



**Comissão Nacional da Saúde Materna,
da Criança e do Adolescente**

Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente

Proposta

08-06-2012

Índice

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	6
A. INTRODUÇÃO	7
B. COMPOSIÇÃO DA CNSMCA	11
C. METODOLOGIA	13
D. TIPOLOGIAS HOSPITALARES (ACSS)	13
1 TIPOLOGIA B2	13
2 TIPOLOGIA B1	14
3 TIPOLOGIA A1	14
4 TIPOLOGIA A2	15
E. CARTA HOSPITALAR - HOSPITAIS NO CONTINENTE	16
F. SERVIÇOS DE GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA E DE NEONATOLOGIA	17
1. DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DOS QUESTIONÁRIOS PREENCHIDOS PELOS DIRETORES DE SERVIÇO E/OU FORNECIDOS PELA ACSS 17	
2. NADOS VIVOS POR RESIDÊNCIA DAS MÃES 2008-2010	18
3. PROPOSTA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA CARTA HOSPITALAR MATERNA E NEONATAL.....	18
4. PROPOSTA DE CARTA HOSPITALAR DE GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA	23
5. HOSPITAIS DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO E ALTAMENTE DIFERENCIADO	24
6. RELAÇÃO ENTRE PARTOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E O NÚMERO DE NASCIMENTOS POR DISTRITO	25
7. RECURSOS EM MÉDICOS ESPECIALISTAS	25
G. SERVIÇOS DE PEDIATRIA	44
1. DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DOS QUESTIONÁRIOS PREENCHIDOS PELOS DIRETORES DE SERVIÇO E/OU FORNECIDOS PELA ACSS 44	
2. PROPOSTA DE CARTA HOSPITALAR DE PEDIATRIA	45
3. RECURSOS EM PEDIATRAS GERAIS	46
H. ÁREAS DIFERENCIADAS DA PEDIATRIA	60
1. NOTA INTRODUTÓRIA	60
2. UNIDADES DIFERENCIADAS PEDIÁTRICAS	61
3. SERVIÇOS DE PEDIATRIA - UNIDADES DIFERENCIADAS.....	62
4. ALERGOLOGIA.....	63
5. CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.....	63
6. DOENÇAS HEREDITÁRIAS DO METABOLISMO	64
7. GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA E NUTRIÇÃO	64
8. ENDOCRINOLOGIA	65
9. HEMATO-ONCOLOGIA	65
10. INFECIOLOGIA E IMUNODEFICIÊNCIAS	66
11. NEONATOLOGIA.....	66
12. NEFROLOGIA	66
13. MEDICINA DO ADOLESCENTE	67
14. NEURODESENVOLVIMENTO.....	67
15. NEUROPEDIATRIA	68
16. PNEUMOLOGIA	68

17.	REUMATOLOGIA.....	69
18.	UNIDADES DE TRANSPLANTE	69
I.	CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA E CENTROS MÉDICO-CIRÚRGICOS	76
1.	REALIDADE ATUAL DOS RECURSOS HUMANOS EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	76
2.	CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RECURSOS HUMANOS EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	77
3.	TRANSFERÊNCIA DOS DOENTES DA CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA PARA A CARDIOLOGIA DE ADULTOS.....	78
4.	PROGRAMA DE TELEMEDICINA EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	80
5.	REALIDADE ATUAL DOS RECURSOS HUMANOS EM CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA.....	81
6.	CONCLUSÃO	82
J.	CIRURGIA PEDIÁTRICA.....	84
K.	CONTRIBUTOS	92
L.	BIBLIOGRAFIA.....	93

Índice de Quadros

QUADRO 1 - REGIÃO NORTE - SERVIÇOS DE OBSTETRÍCIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE PARTOS E RECURSOS EM OBSTETRAS	28
QUADRO 2 - REGIÃO CENTRO - SERVIÇOS DE OBSTETRÍCIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE PARTOS E RECURSOS EM OBSTETRAS	30
QUADRO 3 - REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO - SERVIÇOS DE OBSTETRÍCIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE PARTOS E RECURSOS EM OBSTETRAS	31
QUADRO 4 - REGIÃO ALENTEJO - SERVIÇOS DE OBSTETRÍCIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE PARTOS E RECURSOS EM OBSTETRAS	33
QUADRO 5 - REGIÃO ALGARVE - SERVIÇOS DE OBSTETRÍCIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE PARTOS E RECURSOS EM OBSTETRAS	33
QUADRO 6 - REGIÕES AUTÓNOMAS - SERVIÇOS DE OBSTETRÍCIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE PARTOS E RECURSOS EM OBSTETRAS	34
QUADRO 7 - NÚMERO DE NADOS VIVOS <i>VERSUS</i> NÚMERO DE PARTOS NOS HOSPITAIS DO MESMO DISTRITO EM 2010	35
QUADRO 8 - REGIÃO NORTE - UNIDADES DE NEONATOLOGIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE INTERNAMENTOS <1500G E RECURSOS EM PEDIATRAS	37
QUADRO 9 - REGIÃO CENTRO - UNIDADES DE NEONATOLOGIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE INTERNAMENTOS <1500G E RECURSOS EM PEDIATRAS	39
QUADRO 10 - REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO - UNIDADES DE NEONATOLOGIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE INTERNAMENTOS <1500G E RECURSOS EM PEDIATRAS	40
QUADRO 11 - REGIÃO ALENTEJO - UNIDADES DE NEONATOLOGIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE INTERNAMENTOS <1500G E RECURSOS EM PEDIATRAS	42
QUADRO 12 - REGIÃO ALGARVE - UNIDADES DE NEONATOLOGIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE INTERNAMENTOS <1500G E RECURSOS EM PEDIATRAS	42
QUADRO 13 - REGIÕES AUTÓNOMAS - UNIDADES DE NEONATOLOGIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, NÚMERO DE INTERNAMENTOS <1500G E RECURSOS EM PEDIATRAS	43
QUADRO 14 - REGIÃO NORTE - SERVIÇOS DE PEDIATRIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, Nº DE CRIANÇAS POR ÁREA DE ATRAÇÃO E RECURSOS EM PEDIATRAS.....	49
QUADRO 15 - REGIÃO CENTRO - SERVIÇOS DE PEDIATRIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, Nº DE CRIANÇAS POR ÁREA DE ATRAÇÃO E RECURSOS EM PEDIATRA	52
QUADRO 16 - REGIÃO LVT - SERVIÇOS DE PEDIATRIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, Nº DE CRIANÇAS POR ÁREA DE ATRAÇÃO E RECURSOS EM PEDIATRAS.....	55
QUADRO 17 - REGIÃO ALENTEJO, ALGARVE E REGIÕES AUTÓNOMAS - SERVIÇOS DE PEDIATRIA POR TIPOLOGIA HOSPITALAR, Nº DE CRIANÇAS POR ÁREA DE ATRAÇÃO E RECURSOS EM PEDIATRAS	58
QUADRO 18 - PROPOSTA DE UNIDADES DIFERENCIADAS E RECURSOS EM PEDIATRAS POR REGIÃO.....	70
QUADRO 19 - RECURSOS EM PEDIATRAS – HOSPITAIS COM UNIDADES DIFERENCIADAS.....	72
QUADRO 20 - DISTRIBUIÇÃO DOS PEDIATRAS POR ARS EXCLUINDO OS NEONATOLOGISTAS.....	74
QUADRO 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS NEONATOLOGISTAS DOS HOSPITAIS A1 POR ARS.....	74
QUADRO 22 - DISTRIBUIÇÃO DO TOTAL DE PEDIATRAS, INCLUINDO OS NEONATOLOGISTAS POR ARS.....	75

