizando-se reuniões plenárias de toda a UCF pelo menos duas vezes por ano.

4 — A vertente da saúde da mulher, materna e neonatal, integrará os seguintes membros:

Director do serviço de ginecologia/obstetria do hospital da referida área ou ginecologista/obstetra do quadro do serviço, por ele indicado em sua representação;

Director do serviço de pediatria do hospital da referida área ou pediatra neonatologista do quadro do serviço, por ele indicado e em sua representação;

Médico responsável ou gestor dos programas da saúde da mulher e neonatal, indicado pela coordenação da sub-região de saúde;

Enfermeiro-supervisor ou enfermeiro-chefe do serviço de ginecologia/obstetria do respectivo hospital, ou enfermeiro com a especialidade de saúde obstétrica e ginecológica por eles designados;

Enfermeiro com a especialidade de saúde obstétrica e ginecológica indicado pela coordenação da sub-região de saúde;

Técnico do serviço social do serviço de obstetria/ginecologia do respectivo hospital ou dos cuidados de saúde primários.

5 — A vertente da saúde infantil e dos adolescentes deverá ter a seguinte composição:

Director do serviço de pediatria do hospital da referida área ou pediatra do quadro do serviço, por ele indicado em sua representação;

Médico gestor ou responsável pelos programas de saúde infantil da área de saúde, indicado pela coordenação da sub-região de saúde;

Médico gestor ou responsável da saúde dos adolescentes, dos cuidados de saúde primários, indicado pela coordenação da sub-região de saúde;

Enfermeiro-supervisor ou enfermeiro-chefe do serviço de pediatria do respectivo hospital, ou enfermeiro do serviço de pediatria com a especialidade de saúde infantil e pediátrica por ele designado;

Enfermeiro com a especialidade de saúde infantil e pediátrica indicado pela coordenação da sub-região de saúde;

Técnico do serviço social do serviço de pediatria do respectivo hospital.

6 — Cada UCF ou cada uma das suas vertentes poderá pedir a colaboração de outros técnicos de saúde ou de outras áreas, nomeadamente da segurança social, da educação e das autarquias.

7 — Os membros que constituem cada vertente da UCF escolherão de entre si um coordenador, a quem compete convocar e presidir às reuniões, estabelecer a respectiva ordem de trabalhos, formular e divulgar conclusões e manter a ligação com as instituições envolvidas, designadamente a Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes da Direcção-Geral da Saúde e a Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança.

8 — A coordenação geral da UCF será feita pelos coordenadores das duas vertentes, em regime de rotatividade anual.

9 — As funções da UCF serão as seguintes:

9.1 — Assegurar o estabelecimento participado de metas concretas para a saúde da mulher, criança e adolescente na área de influência da UCF, dentro do enquadramento proporcionado pelas estratégias de saúde do País, região e sistema local de saúde, e a coordenação necessárias para as realizar;

9.2 — Apoiar a investigação aplicada e promover a recolha de dados epidemiológicos e estatísticos que permitam o planeamento, a monitorização e a avaliação das acções a desenvolver;

9.3 — Colaborar com os vários níveis da administração na resolução dos problemas identificados na respectiva área de saúde, em função das necessidades dos grupos populacionais alvo;

9.4 — Promover a interligação regular e permanente entre profissionais e serviços envolvidos nos cuidados à mulher, à criança e ao adolescente, quer a nível sub-regional ou regional, quer com os serviços centrais;

9.5 — Promover a circulação da informação, clínica e outra, referente à mulher, à criança e ao adolescente, entre os diversos níveis de cuidados, nomeadamente entre as equipas de cuidados de saúde primários e hospitalares;

9.6 — Fomentar a utilização e o preenchimento sistemático do boletim de saúde da grávida e do boletim de saúde infantil e juvenil;

9.7 — Estimular a realização de reuniões de trabalho a nível dos cuidados de saúde primários e do hospital sobre os problemas locais mais pertinentes, com a participação dos profissionais e serviços envolvidos;

9.8 — Apoiar acções de formação contínua na área de saúde, para aquisição de novos conhecimentos, utilização de novas técnicas e revisão e mudança de atitudes e práticas;

9.9 — Elaborar um plano anual e um relatório anual de actividades que contemple as actividades a desenvolver/desenvolvidas pelas duas vertentes da UCF e por esta, no seu global;

9.10 — Dinamizar as acções de promoção do bem-estar e da saúde da mulher, da criança e do adolescente, numa perspectiva transdisciplinar.

10 — Os membros da UCF serão automaticamente dispensados dos seus serviços para participar em reuniões e outras actividades da mesma.

11 — O apoio logístico necessário para o normal funcionamento de cada UCF, nomeadamente instalações, secretariado, suporte administrativo e financeiro, deslocações e ajudas de custo, etc., será assegurado pela coordenação sub-regional de saúde.

12 — É revogado o despacho n.º 6/91, de 28 de Maio, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado em *Diário da República*, 2.ª série, de 20 de Junho de 1991.

26 de Junho de 1998. — A Ministra da Saúde, *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina*.

anexo 3

DESPACHO 1/91, DE 2 DE JANEIRO

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO

Desp. 1/91. — O Boletim de Saúde da Grávida e o Boletim de Saúde Infantil são instrumentos fundamentais de recolha, normalização e transmissão de dados relativos à saúde da grávida, do feto, do recém-nascido e da criança.

Considerando que a institucionalização a nível nacional constitui um objectivo da maior importância para a saúde materna e infantil, assegurando de forma sistemática a circulação de informação clínica relevante entre os clínicos gerais e os especialistas hospitalares, contribuindo para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados e também outros sectores prestadores de outros cuidados de saúde;

Considerando que, no seu relatório de Junho de 1990, a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil referiu como condição essencial para a realização do Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil a divulgação, utilização e correcto preenchimento dos Boletins de Saúde da Grávida e de Saúde Infantil, entendendo mesmo a posse do Boletim de Saúde da Grávida devidamente preenchido como um direito da grávida, dada a sua importância no contexto da assistência pré-natal e tocológica, e considerando falta grave o seu não preenchimento:

Determino:

1 — O preenchimento correcto do Boletim de Saúde da Grávida e do Boletim de Saúde Infantil passa a constituir tarefa obrigatória de todos os serviços de saúde, de modo a abranger todas as grávidas e todas as crianças.

2 — O serviço onde se realiza a primeira consulta ou observação, quer da grávida, quer da criança, independentemente do nível assistencial a que pertença, deve responsabilizar-se pela entrega à grávida ou aos pais dos boletins devidamente preenchidos.

3 — Os boletins devem ser actualizados em cada consulta subsequente, devendo os serviços solicitá-los às grávidas e aos pais da criança quer nos centros de saúde quer nas consultas hospitalares ou no momento das hospitalizações.

4 — À Direcção-Geral dos Hospitais e à Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários compete promover a execução e cumprimento do presente despacho.

2-1-91. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Albino Aroso*.

Direcção-Geral dos Hospitais

Aviso. — Faz-se público que, por despacho do director-geral dos Hospitais de 7-1-91, proferido nos termos do n.º 16, secção v, da Port. 231/86, de 21-5, foi homologada a constituição dos júris das áreas profissionais abaixo indicadas relativamente ao concurso de habilitação ao grau de chefe de serviço hospitalar, aberto por aviso publicado no *DR*, 2.ª, 285, de 13-12-89:

Ginecologia

Júri 1 (Lisboa):

Presidente:

Gonçalo Nuno Simões Carrelo — Maternidade do Dr. Alfredo da Costa.

Vogais efectivos:

Antero Ferreira Torres — Hospital de Santo António.
Helena da Silva Brigue — Hospitais Cívicos de Lisboa.
Paula Maria Teixeira Cardoso — Hospital de Egas Moniz.
Zulmira Isabel Alves — Centro Hospitalar de Coimbra.

Vogais suplentes:

Luz Céu Pires Oliveira Jacinto Oliveira — Maternidade do Dr. Alfredo da Costa.
Maria Manuela T. P. R. Coutinho Lanhoso — Hospital de Santo António.

Júri 2 (Coimbra):

Presidente:

Henrique Miguel Resende Oliveira — Hospitais da Universidade de Coimbra.

Vogais efectivos:

Carlos Manuel Freire de Oliveira — Hospitais da Universidade de Coimbra.
José Falcato Pereira — Hospital de Santo António.
Maria Irene Batista Crespo — Hospitais Cívicos de Lisboa.
Maria Teresa Rivera Robalo — Hospital de Santa Maria.

Vogais suplentes:

José António Sousa Faria Girão — Hospital de Egas Moniz.
Ricardo Pescadinha — Hospital Distrital de Cascais.

Ginecologia/obstetrícia

Júri 1 (Lisboa):

Presidente:

João Manuel Ferreira Dória Nóbrega — Maternidade do Dr. Alfredo da Costa.

Vogais efectivos:

Alberto Trigueiros Sampaio — Hospitais Cívicos de Lisboa.
Carlos Alberto Ribeiro Santos Jorge — Hospital de Santo António.
José Vicente Pinto — Maternidade do Dr. Alfredo da Costa.
Salvador Francisco Montes Remo Noronha — Hospital de Torres Vedras.

Vogais suplentes:

João Alves Pimenta — Hospital Distrital de Évora.
Maria Conceição Diogo Fevereiro Correia Hormigo — Maternidade do Dr. Alfredo da Costa.

anexo 4

DESPACHO 5411/97, DE 6 DE AGOSTO
DESPACHO 10325/99, DE 20 DE MAIO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete da Ministra

Despacho n.º 5411/97 (2.ª série). — Nos últimos anos verificaram-se mudanças significativas na área da saúde materna e infantil em Portugal, que se traduziram, entre outras, na diminuição da mortalidade infantil por doenças evitáveis, assumindo as anomalias e as doenças genéticas maior importância para os serviços de saúde e para a própria sociedade.

O diagnóstico pré-natal, conjunto de procedimentos com o objectivo de avaliar se um embrião ou feto é portador de uma determinada anomalia congénita, tem vindo a constituir-se num componente essencial da prestação de cuidados de saúde pré-natais.

Portugal dispõe nesta área de alguns recursos técnicos e humanos, cuja distribuição geográfica não está otimizada e que se revelam ainda insuficientes para permitir a plena satisfação das necessidades existentes.

O desenvolvimento do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil conduziu à reestruturação dos serviços materno-infantis, nomeadamente à definição de hospitais de apoio perinatal e hospitais de apoio perinatal diferenciado e à criação das unidades coordenadoras funcionais.

Encontrando-se em curso o estudo das condições necessárias ao desenvolvimento da rede de serviços, mostra-se conveniente estruturar o sector de diagnóstico pré-natal de acordo com estes princípios, apontando os objectivos da actividade assistencial, os níveis da prestação de cuidados, os respectivos atributos e as formas de coordenação.

Assim, determino que a estruturação do sector de diagnóstico pré-natal seja realizada em conformidade com os princípios e orientações seguintes:

1 — Definição — por diagnóstico pré-natal entende-se o conjunto de procedimentos que são realizados para determinar se um embrião ou feto é portador ou não de uma anomalia congénita.