Índice de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CH	Centro Hospitalar
CHAA	Centro Hospitalar Alto Ave
CHED	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga
CHLC	Centro Hospitalar Lisboa Central
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte
CHLO	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
CHP	Centro Hospitalar do Porto
CHTMAD	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
CHUC	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
CNSCA	Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente
CNSMCA	Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente
CPRE	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
ECMO	Extracorporeal Membrane Oxygenation
EPE	Entidade Pública Empresarial
HAP	Hospital de Apoio Perinatal
HAPD	Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado
HAPAD	Hospital de Apoio Perinatal Altamente Diferenciado
HPP	Hospital Público Privado
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MAC	Maternidade Alfredo da Costa
MI	Mortalidade Infantil
MODY	Maturity-Onset Diabetes of the Young
OCDE	Organization for Economic Cooperation and Development
PPP	Parceria Público Privada
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RN	Recém-nascido
RPR	Rede Perinatal Regional
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCF	Unidade Coordenadora Funcional
UCFih	Unidade Coordenadora Funcional inter-hospitalar
UD	Unidade Diferenciada
ULS	Unidade Local de Saúde

A. Introdução

Há 30-40 anos Portugal tinha dos piores indicadores da Europa na área da saúde materna e infantil, a articulação entre níveis de cuidados assistenciais primários e secundários era praticamente nula e as medidas de prevenção, promoção e educação para a Saúde muito incipientes.

Porém, nas últimas décadas, a evolução foi drástica, mercê não só da reconhecida melhoria das condições sócio económicas das populações, mas também de um outro olhar sobre as necessidades em Saúde, que culminou com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com programas específicos para a área materno-infantil.

Estas mudanças organizadas pelos diferentes governos foram alicerçadas na visão de sucessivas gerações de profissionais de saúde sábios, humanistas e reflexivos, que contribuíram de forma decisiva para alterar no país a maneira de encarar a saúde materna e infantil.

Foi de particular relevância neste progresso a nomeação da primeira Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, em Março de 1989, bem como todo o trabalho por ela desenvolvido e as recomendações que produziu, entre as quais a publicação do Despacho nº 6/1991, de 20 de junho, que criou as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) e que foi ampliado em 1998 pelo Despacho n.º 12917/1998 para abarcar a vertente da criança e do adolescente.

O papel das UCF e das Comissões Regionais de Saúde Materna da Criança e do Adolescente (CRSMCA), foi já no âmbito da atual Comissão Nacional, reforçado com a publicação do Despacho n.º 9871/2010 de 11 de junho, posteriormente retificado pelo Despacho 17595/2010 de 23 de novembro.

Os serviços passaram a ser concebidos em torno das necessidades da grávida e da criança e a complementaridade de cuidados passou a ser centrada na pessoa e na continuidade de cuidados entre níveis assistenciais.

E foi da adição, que aqui resumo a três parcelas: redução das desigualdades, melhoria das condições assistenciais e assunção plena por parte dos governos e sociedade dos direitos dos cidadãos, que surgiu a soma que se traduz hoje na acessibilidade universal de mulheres, crianças e jovens aos serviços de saúde de que necessitam, independentemente do local de residência, da naturalidade ou da nacionalidade.

Muitos foram os que participaram na construção de um país que, apesar de chamado na Europa, de periférico, atingiu indicadores na área da saúde materna e infantil, semelhantes e até superiores aos dos países mais desenvolvidos do mundo. Foi mesmo classificado, internacionalmente, como caso de sucesso e estudo e apontado como exemplo a seguir e replicar.

Em 1970 morriam em Portugal cerca de 12.000 crianças no primeiro ano de vida. Em 2010 faleceram cerca de 250, estando aqui incluídas todas as crianças que nasceram com 500 ou mais gramas, traduzindo-se numa Mortalidade Infantil (MI) de 2.5/1000 nado vivos, a mais baixa de sempre, o 2º valor mais baixo da UE dos 27, só suplantado pela Finlândia com 2.3. A mortalidade materna relacionada com a gravidez e/ou o parto tornou-se insignificante.

A Fundação Europeia para os cuidados ao recém-nascido publicou em 2011, no seu Benchmarking Report, que países como Portugal e o Reino Unido, demonstram que a ação política orientada para a regionalização e interligação dos cuidados, são compromissos essenciais e eficazes para garantir elevados padrões de saúde neonatal.

A Organização Mundial de Saúde no seu Relatório de 2008, destacou também a melhoria dos cuidados materno-infantis em Portugal, tendo atribuído este resultado à organização e à complementaridade entre cuidados primários e secundários, centrados nas necessidades da grávida e da criança

A UNICEF no seu relatório de Dezembro de 2010, em que foram avaliados 24 Países da OCDE, referiu que Portugal se encontrava dentro dos três países com níveis mais baixos na desigualdade do acesso a cuidados de saúde.

Podemos assim afirmar, que nenhuma geração teve acesso a cuidados de saúde de qualidade como a atual. Foi possível garantir esta escalada de sucesso mesmo no contexto conhecido das dificuldades orçamentais que sempre se viveram na Saúde, sinal de boa gestão dos recursos públicos que, à luz da presente realidade, ainda mais restritiva, tem de ser intensificada no sentido da continuidade dos ganhos conseguidos.

Para tanto, perspetivam-se enormes desafios, para garantir a continuidade na prestação de cuidados de saúde de qualidade, se possível com níveis superiores de eficiência e eficácia, com a racionalização dos custos.

A atual crise financeira pode pôr em causa o estado social, mas será também uma oportunidade única para nos recriarmos e melhorar o nosso sistema

organizacional, na procura da consolidação e do caminho para a excelência do SNS em geral e em particular na área da saúde materna e infantil.

Em Portugal, nos últimos anos, a falta de orientações claras de planeamento e de atualização e de aplicação de redes de referência, a par da acelerada melhoria da formação técnico-profissional e do acesso a equipamentos, levou a que se instalasse um processo de “autocriação” de serviços considerados “diferenciados”, com afetação de recursos diversos, humanos e técnicos, com custos inerentes, sem suporte em estudos sobre o custo-benefício, nem cálculos baseados em critérios geodemográficos ou outros, como as necessidades formativas ou a distribuição racional dos técnicos dotados de experiência e conhecimento muito especializados.

Esta evolução não contribuiu de modo nenhum para a desejável articulação de cuidados em redes de organização do SNS, pondo em causa a acessibilidade e equidade na prestação e continuidade dos cuidados e, bem assim, a sua sustentabilidade.

O Programa do XIX Governo Constitucional e o memorando assinado com a Troika em 2011, impõem assim a definição de uma carta hospitalar e das inerentes redes de referência, sendo a quantificação dos recursos em médicos a afetar a cada especialidade hospitalar, uma das tarefas prioritárias.

Nesta conformidade e no que se refere à população alvo desta CNSMCA, a definição de uma carta hospitalar Materna e Pediátrica, com atualização da rede materna e neonatal em vigor, com a caracterização clara das unidades gerais e diferenciadas que ela deve conter, e as respetivas redes de referência, afigura-se como uma base de trabalho crucial para atingir aquele desiderato.

Paralelamente, será preciso definir claramente a política de acesso aos cuidados de saúde. Se o cidadão deve manter a liberdade de escolha de um serviço do SNS ou se, pelo contrário, deve respeitar a sua área de residência. Sem este pressuposto definido, será difícil fundamentar a recomendação, de definir uma carta hospitalar e consequentes redes de referência e ver respeitado o princípio básico da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

A CNSMCA, no âmbito das suas competências e ciente das atribuições conferidas e contempladas no despacho que a constituiu, vem, com o presente documento, apresentar uma proposta de construção de Carta Hospitalar Materna e Pediátrica, que integra os Serviços de Ginecologia-Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria Geral e Pediatria Diferenciada, Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Pediátrica. As redes de

referenciação serão construídas após definição da carta hospitalar. Em relação à Saúde Mental Infantil e Juvenil, remete para a rede aprovada em 2011.

Billot Xavier

B. Composição da CNSMCA

Presidente

Júlio Augusto Bilhota Salvado Xavier

Diretor do Serviço de Pediatria e Presidente da Comissão da Qualidade do Centro Hospitalar Leiria—Pombal

Vogais

Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira

Enfermeira especialista em Saúde Comunitária do Centro de Saúde de Celas em Coimbra

Ana Lúcia Esteves Torgal Cunha Freire

Enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica do Centro de Saúde de Oeiras

António José Foz Romão

Presidente do Conselho Clínico do ACES Oeste Norte

Eduardo Manuel Alçada da Gama Castela

Diretor do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Elsa Maria Simão do Vale Rocha

Assistente Graduada de Pediatria do Hospital de Faro e Presidente da Comissão Regional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente da Região do Algarve

Emília Martins Nunes

Diretora do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

Helena Maria Pereira Faria Jardim

Diretora do Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, Membro da Comissão Regional da Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente da Região Norte

Joaquim António Pancada Correia

Assistente Graduado Sénior de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Lisboa Central

Joaquim Manuel Martins Carvalho

Assistente Graduado Sénior de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital do Espírito Santo de Évora e membro da Comissão Regional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente da Região do Alentejo

José Carlos Cabral Peixoto

Assistente Graduado Sénior de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e Presidente da Comissão Regional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente da Região Centro

Jorge Manuel Tavares Lopes de Andrade Saraiva

Diretor do Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e Coordenador da Unidade Coordenadora Funcional Inter-Hospitalar de Pediatria da Região Centro

José Paulo Achando da Silva Moura

Diretor do Serviço de Obstetrícia da Maternidade Daniel de Matos, do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Luís Manuel Facco Simões Ferreira

Diretor da Área de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central

Luísa Maria Amado Matos

Enfermeira Chefe do Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar do Porto

Maria Manuela de Jesus Correia

Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Centro Hospitalar Lisboa Norte e membro da Comissão Regional da Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente de Lisboa e Vale do Tejo

Maria Teresa Simões Tomé Correia

Diretora do Serviço de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa do Centro Hospitalar Lisboa Central

Paolo Maria Casella

Diretor da Área de Cirurgia Pediátrica do Centro Hospitalar de Lisboa Central; Membro do Conselho Diretivo do Colégio de Cirurgia Pediátrica

Paulo Miguel Pereira Sarmento de Carvalho

Diretor do Departamento da Mulher e de Neonatologia do Centro Hospitalar do Porto, Membro da Comissão Regional da Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente da Região Norte

Rui Vasconcelos

Diretor do Serviço de Pediatria do Hospital Nélio Mendonça - Funchal

Valdemar Cardoso Carvalho Martins

Assistente Graduado de Neonatologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo e membro do Conselho Diretivo do Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos

C. Metodologia

A CNSMCA elaborou diferentes questionários dirigidos, via Conselhos de Administração, aos Diretores de Departamento/ Serviço de Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria, neste caso com componentes diferentes para a pediatria geral e para a pediatria diferenciada, do Continente e Regiões Autónomas. Foram igualmente distribuídos às Sociedades Científicas e aos Colégios de Obstetrícia e Pediatria, em dezembro de 2011.

No caso das especialidades de Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Pediátrica foram estabelecidos contactos e feitas reuniões inter pares.

As propostas adiante formuladas são baseadas nos dados e comentários contidos nas respostas recebidas, nas recomendações publicadas em 2009 pela ex-Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente, com as devidas adaptações e na pesquisa bibliográfica. A tipificação dos hospitais adotada neste documento é atualmente recomendada pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS).

Aos questionários acima referidos responderam: Colégio de Obstetrícia, Colégio de Pediatria, Sociedade Portuguesa de Pediatria e todas suas Secções, Serviços de Obstetrícia 72,1% (Centrais 100%), Serviços de Pediatria 83% (Centrais 100%).

D. Tipologias Hospitalares (ACSS)

1 Tipologia B2

Hospital que serve uma população de cerca de 150.000 habitantes, integra a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e possui urgência médico-cirúrgica.

Estes hospitais não justificam a existência de todas as especialidades, tendo capacidade técnica para assegurar mais de 80% da diversidade dos cuidados necessários desta população, em função das especialidades assistenciais de que dispõem.

Assume-se que 10 a 15% dos doentes serão referenciados para hospitais de tipologia B1 e/ou A e os remanescentes optarão pelo setor privado. Recomenda-se que tenham entre 15 a 17 especialidades, designadamente: medicina interna, cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, neurologia, psiquiatria, pediatria, cirurgia

geral, ortopedia, urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, anestesiologia, medicina física e reabilitação e radiologia.

São exemplos desta tipologia o CH do Nordeste EPE; a ULS da Guarda EPE; o CH do Oeste Norte; a ULS do Baixo Alentejo EPE, e o CH do Barlavento Algarvio EPE.

2 Tipologia B1

Serve uma população de cerca de 250.000 a 300.000 habitantes, integra a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e dispõe de urgência médico-cirúrgica.

Tem capacidade técnica para responder a, pelo menos, 85% das necessidades globais e servir de referência de 2.ª linha para os hospitais de tipologia B2.

Assume-se que 5 a 10% venham a ser referenciados para hospitais de tipologia A e os remanescentes optarão pelo setor privado. Dispõe habitualmente de 20 a 24 especialidades (as existentes nos B2, podendo ser acrescidas de oncologia médica, nefrologia, endocrinologia, infeciologia, reumatologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, conforme a dimensão populacional).

São exemplos desta tipologia a ULS do Alto Minho EPE; o CH do Alto Ave EPE; o CH do Baixo Vouga EPE; o CH do Barreiro-Montijo EPE e o CH do Médio Tejo EPE.

3 Tipologia A1

Por insuficiência de resposta à carteira de cuidados por parte de alguns hospitais, constata-se que os de tipologia A1 claramente ultrapassam a carteira que lhes competiria, assegurando um vasto leque de cuidados menos especializados (que deveriam ser realizados pelos hospitais das tipologias anteriores), com prejuízo claro dos doentes com patologias mais complexas que mereceriam uma resposta atempada e de qualidade.

Um hospital que sirva uma população direta de cerca de 350.000 habitantes, uma população de referência de segunda e terceira linha de mais de 650.000 habitantes, denomina-se A1. Todos integram a rede de urgência/emergência com urgências polivalentes.

Estes hospitais têm capacidade técnica para assegurar 100% da diversidade dos cuidados necessários da população que servem. Espera-se que estes hospitais respondam a, pelo menos, 90% das necessidades globais da população, assumindo que

5 a 10% das necessidades sejam satisfeitas pelo setor privado. Nesta tipologia encontram-se os hospitais de fim de linha da medicina portuguesa.

São exemplos desta tipologia o CH de São João EPE; o CH do Porto EPE; o CH e Universitário de Coimbra EPE; o CH Lisboa Central EPE e o CH Lisboa Norte EPE.

4 Tipologia A2

Trata-se de hospitais que, apesar de terem populações que oscilam entre os B1 e os A1, são considerados pela rede de urgência como hospitais polivalentes, devendo por isso vir a ter responsabilidades acrescidas nas respostas às necessidades, não só aos da sua área direta, mas também como referência para os hospitais B2 e B1 que lhes estão próximos. Alguns destes hospitais devem ser referência para o trauma.