2 — População em risco:

2.1 — Para efeitos de diagnóstico pré-natal, são consideradas grávidas de risco, quando se verifica uma das seguintes situações:

- Idade superior a 35 anos;
- Filho anterior portador de cromossomopatia;
- Progenitor portador de cromossomopatia equilibrada;
- Suspeita ecográfica de anomalia congénita fetal;
- Alteração dos valores dos marcadores serológicos maternos;
- Risco elevado de recorrência de doença genética não cromossómica;
- Risco elevado de efeito teratogénico (infeccioso, medicamentoso ou outro).

2.2 — As unidades de saúde envolvidas no diagnóstico pré-natal podem transitoriamente adoptar um critério próprio relativamente à indicação «idade materna» e «alteração dos valores dos marcadores serológicos maternos», de acordo com os recursos de que dispõem.

3 — Princípios que norteiam a actividade assistencial — os procedimentos de diagnóstico pré-natal só devem ser realizados se forem observadas as seguintes regras:

- As técnicas invasivas apenas se devem realizar se existir uma grande probabilidade de se detectar uma anomalia congénita grave;
- A colheita de produtos embrionários e fetais deve ser sempre precedida por uma consulta de aconselhamento genético, cujos objectivos são informar e esclarecer o casal sobre os exames, os riscos inerentes à sua realização, as suas limitações e as implicações dos resultados;
- As grávidas que pretendam realizar as técnicas invasivas devem dar o seu consentimento livre e esclarecido e, sempre que possível, por escrito;
- A decisão de realizar ou não interrupção de gravidez face aos resultados dos exames de diagnóstico pré-natal cabe à mulher;
- Os procedimentos devem realizar-se sempre sob a responsabilidade de um médico;

- Os serviços que realizam as actividades de diagnóstico pré-natal devem estar acreditados para esse fim;
- Sendo o diagnóstico pré-natal uma sequência de procedimentos, deve estar garantida em cada instituição a totalidade da prestação de cuidados desde o aconselhamento genético até à interrupção de gravidez no quadro legal vigente;
- Deve ser garantida a confidencialidade das informações fornecidas pelas famílias e das conclusões obtidas através dos exames de acordo com a lei.

4 — Organização da rede de serviços — a rede de cuidados de saúde contempla os seguintes níveis de intervenção:

- Nível I «Cuidados de saúde primários»;
- Nível II «Centros de diagnóstico pré-natal» nos hospitais de apoio perinatal;
- Nível III «Centros de diagnóstico e terapêutica pré-natal» nos hospitais de apoio perinatal diferenciado.

4.1 — Ao nível I «Cuidados de saúde primários» compete:

- Informar e aconselhar as mulheres em idade fértil na consulta pré-concepcional no sentido de minimizar os riscos em futura gravidez;
- Identificar os indivíduos e as famílias em risco genético e encaminhá-los para os cuidados secundários, de preferência, no período pré-concepcional;
- Acompanhar as mulheres grávidas e referenciar, rápida e adequadamente, quando se suspeite de uma anomalia congénita fetal.

4.2 — Ao nível II «Centros de diagnóstico pré-natal» compete:

- Avaliar e acompanhar as grávidas referenciadas;
- Proceder a consultas de aconselhamento genético;
- Efectuar ecografias diferenciadas;
- Realizar procedimentos invasivos para colheitas embrionárias e fetais;
- Realizar interrupções de gravidez nos casos justificados;
- Assegurar o estudo fetopatológico dos feto-mortos, nomeadamente dos que resultam de interrupção médica de gravidez e dos recém-nascidos falecidos com anomalias congénitas;
- Encaminhar para o nível III os casos mais complexos e ou aqueles em que sejam necessários procedimentos de terapêutica fetal (médicos ou cirúrgicos).

4.3 — Ao nível III «Centros de diagnóstico e terapêutica pré-natal», para além das atribuições dos centros de nível II, compete:

- Assegurar consultas de genética médica e de medicina materno-fetal;
- Dominar e praticar outras técnicas invasivas para além da amniocentese;
- Efectuar ecografias altamente diferenciadas;
- Garantir exames laboratoriais de citogenética e eventualmente de bioquímica e de biologia molecular;
- Assegurar o apoio na área de fetopatologia aos centros de diagnóstico pré-natal que não disponham dos requisitos necessários.

4.4 — Os centros de diagnóstico pré-natal de níveis II e III devem ser considerados como unidades individualizadas nos serviços de obstetria ou de genética médica, de acordo com a estruturação já existente e o entendimento dos profissionais de saúde envolvidos. Estes centros são compreendidos como um conjunto articulado de módulos: consultas de obstetria e de aconselhamento genético, ecografia obstétrica, colheita de produtos fetais, laboratório (citogenética, biologia molecular ou bioquímica), interrupção médica de gravidez, fetopatologia e eventualmente terapêutica fetal. As instituições que não dispõem de todos estes recursos devem estabelecer protocolos com outros centros complementares.

4.5 — As áreas geográficas de atracção e referência estabelecidas para o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil são adoptadas para o diagnóstico pré-natal.

4.6 — As valências de ecografia obstétrica devem ser estruturadas em níveis de acordo com o estabelecido para o diagnóstico pré-natal. Para cada nível deve ser estabelecida a qualificação dos recursos técnicos e humanos necessários.

4.7 — As consultas de aconselhamento genético devem ser sempre realizadas por um médico, geneticista ou não, de acordo com a natureza da situação. Quando uma instituição não dispuser de valência de genética médica, deve articular-se por protocolo com uma valência de genética médica de outro hospital.

4.8 — As valências de fetopatologia devem ser multidisciplinares, incluindo anatomopatologistas com diferenciação em patologia fetal.

5 — Coordenação das actividades — as actividades de diagnóstico pré-natal são coordenadas:

- a) A nível nacional;
- b) A nível regional.

5.1 — É constituída a Comissão Técnica Nacional, que funciona junto da Direcção-Geral da Saúde e é integrada por especialistas de reconhecido mérito científico das áreas da genética médica, obstetria e ecografia obstétrica, designados pelo director-geral da Saúde.

5.2 — Compete à Comissão Técnica Nacional:

- a) Avaliar as necessidades de saúde e a sua evolução;
- b) Elaborar propostas com o objectivo de desenvolver a rede de serviços e melhorar a qualificação dos recursos humanos;
- c) Apreciar as propostas de acreditação das valências;
- d) Dar parecer, quando solicitado pelo Ministro da Saúde, sobre documentos e projectos nesta área;
- e) Avaliar as actividades realizadas pelos serviços;
- f) Promover e facilitar a articulação e a troca de informação entre os centros de diagnóstico pré-natal e o Centro de Estudo e Registo das Anomalias Genéticas em moldes a definir.

5.3 — São constituídas as comissões técnicas regionais, que funcionam nas administrações regionais de saúde e são integradas por especialistas de reconhecido mérito científico das áreas da genética, obstetria/ecografia e de clínica geral, designados pelo respectivo presidente do conselho de administração.

5.4 — Compete à comissão técnica regional:

- a) Avaliar as necessidades de saúde e a sua evolução na região de saúde;
- b) Elaborar propostas com o objectivo de desenvolver a rede de serviços e melhorar a qualificação dos recursos humanos;
- c) Avaliar as actividades realizadas pelos serviços.

6 — Acreditação dos serviços — os serviços de saúde envolvidos no diagnóstico pré-natal, públicos ou privados, devem ser acreditados para esse fim segundo regras a estabelecer.

8 de Julho de 1997. — A Ministra da Saúde, *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete da Ministra

Despacho n.º 10 324/99 (2.ª série). — A abordagem e gestão da dor é uma prioridade consignada na estratégia nacional de saúde, uma vez que não deve continuar a ser encarada como uma fatalidade quando existem importantes meios que a permitem controlar eficazmente, tornando-se necessário criar instrumentos que favoreçam melhores práticas profissionais e permitam, também, uma melhor e mais racional organização de serviços, de forma a contribuírem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas de todas as idades que sofram de dor aguda ou crónica de causa cirúrgica, oncológica, sída, osteoarticular ou outra.

Importa, portanto, desde já sensibilizar para este problema os profissionais de saúde e a população em geral.

Neste sentido e considerando, ainda, a necessidade de se criar uma dinâmica que conduza a novas atitudes perante o tratamento da dor, instituo o dia 14 de Junho como o Dia Nacional de Luta contra a Dor.

30 de Abril de 1999. — A Ministra da Saúde, *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina*.

Despacho n.º 10 325/99 (2.ª série). — O despacho ministerial n.º 5411/97 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 180, de 6 de Agosto de 1997, estabelece os objectivos, os princípios e o modelo de organização de diagnóstico pré-natal.

No documento «Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998-2002» foram estabelecidas as metas que se pretendem atingir nesta área.

Importa agora determinar a estrutura dos centros de diagnóstico pré-natal e estabelecer os requisitos necessários e as orientações para a sua implementação no terreno.

Nestes termos, determino:

É aprovado o modelo de estruturação e funcionamento dos centros de diagnóstico pré-natal previstos no despacho n.º 5411/97 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 180, de 6 de Agosto de 1997, anexo a este despacho, dele fazendo parte integrante.

3 de Maio de 1999. — A Ministra da Saúde, *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina*.

Orientações reguladoras dos centros de diagnóstico pré-natal

1 — Estrutura dos centros de diagnóstico pré-natal:

1.1 — Cuidados de saúde primários — a intervenção a nível dos cuidados pré-natais inclui a realização da consulta pré-concepcional, o rastreio, a identificação e a referenciação das mulheres em idade fértil em risco de filho com anomalia congénita e as acções de vigilância à grávida. A qualidade desta intervenção depende também do desenvolvimento das unidades coordenadoras funcionais (UCF), a par de outras acções que facilitem a articulação entre cuidados de saúde primários/cuidados secundários como os sistemas locais de saúde.

1.2 — Centros de diagnóstico pré-natal (CDPN):

1.2.1 — Os CDPN serão criados a partir das consultas de alto risco obstétrico e funcionarão como sectores individualizados, mas integrados nos serviços de obstetria dos hospitais de apoio perinatal.

1.2.2 — As competências cometidas ao CDPN são as descritas no n.º 4.2 do despacho n.º 5411/97 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 180, de 6 de Agosto de 1997.

1.2.3 — A equipa multidisciplinar do CDPN compreende profissionais das seguintes áreas funcionais: consulta de obstetria ou de diagnóstico pré-natal, ecografia diferenciada, genética médica, pediatria/neonatalogia, fetopatologia, psicologia e serviço social.

O núcleo do centro é constituído pelos quatro primeiros sectores. As outras áreas agregam-se de acordo com os recursos e os problemas concretos que surgirem.

1.2.4 — Os médicos que constituem o núcleo do CDPN serão indicados pelos respectivos serviços, uma vez definidas as normas de colaboração que se deseja. Caso a instituição não disponha de médicos geneticistas, o apoio nesta área deverá ser assegurado por protocolo com o serviço de genética médica com que o CDPN se articula, de acordo com a plano de saúde regional.

1.2.5 — Os CDPN deverão estabelecer um protocolo de articulação com um centro de diagnóstico e terapêutica pré-natal que explicita, entre outros aspectos, o processo de relacionamento, de referenciação, as formas de apoio especializado na prestação de cuidados e a formação dos recursos humanos.

1.2.6 — Os CDPN deverão articular-se com a(s) UCF respectiva(s), o que permitirá incrementar a realização da consulta pré-concepcional e melhorar a qualidade da vigilância da grávida, incluindo a ecografia morfológica e a eficácia da referência.

1.2.7 — O CDPN terá um regulamento interno e um coordenador.

1.3 — Centros de diagnóstico e terapêutica pré-natal (CDTPN):

1.3.1 — Os CDTPN funcionarão como sectores individualizados em departamentos ou serviços de obstetria de hospitais de apoio perinatal diferenciado. Os centros são compreendidos como a agregação de módulos ou sectores que, dada a sua grande complexidade, nem

sempre coexistem todos na mesma instituição. Deste modo, o centro federa interesses através de protocolos com serviços da mesma instituição ou não, com o objectivo de assegurar os recursos e as competências técnicas necessárias à prestação de cuidados de elevada qualidade.

1.3.2 — As competências cometidas ao CDTPN são as descritas no n.º 4.3 do despacho n.º 5411/97 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 180, de 6 de Agosto de 1997.

1.3.3 — A equipa multidisciplinar do CDTPN compreende profissionais dos seguintes sectores: medicina materno-fetal, ecografia diferenciada, genética médica, neonatologia, patologia clínica (incluindo o «laboratório do feto», fetopatologia, cardiologia pediátrica, cirurgia pediátrica e diferenciada pós-natal, psicologia, epidemiologia e serviço social. Os cinco primeiros sectores constituem o núcleo do CDTPN, associando-se os restantes de acordo com os problemas clínicos concretos.

1.3.4 — Os médicos que constituem o núcleo do CDTPN serão indicados pelos respectivos serviços, uma vez definidas as normas de colaboração que se deseje.

1.3.5 — Por «laboratório do feto» entende-se a materialização do conceito feto como paciente, o que implica o estudo bioquímico, imunológico, enzimológico e microbiológico do feto e da mãe nos casos de suspeita de doença fetal ou malformação. O «laboratório do feto» terá de se localizar fisicamente dentro do centro, sendo a parte técnica assegurada por patologistas clínicos devidamente preparados e qualificados. As condições de organização destes laboratórios e as suas atribuições serão definidas pela Direcção-Geral da Saúde.

1.3.6 — Aos CDTPN cabe um papel importante na formação dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários e CDPN, no fomento do desenvolvimento de projectos de investigação.

1.3.7 — Os CDTPN deverão estabelecer protocolos escritos com os CDPN, UCF e sistemas locais de saúde com que se articulam.

1.3.8 — Os CDTPN deverão ter um regulamento interno e um coordenador.

1.4 — A ecografia é uma técnica imprescindível na vigilância pré-natal da grávida e para a realização do diagnóstico pré-natal. Neste sentido, os CDPN deverão dispor de recursos técnicos de qualidade e de ecografistas altamente qualificados.

1.4.1 — As áreas funcionais de ecografia deverão estruturar-se de acordo com os níveis II e III dos CDPN.

1.4.2 — A Direcção-Geral da Saúde estabelecerá através de documento específico as orientações para esta área.

1.5 — A embriofetopatologia é uma actividade multidisciplinar que consiste no estudo da placenta, do embrião ou do feto, realizando a autópsia convencional, o exame detalhado do hábito externo e exames complementares.

1.5.1 — As unidades de embriofetopatologia deverão estruturar-se numa rede articulada com níveis de complexidade funcional diferentes, compatível com a estruturação dos CDPN.

1.5.2 — Um documento específico da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde estabelecerá as atribuições e os requisitos para o funcionamento dos sectores de embriofetopatologia.

2 — Recursos — os recursos mínimos dos CDPN, relativamente aos recursos humanos, equipamentos e espaço físico, constarão de anexo a este despacho.

3 — Implementação no terreno:

3.1 — Às administrações regionais de saúde cabe apoiar e dinamizar a estruturação dos CDPN, apoiadas pelas comissões técnicas regionais de diagnóstico pré-natal.

3.2 — As regiões de saúde deverão, neste sentido, elaborar um plano regional de diagnóstico pré-natal para orientar a prestação de cuidados nesta área.

3.3 — A criação dos centros deverá ser faseada de modo a ser possível avaliar com rigor os recursos já existentes nas instituições e os necessários ao cumprimento da missão, de acordo com as finalidades estabelecidas pelo despacho n.º 5411/97 (2.ª série).

3.4 — Dada a grande complexidade dos recursos necessários à criação de centros altamente diferenciados que incluam intervenções de terapêutica fetal e assistência perinatal adequada aos recém-nascidos com necessidades especiais, entende-se que o total de CDTPN a criar,

a nível nacional, deverá ser reduzido. Nesta perspectiva, sempre que tal for julgado possível, o centro poderá resultar da convergência de instituições diferentes que se associam para constituir um CDTPN comum.

Recursos

Centros de diagnóstico pré-natal

Recursos mínimos

Humanos

a) Médicos:

Três especialistas de obstetria/ginecologia, dois dos quais com competência em ecografia diferenciada;

Um médico geneticista (se existir área funcional de genética);
Um pediatra/neonatalogista com experiência em dismorfologia.

Nota. — A consulta de aconselhamento genético deverá ser efectuada de acordo com o estabelecido no n.º 4.7 do despacho n.º 5411/97 (2.ª série).

b) Outros profissionais de saúde:

Um enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica;
Um auxiliar de acção médica.

c) Administrativo:

Um funcionário com experiência em secretariado e informática.

Nota. — Os médicos destacados pelo director do serviço de obstetria para o CDPN deverão, na medida do possível, exercer prioritariamente esta actividade.

Equipamento

Equipamento inerente a ecografia de nível II, de acordo com documento emanado da Direcção-Geral da Saúde.

Material médico para estudos invasivos.

Equipamento informático adequado.

Apetrechamento adequado dos serviços de obstetria e neonatologia.

Espaço físico

Será utilizado espaço multiuso do serviço (salas de consulta, sala de espera, etc.), embora possa ser afectado espaço específico para o centro, sempre que disponível.

Centros de diagnóstico e terapêutica pré-natal

Recursos mínimos

Humanos

a) Médicos:

Cinco especialistas de ginecologia/obstetria dos quais pelo menos três com competência diferenciada em ecografia obstétrica;

Dois médicos geneticistas;

Dois neonatologistas;

Dois patologistas clínicos.

Outros especialistas nas seguintes áreas: cardiologia pediátrica, cirurgia diferenciada pós-natal, epidemiologia, fetopatologia, imagiologia.

Nota. — Os médicos de ginecologia e obstetria deverão, na medida do possível, desenvolver prioritariamente a sua actividade no CDTPN.

b) Outros profissionais de saúde (entre outros):

Assistente social;

Enfermeiros especialistas;

Psicólogo.

c) Administrativo — dois funcionários com experiência em secretariado e informática.

Nota. — A enumeração destes profissionais não significa que tenham de ser quadros contratados especificamente para esta área. Pelo contrário, deverão utilizar-se, sempre que possível, recursos humanos já existentes. A cedência dos profissionais ou outra forma de colaboração deverá realizar-se através dos protocolos de articulação.

Equipamento

Equipamento inerente a ecografia de nível III, de acordo com documento emanado da Direcção-Geral da Saúde.

Equipamento para técnicas invasivas e terapêutica do feto, incluindo o material laboratorial de análise rápida do sangue fetal.

Equipamento informático adequado.

Apetrechamento adequado do centro materno fetal, cuidados intensivos neonatais, serviço de genética médica e laboratório do feto.

Nota. — O equipamento ecográfico que for afectado deverá ser prioritariamente utilizado nas actividades assistenciais do CDTPN.

Espaço físico

Será utilizado espaço multiuso do serviço (salas de consulta, sala de espera, etc.), embora deva ser afectado espaço específico para o centro, sempre que as actividades o justifiquem.

Despacho n.º 10 326/99 (2.ª série). — A vigilância epidemiológica constitui um elemento fundamental de decisão da política de saúde pública de âmbito nacional.

O conhecimento acerca da distribuição e tendências dos fenómenos de saúde e de doença pressupõe a sua utilidade na adequação das estratégias de intervenção com a finalidade de protecção da saúde pública.

Assim:

Considerando que a vigilância epidemiológica tem como objectivo a avaliação sistemática do padrão de distribuição das doenças e a análise dos factores de risco subjacentes, a fim de se adoptarem as medidas de prevenção e de resposta apropriadas;

Considerando que compete à Direcção-Geral da Saúde a recolha, análise e interpretação da informação obtida através dos sistemas de vigilância existentes a nível nacional;

Considerando, ainda, que compete à Direcção-Geral da Saúde, enquanto serviço central de natureza técnico-normativa e responsável pela orientação e fiscalização das actividades de prevenção da doença, no âmbito da autoridade de saúde, ordenar as medidas a adoptar pelas autoridades de saúde e outras autoridades com competência nas matérias em causa, com o objectivo de prevenir e conter a propagação das doenças ou situações de risco;

Considerando que urge definir uma política nacional de vigilância epidemiológica que permita orientar as estratégias a desenvolver neste âmbito e integrar os diversos sistemas de vigilância já existentes ou cuja criação se venha a mostrar adequada:

Determino o seguinte:

1 — É criada, na minha directa dependência, a Comissão Nacional de Vigilância Epidemiológica, a quem compete propor a política nacional de vigilância epidemiológica no âmbito da estratégia da saúde do País.

2 — A comissão tem a seguinte composição:

O director-geral da Saúde, que preside;

O director do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge ou seu representante;

O presidente do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento ou seu representante;

O director do Instituto Português do Sangue ou seu representante.