Tendo em conta as necessidades desta população, a organização do sistema de saúde, a diferenciação do hospital e o desempenho atrás indicado, estes hospitais devem responder a pelo menos 85 a 90% das necessidades globais da população. Assume-se que 5 a 10% venham a ser referenciados para hospitais A1 e os restantes optem por estabelecimentos privados.

São exemplos desta tipologia o CH de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE; o CH de Tondela-Viseu EPE; o Hospital Garcia de Orta EPE; o Hospital do Espírito Santo EPE, e o Hospital de Faro.

F. Serviços de Ginecologia - Obstetrícia e de Neonatologia

1. Dados obtidos através dos questionários preenchidos pelos diretores de serviço e/ou fornecidos pela ACSS¹

1.1 Serviços de Obstetrícia existentes

1.1.1 Total 45: Continente 41; Regiões Autónomas 4 (RAM 1; RAA 3)

1.2 Nº de hospitais com <1500 partos em 2010: 14

1.2.1 Norte - 2 – CH Nordeste; CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde.

1.2.2 Centro - 3 – ULS Guarda; CH Cova da Beira; ULS Castelo Branco;

1.2.3 LVT - 4 - CH do Oeste Norte; CH Torres Vedras; CH Médio Tejo; H Reynaldo dos Santos

1.2.4 Alentejo -3 – ULS Alto Alentejo; H Évora, ULS Baixo Alentejo

1.2.5 Algarve - 0;

1.2.6 RAM - 0;

1.2.7 RAA - 2 – Hospital de Angra do Heroísmo; Hospital da Horta

1.3 Hospitais Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) – Obstetrícia e Neonatologia: 21/45 (47%);

1.3.1 Norte 7-8/13 (61,5%); Centro 3/9² (33%); Lisboa e Vale do Tejo (LVT) 6/14³ (43%); Alentejo 1/3 (33,3%), Algarve 1/2 (50%); RAM 1/1 (100%); RAA 1/3 (33,3%)

1.4 Obstetras a trabalhar no SNS com ≥ 50 anos: 58%;

1.4.1 Norte 51,4%; Centro 64,3%; LVT 54,7%; Alentejo 87,9%, Algarve? (Barlavento 91,7%); Madeira 50%; Açores?

1.5 Taxa de cesarianas – 2010/2011 (setembro): 32,0/30,1%;

1.5.1 Norte 34,3/31,4%; Centro 31,4/30,4%; LVT 30,1/28,9%; Alentejo 37,2/36,5%; Algarve 32,6/28,0%; RAM 28,1/26,2%; RAA?

1.6 Nº de internamentos de recém-nascidos <1500g: em 2010/ 2011 (setembro): Total 794/525 (Relação 2010 estimativa para 2011, redução de 12%);

¹ Os dados referentes à tipificação dos hospitais, número de habitantes por área de influência e número de partos por hospital referentes a 2010, se não associados a outras informações, foram fornecidos pela ACSS, todos os outros pelos diretores dos respetivos serviços hospitalares - Ver quadros 1-13.

² Inclui Hospital Pediátrico Carmona da Mota.

³ No CHLC – duas unidades diferenciadas: MAC e HDE.

1.6.1 Norte 281/135; Centro 144/84; LVT 376/277; Alentejo 39/18; Algarve 54/38, RAM 17/11; RAA?

2. Nados vivos por residência das mães 2008-2010

Local de residência da mãe/ano	2010	2009	2008
Total	101.507	99.576	104.675
Continente	96.133	94.324	99.057
Norte	33.046	32.760	34.631
Centro	19.127	18.934	20.156
Lisboa	32.716	31.591	32.770
Alentejo	6.382	6.242	6.558
Algarve	4.862	4.797	4.942
Região Autónoma dos Açores	2.719	2.786	2.836
Região Autónoma da Madeira	2.529	2.380	2.699
Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe; Anual - INE, Nados-Vivos – última atualização 2011.11.21			

3. Proposta para a implementação de uma Carta Hospitalar Materna e Neonatal

3.1. Fundamentos

3.1.1. A maioria dos estudos que investigam a relação entre o prognóstico neonatal e o nível de cuidados perinatais indicam que a morbidade e a mortalidade dos recém-nascidos de muito baixo peso, são menores quando o nascimento ocorre numa unidade com maior número de partos e maior diferenciação dos profissionais, incluindo a presença de subespecialidades pediátricas. O risco de mortalidade dos recém-nascidos com menos de 1500g de peso ao nascer é significativamente superior se o parto ocorrer num hospital sem unidade de cuidados intensivos. Os recém-nascidos abaixo dos 1500g, representam menos de 1% dos nados vivos nacionais, mas correspondem a cerca de 55% da mortalidade neonatal e a um terço da mortalidade infantil.

3.1.2. A concentração dos RN de Alto Risco é recomendada, porque rentabiliza os recursos e melhora a eficiência e efetividade. Para tal é necessário consolidar as Redes Perinatais Regionais (RPR), para que garantam a Coordenação, Comunicação, Cooperação, Continuidade, Complementaridade, Concentração de Recursos e um sistema de avaliação e formação contínuas.

3.1.3. As RPR devem desenvolver e atualizar os processos de referência, nomeadamente nas seguintes áreas: diagnóstico pré-natal, intervenção in útero, transferências ante e pós-natais. Há recursos que só são eficientes se integrarem algumas RPR. Ex: Terapêutica Fetal, Transporte Neonatal,

Cirurgia Neonatal, Cirurgia Cardíaca, ECMO, etc. Para algumas destas atividades altamente diferenciadas, há a necessidade da sua concentração a nível regional e nalguns casos a nível nacional.

- 3.1.4. A maioria dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciados (HAPD) existentes no País, garante uma boa qualidade assistencial. Há no entanto unidades que não têm movimento suficiente para garantir eficiência. Algumas justificam-se por questões geográficas. Outras têm soluções alternativas de funcionamento no imediato, com a revisão de redes de referência. Outras podem vir a ter soluções alternativas, que passam pela concentração de unidades, se os serviços recetores/alternativos preencherem as condições.
- 3.1.5. As alternativas a implementar têm que garantir dimensão, recursos humanos competentes e tecnologia adequada. A adesão e a comunicação entre os profissionais são fundamentais para o sucesso das RPR. Levar a cabo a concentração de serviços que garantem qualidade no presente, sem se garantir comunicação e capacidade de resposta por parte dos serviços recetores, pode pôr em causa a excelência da qualidade da assistência perinatal atual. As relações entre os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e os HAPD atuais devem ser mantidas e reforçadas. Os HAPD que venham a passar a HAP, devem definir os processos de referência no seio das RPR.
- 3.1.6. Tendo em consideração a necessidade desta maior diferenciação, e concentração, deverão ser constituídos serviços capazes de prestar cuidados altamente especializados, identificados como Hospital de Apoio Altamente Diferenciado (HAPAD).
- 3.1.7. Os HAPAD devem ser os coordenadores das RPR.
- 3.1.8. As relações entre os HAP e os HAPD e HAPAD respetivos, devem ser reforçadas. Estes hospitais em conjunto irão definir os processos de referência no imediato.
- 3.1.9. Estes processos terão a supervisão das CRSMCA/ARS. Para questões de organização/avaliação e formação, as CRSMCA devem criar as Unidades Coordenadoras Funcionais inter-hospitalares (UCFih), já existentes na Região Centro, com bons resultados.