3 — A comissão deverá, apresentar:

Até ao próximo dia 15 de Julho, uma proposta relativa à vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis consideradas prioritárias para o período de 1999-2000;

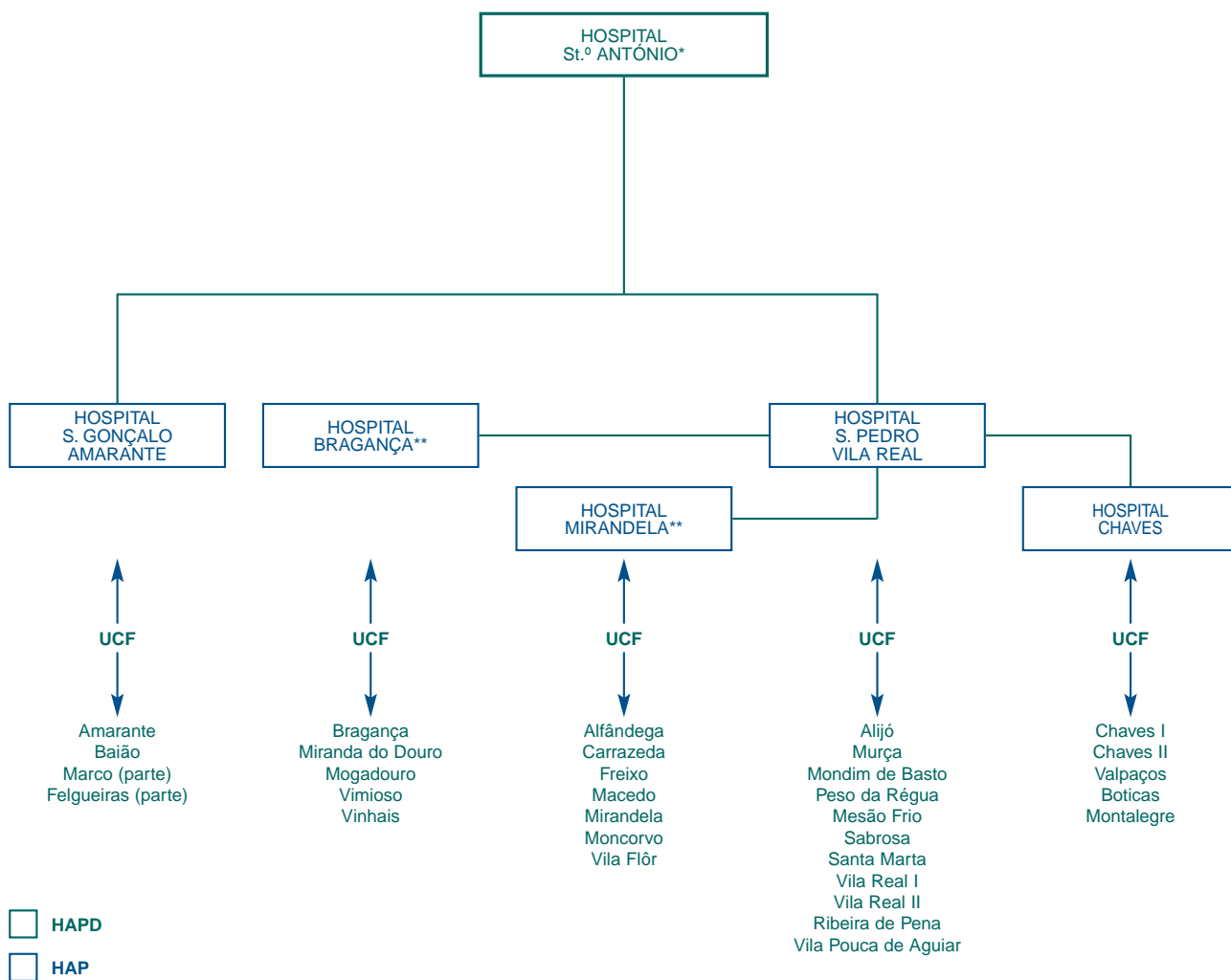
Até ao próximo dia 15 de Novembro, um plano geral de normalização do sistema de vigilância epidemiológica nacional.

5 de Maio de 1999. — A Ministra da Saúde, *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina.*

anexo 5

ARQUITECTURA DA REDE
DE REFERENCIAÇÃO MATERNO-INFANTIL

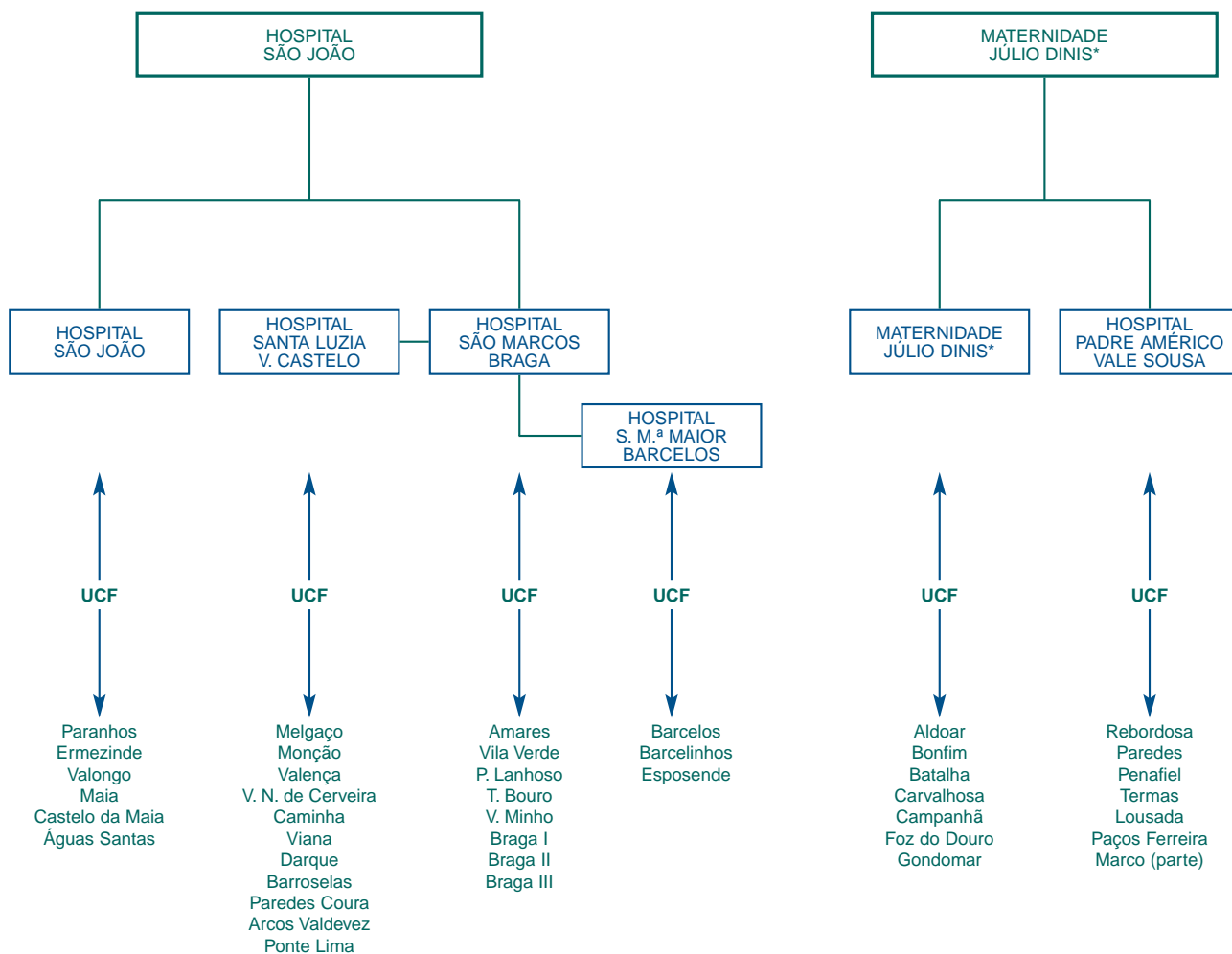
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE



* A integrar o futuro Centro Materno-Infantil do Norte

** Grupo Hospitalar do Nordeste Transmontano (em constituição)

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE

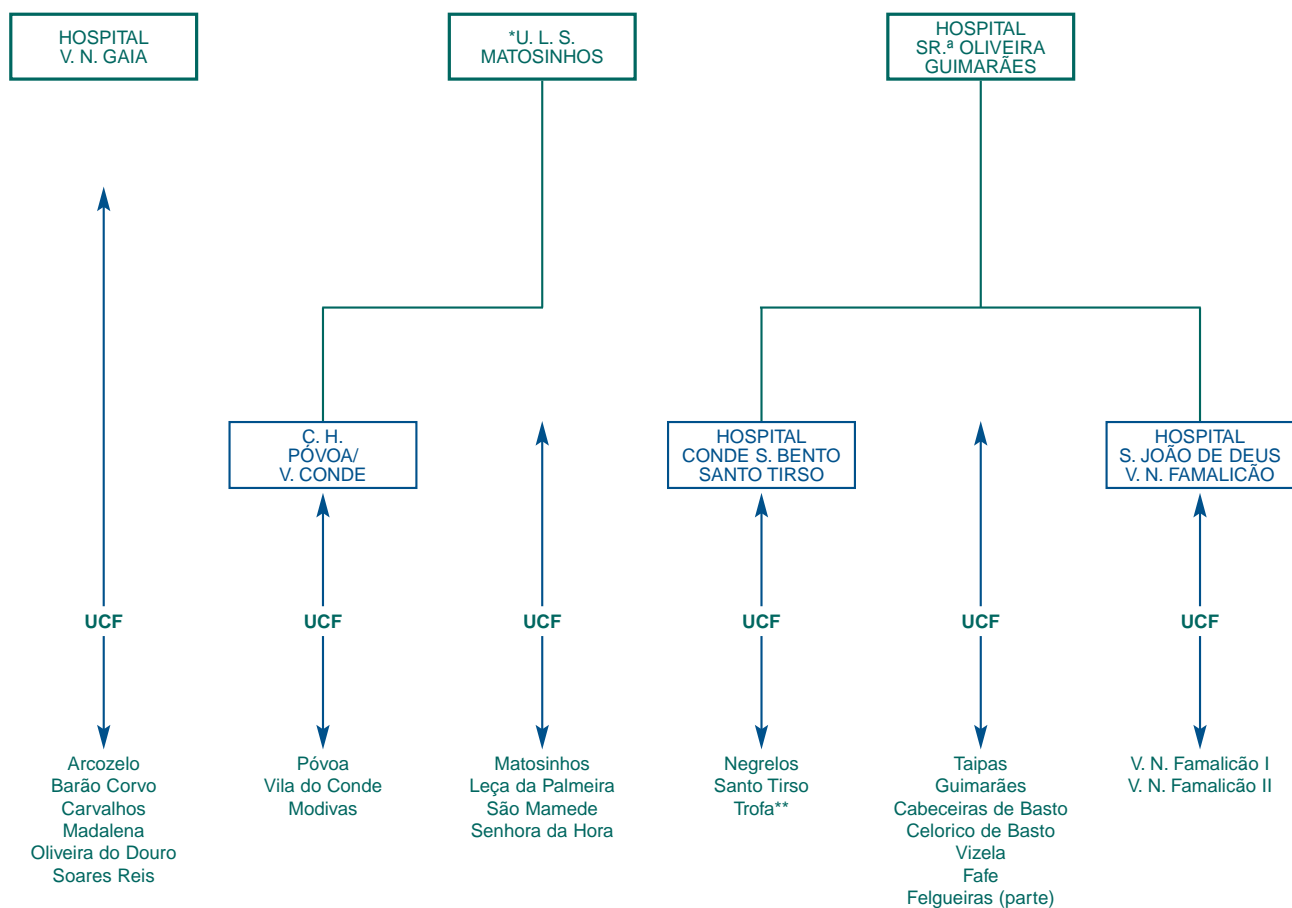


HAPD

HAP

* A integrar o futuro Centro Materno-Infantil do Norte

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE



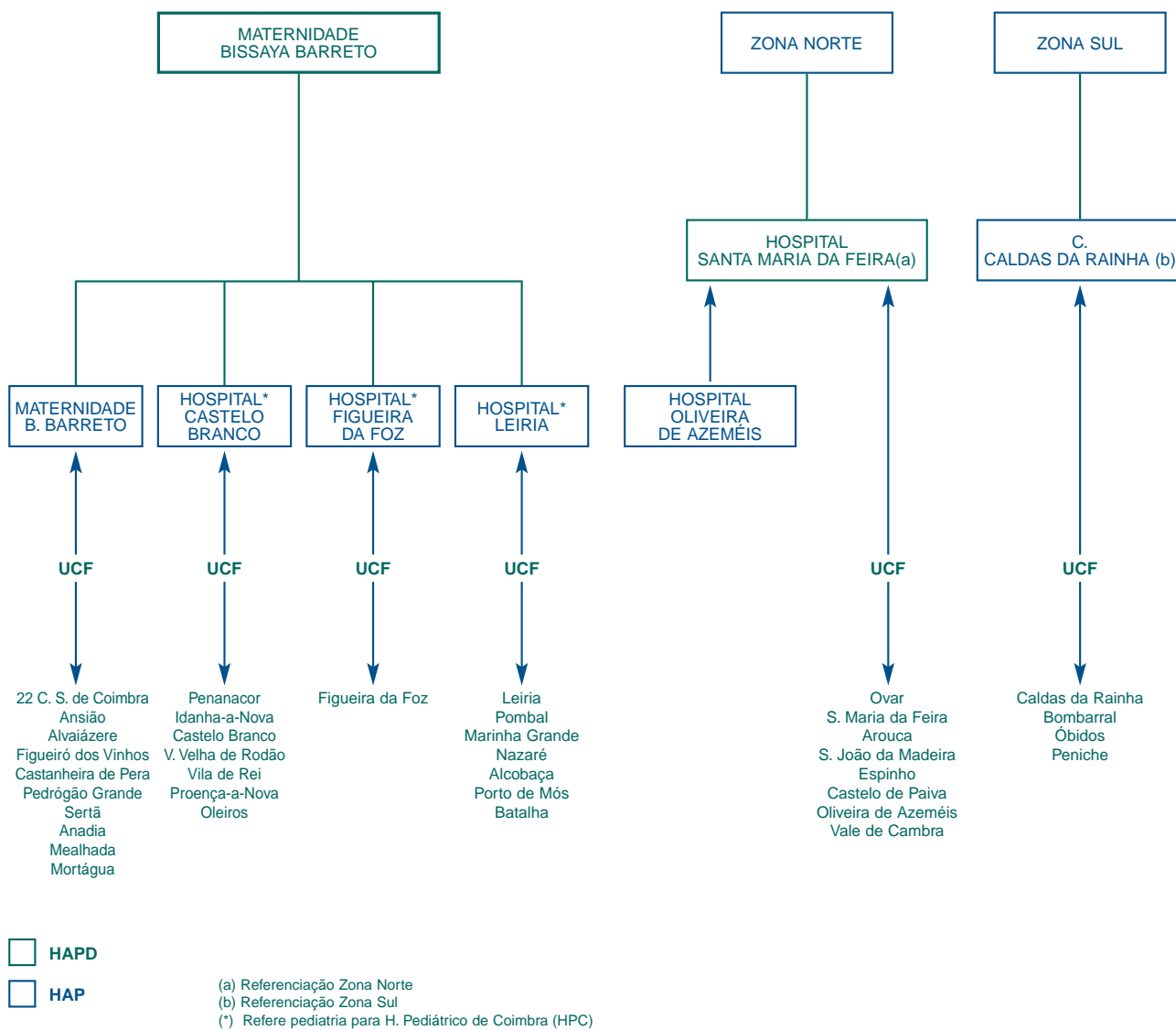
HAPD

HAP

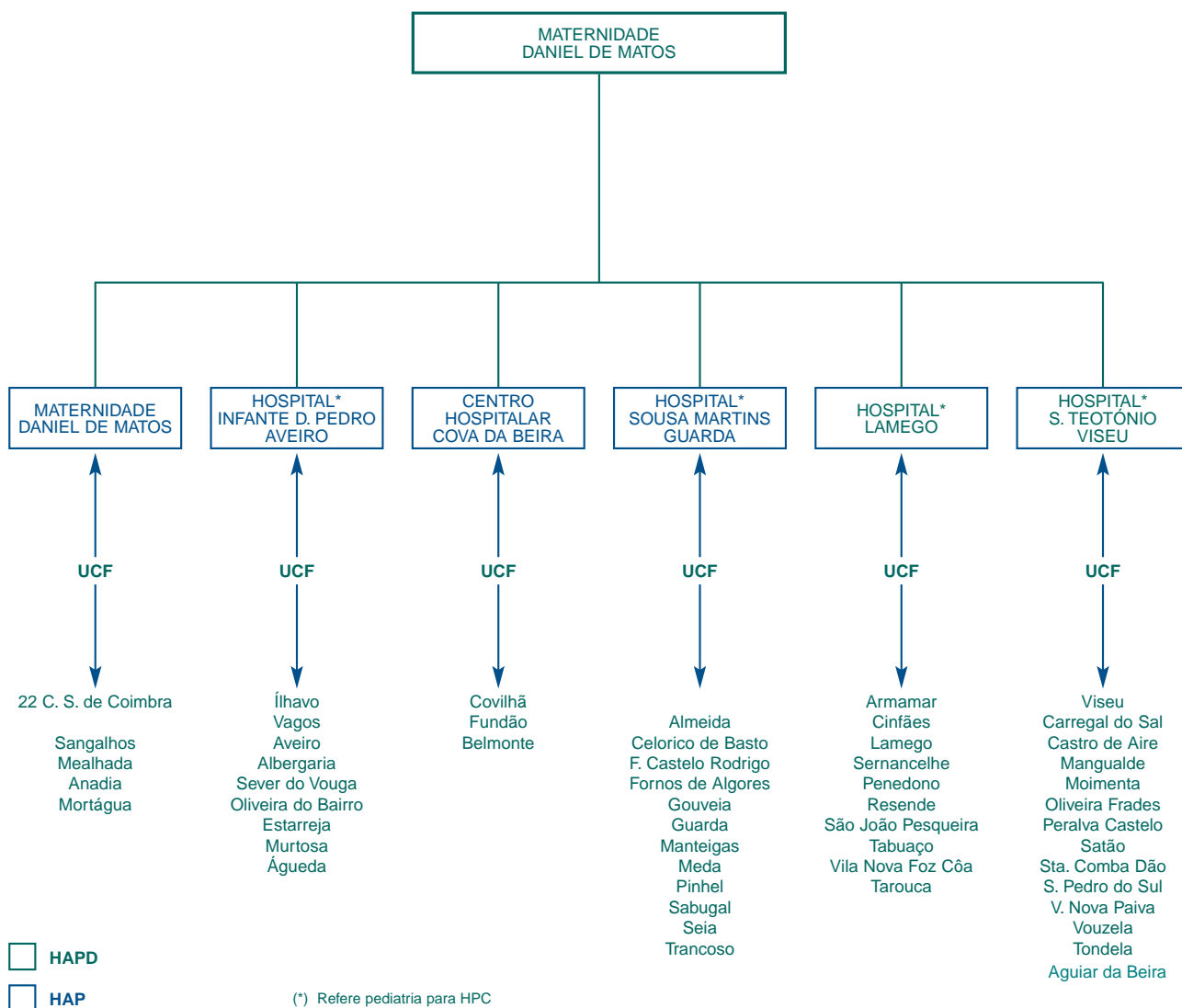
* Refere para o H. S. J. nas especialidades de Cirurgia Pediátrica, Cardiologia Pediátrica e Córdio-Torácica

** Refere para U.L.S. Matosinhos

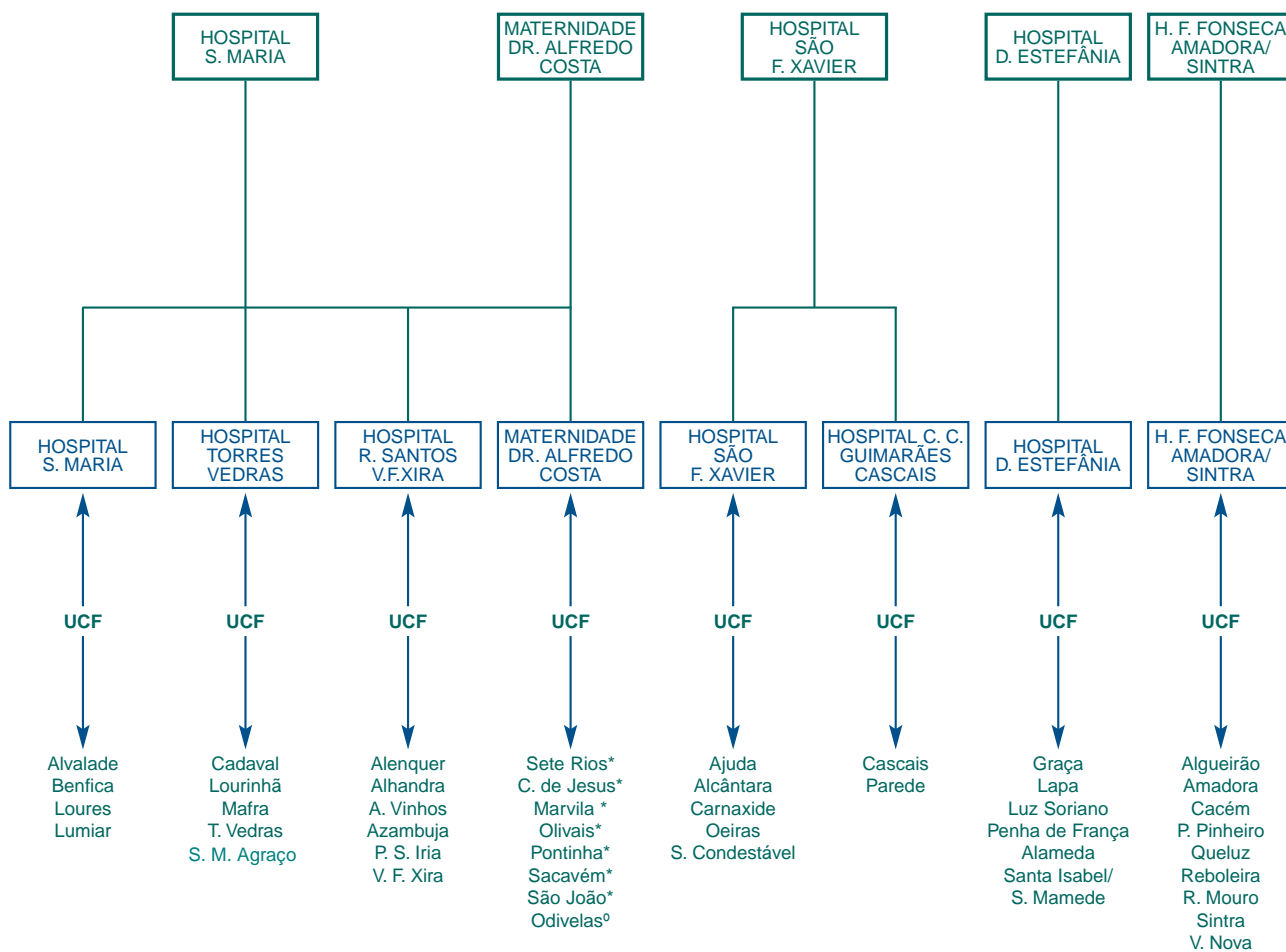
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO



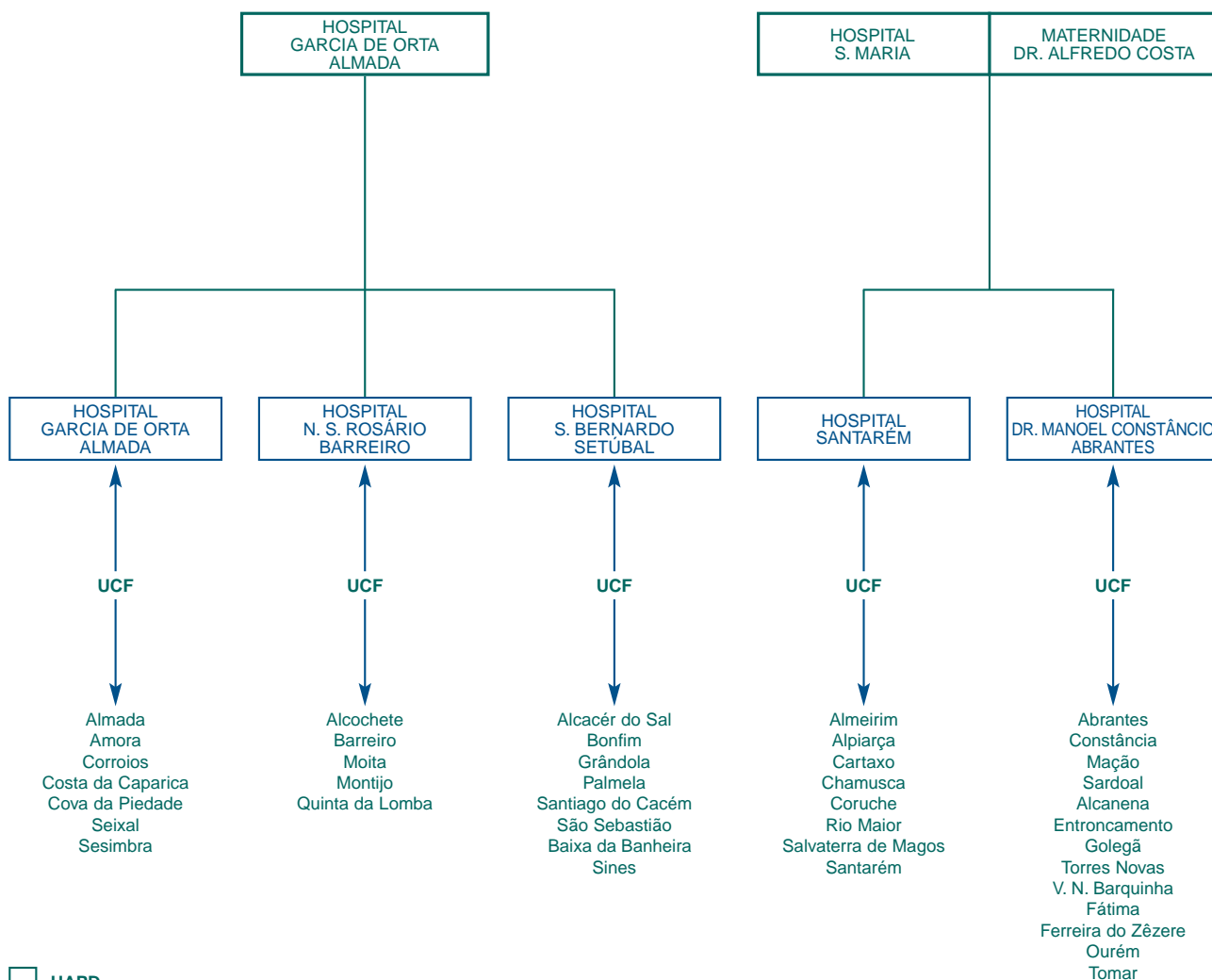
HAPD

HAP

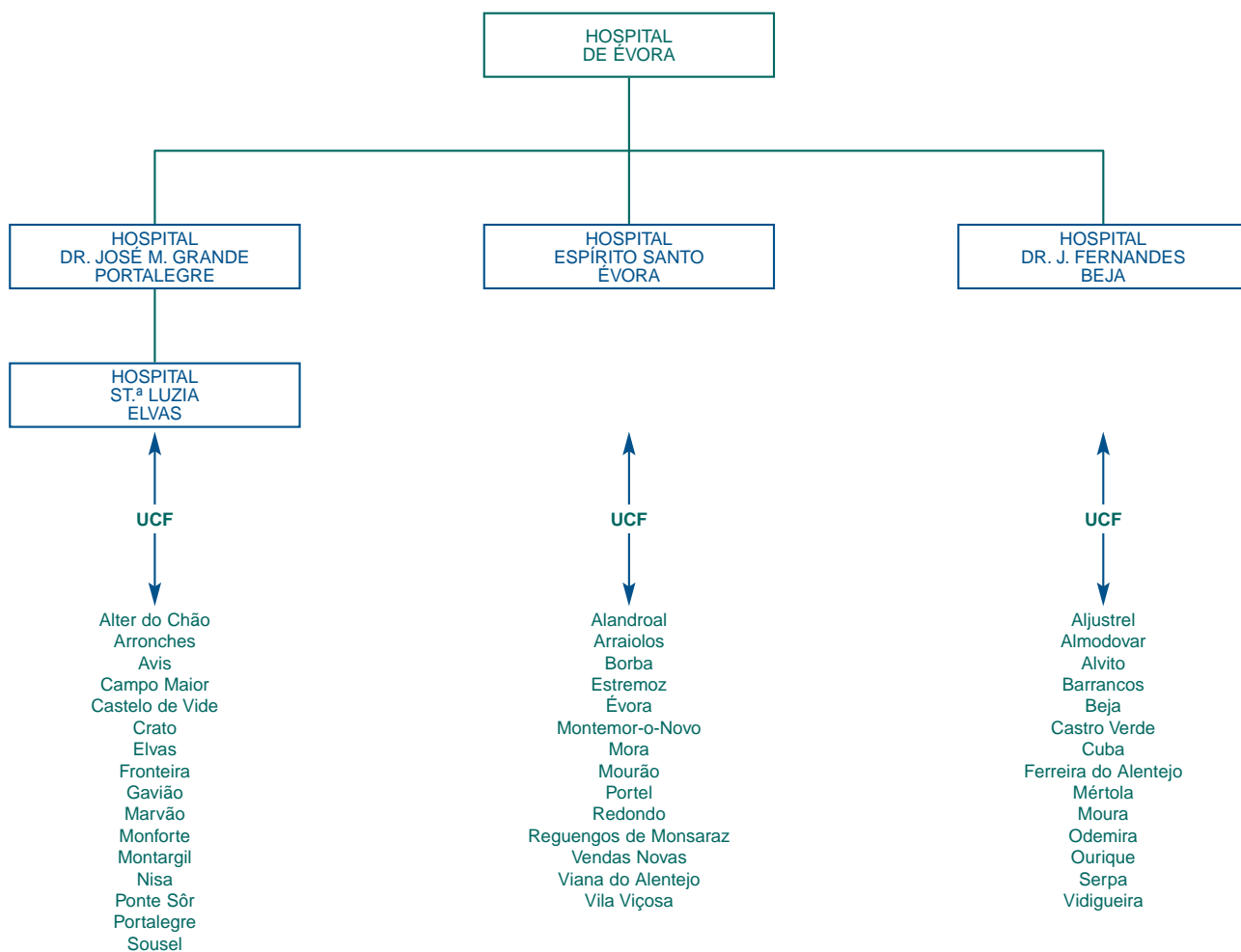
* Refere pediatria para HDE

º Refere pediatria para Santa Maria

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO



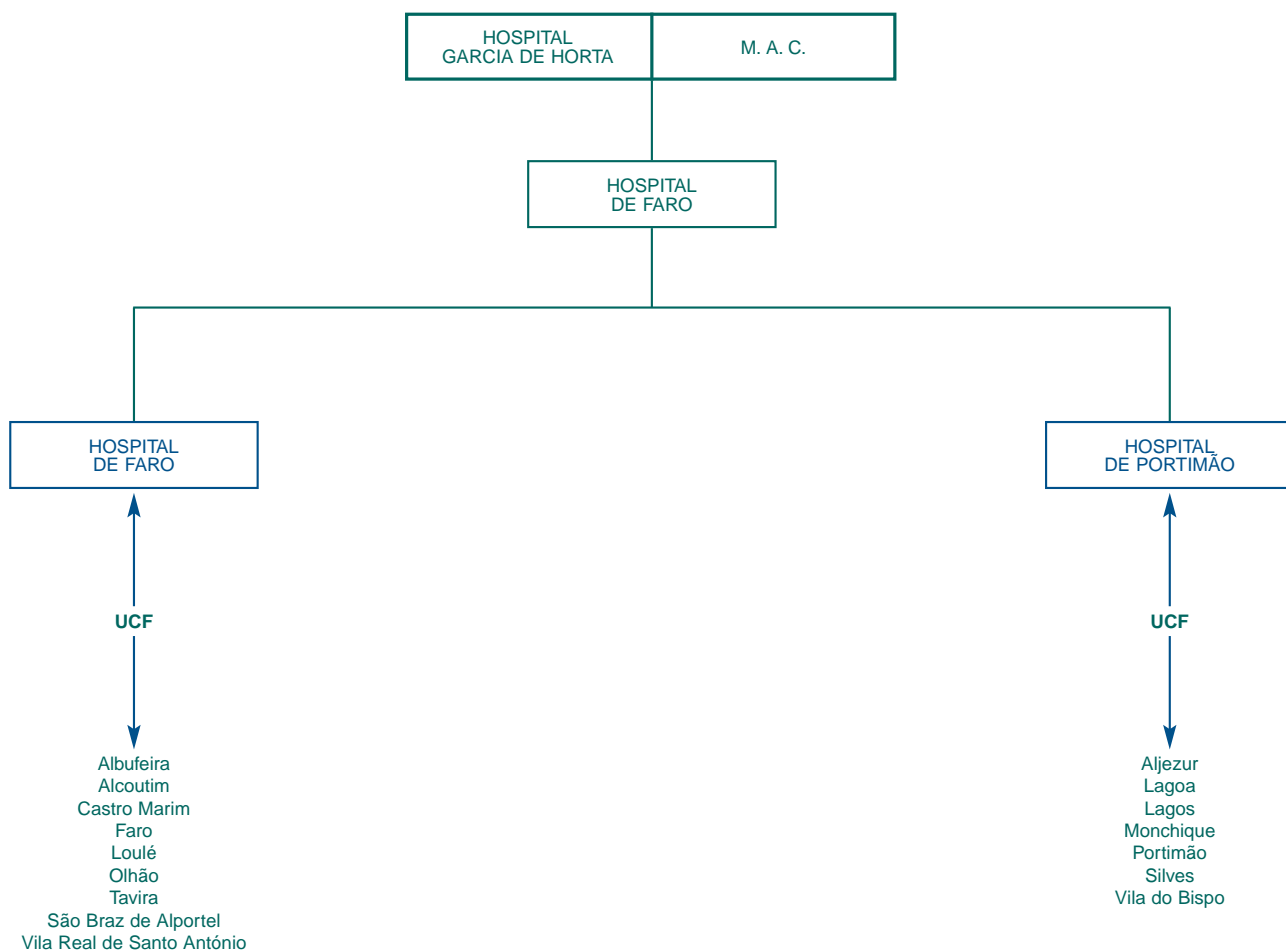
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO



HAPD

HAP

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE



HAPD

HAP

anexo 6

RECURSOS NECESSÁRIOS PARA
A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
NO ÂMBITO DA REDE MATERNO-INFANTIL

(Adaptado do documento do PSMI – 1989)

instalações e equipamento mínimo para centros de saúde e/ou extensões

Os médicos da Medicina Geral e Familiar estão na posição privilegiada para prestar cuidados de Saúde Reprodutiva ao longo do ciclo de vida e implementar estas actividades como parte natural do seu papel de médicos de família. Conhecendo as famílias das mulheres que planeiam uma gravidez e usando os parâmetros de avaliação habituais na sua clínica, poderão ponderar melhor alguns aspectos importantes para a tomada (ou não) da decisão de engravidar, como a sua saúde mental, a situação sócio-familiar, as doenças crónicas ou genéticas, assim como os aspectos particulares da violência doméstica.

A prestação de cuidados em saúde reprodutiva e infantil, nos Cuidados de Saúde Primários, deve ser apoiada por documentos técnico-normativos e protocolos estabelecidos com HAP, que facilitem a referência atempada, quando necessário.

Nesta área, em particular, é essencial o trabalho em equipa médico/enfermeiro, devendo ser desenvolvidos esforços no sentido da sua viabilidade.

A Direcção dos Centros de Saúde deve ser responsabilizada no sentido de garantir as estruturas que permitam a adequada prestação de cuidados.

- Local de consulta apropriado
- Aparelho para medição da tensão arterial
- Estetoscópio
- Mesa ginecológica
- Fonte de iluminação
- Fita métrica adequada
- Unidade de auscultação fetal por Doppler
- Luvas descartáveis
- Balança para adultos
- Jogo de espéculos vaginais
- Material para colheita de produto para colpocervicocitologia
- Material para execução de exames semi-quantitativos de urina

hospital de apoio perinatal (hap)

Os HAP devem possuir capacidade em meios humanos e materiais para assistência à gravidez, parto e recém-nascidos, orientando apenas os casos de patologia rara ou de gravidade excepcional para os Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD).

Para o cumprimento de tais objectivos, apontam-se a seguir determinadas características que devem ser preenchidas nestes hospitais:

1. Quadros médicos de Obstetrícia e Pediatria suficientes para apoio diário às grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos, e que permitam ainda a articulação com os serviços de cuidados de saúde primários no âmbito dos pressupostos que definem a Unidade Coordenadora e Funcional da Zona (UCF).
2. Os Serviços de Obstetrícia e de Pediatria do HAP não deverão estar alheados do que se passa nos cuidados de saúde primários, cumprindo o estabelecido nas normas de funcionamento das UCF.
3. No que respeita aos serviços de urgência, a meta a atingir deverá ser a presença física permanente, 24/24 horas, de um obstetra, de um médico para o ajudar nos actos cirúrgicos, de um pediatra e de um anestesista, de forma a garantir a assistência clínica adequada a todos os partos.
 - 3.1. Laboratório de análises de apoio permanente, 24/24 horas, com a possibilidade de realização de análises correntes na clínica da especialidade;
 - 3.2. Serviço de transfusão de sangue de apoio permanente, 24/24 horas;

- 3.3. Corpo de enfermeiros especialistas em número adequado às necessidades do serviço, com diferenciação profissional compatível com as exigências da tologia actual.
4. Sistema de colheita de dados clínicos e estatísticos que permitam o tratamento informático oportuno que favoreça a análise periódica dos resultados obtidos e eventuais correcções na articulação com os centros de saúde ou na rotina assistencial hospitalar.
- Estes dados devem estar disponíveis para tratamento e análise a nível das Unidades Coordenadoras Funcionais.
5. Compete aos Directores de Serviço de Obstetrícia e Pediatria fomentar, por todos os meios, uma íntima ligação entre os seus respectivos serviços, não apenas através da prática clínica diária mas também de um programa de reuniões periódicas para análise dos problemas clínicos e organizativos comuns.
6. Considerada a amplitude e custos dos meios humanos e materiais necessários e a necessidade de formação permanente em serviço dos técnicos de saúde a todos os níveis, os HAP devem ter um movimento mínimo de 1.500 partos por ano, ressalvadas as situações especiais resultantes de determinantes geográficas ou outras.
7. Especificamente, no que se refere aos Serviços de Obstetrícia, propõe-se a existência dos seguintes requisitos:
- 7.1. Consulta externa diária, com possibilidade de apoio dos meios de monitorização fetal e ecográficos;
- 7.2. Consulta de referência, destinada a dar apoio específico aos casos seleccionados pelos clínicos gerais;

7.3. Área de instalações adequadas ao movimento do serviço, segundo as normas internacionalmente admitidas, abrangendo obrigatoriamente:

- a) Sector de admissão;
- b) Quartos de parto; *
- c) Sala de dilatação e sala de partos, na impossibilidade de existência de quartos de parto;
- d) Sector de monitorização fetal e de ecografia, com material adequado e pessoal médico e de enfermagem habilitados para o seu emprego;
- e) Bloco operatório próprio ou acesso imediato ao bloco operatório central, de 24/24 h;
- f) Sala de vigilância pós-parto e pós-operatória;
- g) Sala de reanimação do recém-nascido.

8. Realça-se a importância de considerar os novos conceitos de humanização hospitalar para o nascimento, pelo que há a necessidade de adaptar, no espaço existente, uma zona de convívio que respeite a legislação vigente.

As unidades "quartos de parto" deveriam constituir, se possível, uma zona "charneira" entre as duas zonas já referidas de convívio social e de cuidados clínicos.

9. O número médio de camas da sala de vigilância pós-parto deve corresponder a metade do número de camas para o trabalho de parto. Durante este período, deve ser incentivada a relação mãe-filho (rooming-in).

* Entende-se por quarto de parto o espaço onde a parturiente encontra a privacidade, individualidade, com acesso fácil à área social na fase inicial do trabalho de parto, possibilidade da presença de acompanhante ou acompanhantes, vigilância obstétrica permanente, cama obstétrica apropriada para os períodos de dilatação e expulsivo na posição adoptada, possibilidade de extracção operatória, por via vaginal, do feto e dequitação manual.

10. O equipamento disponível para o parto deve incluir, para além do considerado de rotina (ex. material para infusão endovenosa, material de sutura e de anestesia local, etc.), uma cama obstétrica, que permita variações de posição durante o período expulsivo, e aparelhos de monitorização fetal cardiotocográfica e ecográfica e de estudo dos gases no sangue, fetal e materno.
11. Deve ser assegurado fácil acesso ao equipamento necessário para o tratamento oportuno de situações de emergência, como paragem cardiorrespiratória materna, *shock* hemorrágico e outros, etc. (carro de ressuscitação/monitorização).
12. Excluindo o Bloco de Partos, os Serviços de Obstetrícia devem ser dotados de 20 camas para cada 1.000 partos/ano, sendo 4/1.000/ano para o internamento de grávidas no 1º, 2º ou 3º trimestre com patologia da gravidez ou associada à gravidez e 16/1000/ano destinadas ao puerpério normal e patológico.

O número de camas para o puerpério foi determinado pela relação entre o número médio de dias de estadia vezes o número de partos por ano, e o número de dias do ano vezes a taxa de ocupação, de acordo com a fórmula:

$$\text{Nº de camas pós-parto} = \frac{\text{Nº Partos/Ano} \times \text{Demora Média}}{365 \times 0,85 \text{ (Taxa de Ocupação)}}$$

Para 1.000 partos/ano e uma taxa de ocupação de 85% e 4 a 5 dias de estadia propõe-se, assim, 16 camas.

13. Idealmente, na unidade de internamento de obstetrícia, para assegurar a privacidade, conforto e repouso, não devem existir mais do que 2 camas por enfermaria.

14. Quanto ao Bloco de Partos, se contemplarmos a alternativa "quartos de parto", o número de camas obstétricas deve corresponder à relação de 3-4 por cada 1.000 partos por ano. Se contemplarmos a alternativa "sala de dilatação" e "sala de parto", o número de camas obstétricas deve corresponder à relação de 2-3 por cada 1.000 partos por ano, dos quais 2/3 para o período de dilatação e 1/3 para o período expulsivo. Esta divisão não deve prejudicar o princípio de que todas estas camas permitirão a execução do parto.

15. Reanimação do Recém-Nascido:

As zonas de reanimação precoce do recém-nascido e de internamento do recém-nascido normal ocupam um espaço específico, habitualmente situado na área do serviço de Obstetrícia.

15.1. Nos Hospitais em que a zona de reanimação precoce do recém-nascido esteja implantada no serviço de Obstetrícia, a responsabilidade da sua organização, aquisição e manutenção dos equipamentos pertence ao serviço de Obstetrícia, devendo este estabelecer com o responsável do sector de Neonatologia as normas adequadas;

15.2. A reanimação do recém-nascido deve estar planificada, o que implica um conhecimento prévio da grande maioria das gestações em risco ou dos partos que vão necessitar manipulações obstétricas;

15.3. No estado actual, não é ainda possível contar com a presença de um pediatra, obstetra ou anestesista em cada reanimação. É porém indispensável que no momento do nascimento esteja presente um técnico devidamente capacitado para a reanimação. Uma enfermeira devidamente treinada pode assegurar esta tarefa;

15.4. Existem contudo situações, a definir em cada HAP, em que é imprescindível a presença dum pediatra na sala de partos, o que só é possível desde que ele se encontre em presença física;

15.5. As condições mínimas para uma reanimação eficaz incluem:
a) Espaço próprio. b) Mesa com plano inclinado e leito suficientemente firme. c) Fonte de calor. d) Relógio visível com indicação de segundos. e) Iluminação adequada sobre a mesa. f) Equipamento destinado à administração de oxigénio, intubação endotraqueal, aspiração de secreções, cateterismo dos vasos umbilicais e utilização de medicamentos.

15.6. A sala de reanimação deve:

- a) Estar localizada dentro ou adjacente à sala de partos.
- b) Possuir condições para fornecimento de O₂, ar comprimido e aspiração, sendo necessárias 4 tomadas de corrente com ligação à terra.
- c) Ter sempre em atenção o aquecimento do local, fundamental para se impedir a hipotermia do recém-nascido.
- d) Permitir o acesso fácil a uma incubadora ou incubadora de transporte.

16. A zona de internamento do recém-nascido normal, que obviamente está implantada na área do serviço de Obstetrícia (o recém-nascido normal deve sempre ficar ao lado da mãe), é da responsabilidade organizativa deste serviço, devendo o seu Director estabelecer com o responsável do sector de Neonatologia as normas para o seu funcionamento.

16.1. Todas as crianças devem ter pelo menos um exame pediátrico diário enquanto estão na maternidade;

16.2. Todas as crianças deverão sair da maternidade com o Boletim de Saúde Infantil preenchido e com indicações precisas sempre que necessário.

17. Especificamente no que diz respeito às unidades de neonatologia, propõe-se que:

17.1. O Sector de Neonatologia seja parte integrante do Serviço de Pediatria do respectivo HAP. Neste serviço deve haver um número de pediatras que garanta uma efectiva permanência durante todos os dias e noites do ano;

17.2. O sector de Neonatologia, sempre que tal seja possível, se articule com o Serviço de Transporte de Recém-Nascidos de Risco (INEM) e colabore estreitamente com este serviço. Considera-se urgente e prioritário organizar transporte dos RN de risco nas melhores condições, cobrindo todo o território nacional, à medida que os recursos necessários venham a ser criados e desenvolvidos;

17.3. O HAP promova a análise das causas de morte perinatal.

18. Principais áreas funcionais do sector de Neonatologia de um HAP:

18.1. Cuidados especiais:

18.1.1. Os cuidados especiais são destinados a recém-nascidos doentes que necessitam de vigilância contínua. A selecção dos casos a transferir para os HAPD deve ser determinada no hospital onde nascem. Indicamos alguns exemplos:

- Recém-nascidos com peso inferior a 1.500 grs
- Recém-nascidos com dificuldades respiratórias,

que precisem de ventilação assistida ou Fi O2 superior a 40%

- Recém-nascidos com malformações congénitas que possam ter correcção e ponham a vida da criança em risco imediato
- Infecções graves (sepsis)
- Recém-nascidos que necessitem de cirurgia ou neurocirurgia neonatal
- Suspeita de doença metabólica neonatal

O Sector de Cuidados Especiais deve estar situado perto do Bloco de Partos e os acessos devem ser fáceis.

18.1.2. O Sector de Cuidados Especiais necessita de pessoal adequado:

- Pediatra com competência em neonatologia, em presença física em cada 24 horas
- Enfermeiros (1 enfermeiro para cada 3 recém-nascidos) com experiência em neonatologia

18.1.3O Sector deve seguir as normas internacionais para cuidados especiais, de que assinalamos as seguintes:

- Cerca de 5 camas por 1.000 nados vivos, das quais 2 incubadoras;
- Meios adequados para lavagem de mãos em cada sala;
- Circuitos de sujos e limpos;
- Aquecimentos;
- Fornecimento de ar comprimido, oxigénio e aspiração por cada cama;
- Iluminação correcta.

18.1.4. O equipamento deve permitir:

- Tratar a hiperbilirrubinemia do recém-nascido (fototerapia e exsanguineotransfusão);
- Administrar pequenos volumes líquidos por via i.v.;
- Monitorizar a frequência cardíaca e respiratória de pelo menos duas crianças;
- Determinar a concentração de O₂ no ar inspirado (oxímetros);
- Permitir a ventilação de curta duração;
- Permitir a reanimação cardiorrespiratória (ambu e intubação endotraqueal);
- Dispor, pelo menos, de dois monitores de apneia.

18.1.5. A Unidade de Cuidados Especiais deverá possuir o seu livro de protocolos terapêuticos e mantê-lo actualizado, através de reuniões com outras unidades do País;

18.1.6. É fundamental possuir um registo de dados clínicos que permitam uma avaliação do trabalho produzido (diagnóstico, mortalidade, duração média de hospitalização, cartas de saída);

Toda a criança hospitalizada deve ser dirigida com informação clínica, incluída previamente no Boletim Individual de saúde, para o médico assistente.

18.2. Consulta externa/consulta de desenvolvimento:

18.2.1. A consulta tem como função seguir os recém-nascidos que estiverem hospitalizados na Unidade de Cuidados Especiais (estudo prospectivo destas crianças) ou outros grupos de crianças que sejam objecto dum projecto especial. A consulta do HAP deverá constituir

uma consulta de referência para as crianças enviadas pelos centros de saúde e não o seu substituto;

18.2.2. De salientar ser indispensável criar canais que facilitem a comunicação da informação entre o HAP e o Centro de Saúde e vice-versa, no âmbito dos pressupostos que definem a actividade da UCF da Zona.

18.3. Exames laboratoriais e diagnóstico de imagem:

18.3.1. É necessário implementar em todos os hospitais metodologia que utilize pequenos volumes de sangue para exames laboratoriais. É necessário implementar métodos fiáveis semiquantitativos (incluindo exames bacteriológicos). É necessário formar os técnicos de radiologia em radiologia pediátrica;

18.3.2. A Unidade de Cuidados Especiais necessita duma resposta adequada e rápida de alguns parâmetros essenciais, dos quais salientamos os seguintes:

- Exames de sangue: hemograma, tempo de protrombina, tempo de trombo-plastina parcial, gases do sangue arterial, bilirrubina, electrólitos, calcémia, hemo-cultura.

- Exames de urina: sumária, densidade, exame bacteriológico de urina semi-quantitativo.

- Exames do LCR: contagem de células, glucose, proteínas, exame bacteriológico.

18.3.3. Tal como se enunciou para o Serviço de Obstetrícia, os apoios de laboratório e radiologia devem ser possíveis 24/24 horas.

hospital de apoio perinatal diferenciado (hapd)

Entende-se por Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) aquele que tem capacidade para proporcionar assistência materna e perinatal, do mais alto nível técnico, esgotando todas as possibilidades de diagnóstico e terapêutica no âmbito das especialidades. Os HAPD constituem simultaneamente centros privilegiados de formação e de atualização. São igualmente suas funções introduzir e divulgar novos meios de diagnóstico e terapêutica.

Os HAPD devem, portanto, tender para reunir as seguintes condições, para além das exigidas para os HAP:

1. Existência de uma consulta pré-concepcional diferenciada com apoio multidisciplinar e laboratorial especializado e aconselhamento genético.
2. Capacidade de assistência multidisciplinar a todas as situações com patologia associada ou coexistente com a gravidez.
3. Centro de diagnóstico e terapêutica de situações patológicas embrionárias e fetais.
4. Capacidade técnica e tecnológica para dar resposta adequada a todas as situações de alto risco neonatal, exigindo-se para tal:
 - 4.1. Ventilação assistida (IPPV, INV, CPAP);
 - 4.2. Alimentação parentérica total ou parcial;
 - 4.3. Monitorização cardiorrespiratória, PO₂ Tc (contínua) e FiO₂;
 - 4.4. Tratamento do recém-nascido com convulsões;
 - 4.5. Tratamento do recém-nascido com menos de 32 semanas;

- 4.6. Tratamento do recém-nascido que necessita de intervenção cirúrgica;
 - 4.7. Tratamento dos recém-nascidos com todas as patologias que exijam meios avançados de diagnóstico e tratamento, quer nascidos no próprio hospital onde se encontra implantada a unidade de cuidados intensivos de neonatologia (UCIN), quer transportados de outros hospitais;
 - 4.8. Laboratório de bioquímica e hematologia durante as 24 horas do dia;
 - 4.9. Radiologia clássica e outros meios de diagnóstico de imagem (particularmente ecografia).
5. Localmente, os HAPD devem protocolar a sua interligação de modo a não multiplicar serviços e sectores, aumentando assim a fiabilidade da resposta, a sua eficácia e rendibilidade.

Os protocolos de colaboração levarão em conta serviços ou sectores já existentes e cujo funcionamento se processa com qualidade técnica e científica reconhecida.

6. Os HAPD integram também funções de HAP:
- 6.1. São hospitais de referência para os centros de saúde da área geográfica, colaborando nas respectivas Unidades Coordenadoras Funcionais;
 - 6.2. Devem articular-se com HAP que geograficamente com eles se relacionem.
Este relacionamento deverá ser cuidadosamente programado, de acordo com critérios de capacidade, acessibilidade e afinidade, o que implicará vantagens evidentes para a assistência pré, peri e pós-natal.

recursos humanos

OBSTETRAS

Propõem-se dois escalões, consoante o número de partos/ano de cada HAP:

- a) ≥ 2500 partos/ano - 10 obstetras (3 chefes de serviço e 7 assistentes hospitalares)
- b) < 2500 partos/ano - 9 obstetras (3 chefes de serviço e 6 assistentes hospitalares)

Os referidos quantitativos são justificados, para além da necessidade de assegurar as escalas de urgência, por ter de se dar resposta a outras actividades decorrentes da prática obstétrica:

- Consulta de referência/consulta de alto risco
- Unidade de patologia obstétrica
- Unidade de puérperas
- Ecografia
- Apoio aos CSP (clínicos gerais)
- Formação contínua

ANESTESISTAS

O quadro de anestesiologia do HAP deve prever um quantitativo global que permita assegurar a presença física permanente, 24/24H, de médicos anestesistas, de modo a dar resposta às necessidades da urgência do hospital, incluída a urgência de obstetrícia.

PEDIATRAS COM COMPETÊNCIA EM NEONATOLOGIA

Na impossibilidade de criar um quadro exclusivo de neonatologia nos HAP, de modo a responder às necessidades específicas respectivas, propõe-se que, dentro do quadro global de pediatria do hospital, sejam previstos pediatras com competência em neonatologia, de acordo com três escalões consoante o número de partos/ano:

- a) > 3 000 partos/ano - 6 pediatras (1 chefe de serviços e 5 assistentes hospitalares)
- b) 2 000 – 3 000 partos/ano - 5 pediatras (1 chefe de serviços e 4 assistentes hospitalares)
- c) < 2 000 partos/ano - 4 pediatras (1 chefe de serviços e 3 assistentes hospitalares).

O número de pediatras proposto para o escalão a) tem em atenção, para além das necessidades próprias do número de partos, a eventualidade de alguns destes hospitais poderem no futuro vir a desempenhar funções de HAPD.

Os referidos quantitativos são justificados pela necessidade de dar resposta às seguintes actividades decorrentes da prática pediátrica:

- Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia
- Reanimação do RN em risco na sala de partos
- Apoio aos RN normais
- Consulta de desenvolvimento
- Apoio à urgência geral de pediatria, tal como os restantes pediatras darão apoio às necessidades da urgência neonatal
- Apoio aos CSP (Clínicos Gerais).