3.2. Incorporação progressiva das maternidades existentes em hospitais gerais

A separação física dos Blocos Centrais dos HAP/HAPD dos Hospitais Gerais de Adultos, cria dificuldades no que respeita à segurança das mães, no que concerne o apoio médico-cirúrgico diferenciado, como cuidados de medicina intensiva e recobro anestésico, suporte laboratorial e de imuno-

hemoterapia, o que torna recomendável a incorporação das maternidades existentes em hospitais gerais. Será exceção neste contexto a Maternidade Júlio Diniz, dada a construção em curso, do Centro Materno-Infantil do Norte integrado no CH Porto.

3.3. Hospitais de Apoio Perinatal

- 3.3.1. Os HAP deverão ter Serviços de Obstetrícia e de Ginecologia com possibilidade de acesso a Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos, bem como Serviço de Pediatria/Neonatologia. Deverá existir no Centro Hospitalar/Hospital, uma área da qualidade que permita a sua melhoria contínua.
- 3.3.2. Localizados nos hospitais B1 e B2 e alguns A2.

3.4. Obstetrícia

- 3.4.1. Gravidez - Acolher todas as grávidas e em especial as situações de gravidez de baixo/médio risco com vigilância partilhada com os Cuidados Primários. Consulta de Avaliação de Risco Obstétrico adequado ao seu nível de diferenciação e competências específicas existentes no Serviço. Vigilância de gravidez de termo em articulação protocolada com os Cuidados Primários.
- 3.4.2. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) - Assegurar a realização de Ecografia do 1º trimestre; Marcadores Bioquímicos; Ecografia Morfológica.
- 3.4.3. Diagnóstico Pré-Natal: Deverá assegurar o Programa Vertical de Diagnóstico Pré-Natal destinado a toda a população da sua área de influência (Centro de Saúde da sua área – Unidade Coordenadora Funcional); Poderá assegurar os exames Invasivos (Ex. amniocenteses) necessários ou em alternativa ter acordo com o Centro de Diagnóstico Pré-Natal de referência. Os médicos envolvidos devem ser creditados em Ecografia, ter Sistema informático – ASTRAIA (ou similar); Eventualmente poderá ter, para a realização de técnicas invasivas, Centro de Diagnóstico Pré-Natal devidamente creditado.
- 3.4.4. Gravidez de risco - Ter internamento destinado a grávidas de risco com o suporte multidisciplinar adequado.
- 3.4.5. Interrupção de Gravidez - assegurar o cumprimento da lei, que pode incluir fluxograma de envio a outra entidade, como legislado.
- 3.4.6. Anestesia - Assegurar cada 24 horas a disponibilidade de analgesia epidural.

3.5. Obstetrícia e Ginecologia

- 3.5.1. Consulta - Preconcepção e Planejamento Familiar.
- 3.5.2. Imagiologia – Ecografia Obstétrica e Ginecológica.
- 3.5.3. Área de Urgência Obstétrica e Ginecológica.

3.6. Ginecologia

- 3.6.1. Consultas - Ginecologia Geral; Consultas de Diagnóstico e eventual terapêutica na área de Oncologia em articulação com o HAPD ou IPO; Consultas de Infertilidade com articulação com o Centro de Procriação Medicamente Assistida de referência. A diferenciação das Consultas Externas e a existência de programas multidisciplinares terão em conta as capacidades instaladas, bem como a diferenciação técnica dos profissionais envolvidos.
- 3.6.2. Centro de Procriação Medicamente Assistida - poderá existir se creditado.

3.7. Neonatologia – Unidade de Cuidados Especiais

- 3.7.1. Funções - estabilização do RN pré-transporte, monitorização contínua dos parâmetros vitais, ventilação invasiva ou não invasiva de curta duração (<24h), alimentação enteral, fototerapia. Continuidade de cuidados aos RN provenientes de unidades mais diferenciadas.

3.8. Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

- 3.8.1. Os hospitais de apoio perinatal diferenciado deverão ter Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, bem como Serviço de Neonatologia com Unidade de Cuidados Intensivos e assegurar os mesmos cuidados dos HAP para a sua área de influência direta. No Centro Hospitalar/Hospital deverá existir Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos.
- 3.8.2. Devem ficar localizados nos hospitais A1 e eventualmente em alguns A2.

3.9. Obstetrícia

- 3.9.1. Centro de diagnóstico pré-natal creditado; Consulta de Patologia Fetal; Rastreio de Anomalias Congénitas; Aconselhamento Genético; Unidade de Medicina Materno Fetal.
- 3.9.2. Internamento – diferenciado com apoio multidisciplinar organizado com os outros Serviços do Centro Hospitalar/Hospital.

- 3.9.3. Unidades Multidisciplinares especializadas de Diabetes e Gravidez.
- 3.9.4. Doenças Hipertensivas e Gravidez; Patologia do 1º trimestre; Programa Vertical de Interrupção médica da Gravidez; Gravidez Ectópica; Doença do Trofoblasto.
- 3.9.5. Consultas Multidisciplinares destinadas a: Adolescência; Doenças Neurológicas; Doenças Hematológicas; Doenças Aditivas; Doenças Infeciosas; Doença Mental; Doenças Auto Imunes; Doenças Digestivas; Doenças Respiratórias; Risco de Parto Pré-Termo e Insucesso Reprodutivo; Gravidez Múltipla.

3.10. Obstetrícia/Ginecologia

- 3.10.1. Idêntica ao HAP.

3.11. Ginecologia

- 1.1.1. Grupo Multidisciplinar de Oncologia. Incluindo área destinada à patologia mamária. Poderá ter acordo com o IPO.
- 1.1.2. Área autónoma destinada à Patologia do Colo, Vulva e Vagina.
- 1.1.3. Centro de Procriação Medicamente Assistida Creditado.
- 1.1.4. Unidade Multidisciplinar Uroginecologia e Pavimento Pélvico.
- 1.1.5. Unidade de Endoscopia Ginecológica, área de Ambulatório.
- 1.1.6. Consulta destinada a Menopausa.

3.12. Neonatologia – Unidade de Cuidados Intensivos

- 3.12.1. Técnicas específicas - Suporte respiratório invasivo ou não invasivo de curta ou longa duração, alimentação parenteral e todos os cuidados que lhe são inerentes.
- 3.12.2. Internamento - O número de camas necessário varia de país para país, parecendo que o valor mais consensual será de uma cama por mil recém-nascidos. Na Região Centro existem 11 camas, 4 em cada maternidade e 3 no Hospital Pediátrico Carmona da Mota (HPCM), não tendo em 2010 e 2011 sido transferido qualquer recém-nascido para as outras regiões. Neste caso 0,7 camas por 1000 recém-nascidos têm sido suficientes. Tendo em conta o número de nascimentos por residência das mães por região serão necessárias: Região Norte 23-33; Região Centro 13-19; LVT e Alentejo 27-39, Algarve 3-5. As unidades dos HAPAD devem ter pelo menos 12 camas. Atualmente só existem duas unidades com essa capacidade: Maternidade Alfredo da Costa (MAC) e Maternidade Júlio Diniz (MJD).

3.12.3. Cuidados Intermédios - Há que prever um número de camas para cuidados intermédios; internacionalmente é proposto um *ratio* de duas camas de cuidados intermédios para uma cama de cuidados intensivos, tendo também em conta os prematuros tardios. Em Portugal provavelmente uma relação de 1:1-1,5 será suficiente, desde que se mantenha e aprofunde o envio dos RN depois de estabilizados para o HAP da área de residência das mães.

3.13. Hospital de Apoio Perinatal Altamente Diferenciado

3.13.1. Terão de cumprir os critérios para os HAP e HAPD e os abaixo referidos.

3.13.2. Devem ficar localizados nos hospitais A1 a selecionar.

3.14. Obstetrícia

3.14.1. Centro Pré-natal de Diagnóstico e Terapêutica Fetal creditado. A Comissão Nacional de Diagnóstico Pré-Natal deverá pronunciar-se sobre as técnicas de terapêutica fetal que deverão ser implementadas neste tipo de centros e aquelas em que as grávidas deverão ser encaminhadas para centros europeus (atualmente Barcelona, Londres e Paris).

3.14.2. Unidade de Medicina Materno Fetal, com área destinada a grávidas com patologia cardíaca major e possibilidade de Radiologia de Intervenção.

3.15. Neonatologia – Unidade de Cuidados Intensivos

1.1.7. Fornecem todo o tipo de cuidados intensivos, incluindo hipotermia e cirurgia neonatal. Têm recursos humanos e técnicos para prestar cuidados a recém-nascidos abaixo das 27 semanas de gestação e concentrar se possível todas as gestações no limite da viabilidade, 23-24 semanas.

1.1.8. ECMO - uma unidade a nível nacional.

4. Proposta de Carta Hospitalar de Ginecologia - Obstetrícia e Neonatologia

4.1. Hospitais de Apoio Perinatal

A CNSMCA entende que se devem manter os hospitais assinalados nos quadros 1-5, exceto os abaixo identificados, pelo seu baixo movimento e possibilidade de serem requalificados em parceria com outras unidades hospitalares.

- 4.1.1. CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde – O número de partos inferior a 1200 e a existência na proximidade de soluções eficazes, sem necessidade de custos adicionais, justifica a concentração noutra hospital;
- 4.1.2. Beira Interior – Embora o movimento dos três hospitais apenas justifique um HAP, por razões geográficas, sociais e a necessidade de discriminar positivamente o interior, propõe-se concentrar os partos em dois hospitais;
- 4.1.3. CH Oeste Norte e CH Torres Vedras – integração dos dois serviços existentes;
- 4.1.4. H Reynaldo dos Santos - referenciar partos para outro hospital, pelas mesmas razões referidas anteriormente. Eventual limitação pelo contrato PPP;
- 4.1.5. Partos em Badajoz - Sinalizar para Portalegre as residentes na área de Elvas. Duração da viagem para a maior distância inferior a 60 minutos; Sinalizar para o CH Médio Tejo, as de Ponte de Sôr, a cerca de 15 minutos de distância;
- 4.1.6. Bragança, CH Médio Tejo, Portalegre, Évora e Beja – embora com um número de partos inferior a 1500, manter, por questões geográficas e sociais e pela necessidade de discriminar positivamente o interior;
- 4.1.7. Os hospitais a manter com um número de partos inferior a 1500 ano, devem assumir o compromisso, a ser inscrito no contrato programa, que garanta a planificação anual da formação contínua dos profissionais de saúde ligados aos Serviços de Obstetrícia e Pediatria. Pelo menos 50% dos médicos e enfermeiros devem frequentar, em cada ano, cursos de formação na área da perinatologia a dinamizar pelo hospital em causa;
- 4.1.8. Os Blocos de Partos e as unidades de cuidados especiais de neonatologia, existentes em centros hospitalares, devem ficar localizados no mesmo hospital onde estiver sediado o Serviço de Pediatria.

5. Hospitais de apoio perinatal diferenciado e altamente diferenciado

- 5.1. Pela necessidade de concentrar, recursos humanos e saberes e meios técnicos propõe-se:
 - 5.1.1. Maternidade Bissaya Barreto e Maternidade Daniel de Matos – Integração num único Departamento/Serviço de Ginecologia-Obstetrícia e Serviço de Neonatologia;

- 5.1.2. Maternidade Alfredo da Costa, Maternidade Magalhães Coutinho e Serviço de Neonatologia do Hospital de D. Estefânia - Integração num único Departamento/Serviço de Ginecologia-Obstetrícia e Serviço de Neonatologia;
- 5.2. Tendo como exemplo a Região Centro, onde existem atualmente dois HAPD e a médio prazo um único, poderemos estimar para as diferentes regiões, tendo em conta o número de nascimentos e razões geográficas, os seguintes hospitais diferenciados:
 - 5.2.1. Norte 33.046 nascimentos: HAPD – 2; HAPAD – 1;
 - 5.2.2. Centro 19.127 nascimentos: HAPAD – 1;
 - 5.2.3. LVT e Alentejo 39.098 nascimentos: HAPD – 2; HAPAD – 1
 - 5.2.4. Algarve 4.862 nascimentos: HAPD - 1;
 - 5.2.5. Região Autónoma dos Açores 2.719 nascimentos: HAPD – 1;
 - 5.2.6. Região Autónoma da Madeira 2.529 nascimentos: HAPD – 1;
- 5.3. Para permitir a readaptação e reformulação da rede resultante da reclassificação dos hospitais, sem grandes sobressaltos e a consolidação de uma cultura de transferência in-útero, propõe-se que os HAPD atualmente existentes passem a HAP progressivamente: Região Norte - em 2013 passar a cinco e em 2014 a três hospitais diferenciados; Região LVT - em 2013 passa a quatro e em 2014 a três; Região Alentejo – em 2013 Évora passar a HAP. A escolha dos hospitais a priorizar será feita pelas respetivas ARS.

6. Relação entre partos nos hospitais públicos e o número de nascimentos por distrito

- 6.1. Região Norte: Braga, menos 1337 nascimentos - provavelmente uma parte irá nascer ao Porto; Bragança, parece haver uma transferência para Vila Real; Porto menos 2732, peso provável dos serviços privados;
- 6.2. Região Centro: Aveiro, menos 2463 nascimentos, transferência para Coimbra, Porto e privados; Coimbra, mais 2406, parte importante provavelmente provenientes de Aveiro, Leiria e Viseu – tendência a diminuir nos próximos anos;
- 6.3. Região LVT: tem menos 8172 partos nos hospitais públicos, tendência para se verificar algum aumento nos próximos anos;
- 6.4. No Quadro - 7 são assinaladas as diferenças verificadas;

7. Recursos em médicos especialistas

- 7.1. A obstetrícia com a ginecologia constitui uma especialidade única, devendo os recursos humanos serem planificados em comum. O número de especialistas por Serviço contabilizados para 40h/semana deve ter em conta:

- 7.1.1. Funções de direção dos Serviços
 - 7.1.2. Componente destinada a consultadoria e realização de consultas de proximidade de apoio à medicina geral e familiar, através da elaboração de contratos de parceria entre hospital e Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES). No âmbito das Unidades Coordenadoras Funcionais de Saúde Materna e Neonatal devem ser elaborados protocolos de orientação clínica e/ou adaptados os que vierem a ser emanados pela Direção Geral de Saúde e harmonizados em toda a Região, através da UCF inter-hospitalares;
 - 7.1.3. Participação na formação de outros profissionais de saúde
 - 7.1.4. Formação contínua no Serviço, através de reuniões formais;
 - 7.1.5. Trabalho no serviço à urgência em percentagem da carga total de horas disponíveis, que progressivamente permita a criação de equipa fixa de forma a evitar a contratação de especialistas em regime de prestação de serviços.
 - 7.1.6. Nº de especialistas de serviço nunca inferior a dois. Se o hospital tiver <1500 partos, durante o período noturno poderá haver apenas um, desde que seja assegurada a presença física no hospital de um cirurgião.
- 7.2. A ACSS, em documento disponibilizado em setembro de 2011 “Necessidades Previsionais de Médicos no SNS”, tendo como referência a rede materno-infantil, publicada já há alguns anos, apresentou como base de trabalho para avaliação das necessidades em obstetras, sendo omissa se ginecologistas-obstetras, o seguinte rácio: >2500 partos dez obstetras, <2500 partos nove obstetras, números manifestamente insuficientes para a maioria dos Serviços.
- 7.3. O número necessário de ginecologistas-obstetras é difícil de determinar. Em 2010 por 100.0 hab, havia em Portugal 15.1, França 12.6 e Áustria 19.4 e em 2009, existiam 11.1 no Reino Unido e na Noruega⁴.
- 7.4. No número de especialistas existentes fornecidos e propostos por cada Serviço, não é claro se representam só obstetras ou ginecologistas-obstetras (Quadros 1-6).
- 7.5. O que se propõe em número de ginecologistas-obstetras, a título de orientação, tem como referência o número de mulheres em idade fértil por área de atração primária, por tipologia do hospital. Dependerá no futuro da classificação a definir para cada hospital, HAP, HAPD ou HAPAD, e da respetiva

⁴ http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_327685001334492879&ind=5265

carteira de serviços⁵, tendo em conta as características já definidas. A atribuição do número de especialistas baseada apenas no número de partos, poderá levar a grandes distorções, tendo em conta que o número de nascimentos está a diminuir e que em alguns hospitais o número de partos está inflacionado e noutros deflacionado, pelo facto de até agora não haver uma verdadeira carta hospitalar e as redes de referência nem sempre serem respeitadas (Quadro 7).

- A1 – um especialista por 4000-5000 mulheres em idade fértil;
 - A2, B1 e B2 - um especialista por 5000-6000 mulheres em idade fértil, com menor relação se nº de partos >3000 e maior relação se partos <2500;
8. Nº de Pediatras/Neonatólogos por Serviço em 40h/semana
- 8.1. Hospitais de Apoio Perinatal, integrados na equipa de pediatria;
- 8.2. Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciados e Altamente Diferenciados. O número de especialistas por Serviço a ser contabilizado deve ter em conta:
- 8.2.1. Funções de direção dos Serviços
- 8.2.2. Componente destinada a consultadoria e participação nas Unidades Coordenadoras Funcionais de Saúde Materna e Neonatal e nas UCF inter-hospitalares com elaboração/adaptação de protocolos clínicos a serem harmonizados em toda a Região;
- 8.2.3. Participação na formação de outros profissionais de saúde;
- 8.2.4. Formação contínua no Serviço, através de reuniões formais;
- 8.2.5. Que a organização dos horários nestas unidades não deve ser limitada pelas prática de “ serviço de urgência”, não aplicável neste tipo de serviços intensivos;
- 8.2.6. Número de especialistas:
- HAPD: 10
 - HAPAD: 14
 - Unidades Polivalentes: 5-7

⁵ 220 dias de trabalho por médico.

Quadro 1 - REGIÃO NORTE - Serviços de Obstetrícia por tipologia hospitalar, número de partos e recursos em obstetras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População ⁶	Mulheres Idade Fértil ⁷ 51%	Obstetras existentes	Obstetras propostos Serviços	Partos 2010	Partos/ obstetra	Obstetras a atribuir	Mulheres por obstetra
CHP	A1	304.523	155.307	44	48	3931	89	38	4087
CH S. João	A1	236.290	120.508	26	40	3023	116	30	4017
CHVN Gaia	A2	333.888	170.283	28	32	2077	74	28	6082
ULS Matosinhos	B2	174.931	89.215	19	22	1828	96	15	5948
ULS Alto Minho	B1	244.947	124.923	-	-	2033	-	21	5949
CHAA - Guimarães	B1	256.671	130.902	16	25	2554	160	22	5950
CHM Ave	B1	244.084	124.483	15	24	1665	111	21	5928
CHPV Conde	B2	142.754	72.805	-	-	1230	-	-	-
CHED Vouga	B1	330.454	168.532	20	24	2300	115	28	6019
CH Tâmega e Sousa	B1	520.056	265.229	17	24	3177	187	30⁸	8841
CHTMAD Vila Real	A2	281.057	143.339	10	24	1814	181	24	5972

⁶ A população da área de influência de cada entidade hospitalar é a referida pela ACSS, mas numa parte importante das entidades não está perfeitamente caracterizada, se excetuarmos os hospitais PPP em que faz parte do contrato programa.

⁷ Estimativa calculada dos Censos 2011. O número de mulheres em idade fértil, 15-49 anos, residentes na área de influência de cada hospital foi calculada partindo do princípio que a distribuição etária é semelhante em toda a região, o que dará um nº por defeito nos grandes centros e por excesso nas zonas do interior;

⁸ Número a redefinir de acordo com a área de atração real.

Entidade Hospitalar	Tipologia	População ⁹	Mulheres Idade Fértil ¹⁰ 51%	Obstetras existentes	Obstetras propostos Serviços	Partos 2010	Partos/obstetra	Obstetras a atribuir	Mulheres por obstetra
CH Nordeste Bragança	B2	143.777	73.326	5	16	643	129	12	6111
H Braga	A2	290.508	148.159	10	13	3237	324	28	5291
TOTAIS	-	3.503.940	1.787.009	210	292	30067	143	267	6017

⁹ A população da área de influência de cada entidade hospitalar é a referida pela ACSS, mas numa parte importante das entidades não está perfeitamente caracterizada, se excetuarmos os hospitais PPP em que faz parte do contrato programa.

¹⁰ Estimativa calculada dos Censos 2011. O número de mulheres em idade fértil 15-49 anos residentes na área de influência de cada hospital foi calculada partindo do princípio que a distribuição etária é semelhante em toda a região, o que dará um nº por defeito nos grandes centros e por excesso nas zonas do interior;

Quadro 2 - REGIÃO CENTRO - Serviços de Obstetrícia por tipologia hospitalar, número de partos e recursos em obstetras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Mulheres Idade Fértil ¹¹ 51%	Obstetras existentes	Obstetras propostos Serviços	Partos 2010	Partos/obstetra	Obstetras a atribuir	Mulheres por obstetra
CHUC - MDM	A1	434.360	221.524	28 ¹²	-	3091	110	52	4260
CHUC - MBB				21 ¹²	22	3036	145		
CH Tondela Viseu	A2	287.122	146.432	17	0	2287	135	24	6101
CH Leiria Pombal	B1	378690	193.132	19	23	2286	120	30	6438
CHBV Aveiro	B1	285.888	145.803	13	18	1907	147	24	6075
ULS Guarda	B2	155.410	79.259	-	-	664	-	13 ¹³	6097
CH Cova da Beira	B2	87.747	44.751	-	-	702	-	8 ¹³	5594
ULS Castelo Branco	B2	108.202	55.183	-	-	481	-	9 ¹³	6131
TOTAIS	-	1.737.419	886.084	98	63	14454	119	160	5538

¹¹ Estimativa calculada dos Censos 2011. O número de mulheres em idade fértil 15-49 anos residentes na área de influência de cada hospital foi calculada partindo do princípio que a distribuição etária é semelhante em toda a região, o que dará um nº por defeito nos grandes centros e por excesso nas zonas do interior;

¹² Só Obstetras.

¹³ A rever de acordo com a localização futura dos dois blocos de partos

Quadro 3 - REGIÃO LISBOA e VALE do TEJO - Serviços de Obstetrícia por tipologia hospitalar, número de partos e recursos em obstetras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Mulheres Idade Fértil 52% ¹⁴	Obstetras existentes	Obstetras propostos Serviços	Partos 2010	Partos/obstetra	Obstetras a atribuir	Mulheres por obstetra
CHLN	A1	257.942	134.130	14	20	2645	189	32	4192
CHLC - MAC	A1	274.714	142.851	-	-	5769	-	36	3968
CHLC - M Coutinho				-	-	2181	-		
CHLO - HSFX	A2	280.960	146.099	23	24	2910	127	26	5619
HFF	B1	552.807	287.460	-	-	3957	-	44	6533
HPP Cascais	B2	205.117	106.661	23	34	1948	85	18	5926
H Loures	B1?	286.544	149.003	-	-	-	-	-	-

¹⁴ Estimativa calculada dos Censos 2011. O número de mulheres em idade fértil 15-49 anos residentes na área de influência de cada hospital foi calculada partindo do princípio que a distribuição etária é semelhante em toda a região, o que dará um nº por defeito nos grandes centros e por excesso nas zonas do interior;

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Mulheres Idade Fértil 52% ¹⁵	Obstetras existentes	Obstetras propostos Serviços	Partos 2010	Partos/obstetra	Obstetras a atribuir	Mulheres por obstetra
H Reynaldo dos Santos	B1	243.444	126.591	7	14	1168	167	20	6330
CHB Montijo	B1	214.226	111.398	13	24	1873	144	18	6189
HG Orta	A2	380.462	197.840	19	20	3328	175	34	5819
CH Setúbal	B1	183.340	95.337	13	18	1979	152	16	5959
CHON	B2	175.749	91.389	7	15	1507	215	15	6093
CHT Vedras	B2	172.844	89879	5	-	1085	217		
H Santarém	B1	196.669	102268	15	18	1507	100	17	6016
CHM Tejo	B1	252.684	131396	-	-	1136	-	22	5973
TOTAIS	-	3.677.502	1.912.301	139	187	32.993	-	298	6417

¹⁵ Estimativa calculada dos Censos 2011. O número de mulheres em idade fértil 15-49 anos residentes na área de influência de cada hospital foi calculada partindo do princípio que a distribuição etária é semelhante em toda a região, o que dará um nº por defeito nos grandes centros e por excesso nas zonas do interior;

Quadro 4 - REGIÃO ALENTEJO - Serviços de Obstetrícia por tipologia hospitalar, número de partos e recursos em obstetras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Mulheres Idade Fértil ¹⁶	Obstetras existentes	Obstetras propostos Serviços	Partos 2010	Partos/ obstetra	Obstetras a atribuir	Mulheres por obstetra
ULS Alto A	B2	118.952	59.476	-	-	473	-	10	5948
HESE - EPE	A2	167.434	83.717	8	20	1352	169	14	5980
ULS Baixo A	B2	139.602	69.801	4	12	1274	319	12	5817
TOTAIS	-	510.906	212994	-	-	3099	-	36	5917

Quadro 5 - REGIÃO ALGARVE - Serviços de Obstetrícia por tipologia hospitalar, número de partos e recursos em obstetras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Mulheres Idade Fértil ¹⁶	Obstetras existentes	Obstetras propostos Serviços	Partos 2010	Partos/ obstetra	Obstetras a atribuir	Mulheres por obstetra
H Faro	A2	286.598	146.165	-	-	3291	-	28	5220
CH Barlavento Algarvio	B2	163.886	83.582	7	12	1670	239	14	5970
TOTAIS	-	450.484	229.747	-	-	4961	-	42	5470

¹⁶ Estimativa calculada dos Censos 2011. O número de mulheres em idade fértil 15-49 anos residentes na área de influência de cada hospital foi calculada partindo do princípio que a distribuição etária é semelhante em toda a região, o que dará um nº por defeito nos grandes centros e por excesso nas zonas do interior;

Quadro 6 - REGIÕES AUTÓNOMAS - Serviços de Obstetrícia por tipologia hospitalar, número de partos e recursos em obstetras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Mulheres Idade Fértil ¹⁷	Obstetras existentes	Obstetras propostos Serviços	Partos 2010	Partos/ obstetra	Obstetras a atribuir	Mulheres por obstetra
H Central do Funchal	B1	267.938	136.648	20	30	2415	121	24	5694
H Ponta Delgada	B1	147.467	147.467	13	-	1836	141	16	4608
H Angra do Heroísmo	B2	60.455	60.455	5	-	610	122	7	4318
H Horta	B2	38.450	38.450	2	-	253	127	5	3845
TOTAIS RAA	-	246.102	246.102	20	-	2699	135	28	4395

¹⁷ Estimativa calculada dos Censos 2011. O número de mulheres em idade fértil 15-49 anos residentes na área de influência de cada hospital foi calculada partindo do princípio que a distribuição etária é semelhante em toda a região, o que dará um nº por defeito nos grandes centros e por excesso nas zonas do interior;

Quadro 7 - Número de nados vivos *versus* número de partos nos hospitais do mesmo distrito em 2010¹⁸

Região	Distrito	Nº de nados vivos	Unidade Hospitalar	Nº de Partos	Diferença entre nº de partos e nº NV
Norte	Viana do Castelo	1967	ULS Alto Minho	2033	66
	Braga	8793	H Braga	3237	-1337
			CH Alto Ave - Guimarães	2554	
			CHM Ave	1665	
	Porto	18.553	CHP	3931	-2732
			CH S. João	3023	
			CH Vila Nova de Gaia	2077	
			ULS Matosinhos	1828	
			CH Póvoa - Vila do Conde	1230	
			CH Tâmega e Sousa	3177	
Vila Real	1629	CHTMAD Vila Real	1814	185	
Bragança	933	CH Nordeste Bragança	643	-290	
Centro	Aveiro	6670	CHBV Aveiro	1907	-2463
			CHED Vouga ¹⁹	2300	
	Coimbra	3721	CHUC MD Matos	3091	2406
			CHUC – MB Barreto	3036	
	Leiria	4608	Leiria Pombal	2286	-815
			C H Oeste Norte ²⁰	1507	
	Viseu	3267	H Tondela Viseu	2287	-980
	Guarda	1156	ULS Guarda	664	-492
	Castelo Branco	1482	CH Cova da Beira	702	-299
ULS Castelo Branco			481	-1001	

¹⁸ Embora as variáveis sejam diferentes, as diferenças não são consideradas significativas.

¹⁹ Pertence à Região Norte.

²⁰ Pertence a LVT.

Região	Distrito	Nº de nados vivos	Unidade Hospitalar	Nº de Partos	Diferença entre nº de partos e nº NV
LVT	Lisboa	24.930	CHLN Santa Maria	2645	-4352
			CHLC - MAC	5769	
			CHLC - Magalhães Coutinho	2181	
			CHLO - HSFX	2910	
			HFF	3957	
			HPP Cascais	1948	
			H Loures	0	
	H Reynaldo dos Santos VFX	1168			
	Setúbal	9511	CH Barreiro-Montijo	1873	-2331
			H Garcia de Orta	3328	
CH Setúbal			1979		
Santarém	4132	H Santarém	1507	-1489	
		CHM Tejo	1136		
Alentejo	Portalegre	851	ULS Alto Alentejo	473	-378
	Évora	1462	HESE	1352	-110
	Beja	1225	ULS Baixo Alentejo	1274	49
Algarve	Faro	4823	H Faro	3291	138
			CH Barlavento Algarvio	1670	
Totais		99.713	-	83.934	-15.779

Quadro 8 - REGIÃO NORTE - Unidades de Neonatologia por tipologia hospitalar, número de internamentos <1500g e recursos em pediatras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População ²¹	Nº Partos 2010	RN <1500g 2010	RN <1500g 2011 (9 meses)	Nº de Pediatras Na Unidade	Nº de Pediatras proposto ²²
CHP	A1	304.523	3931	99	95	14	10-14
CH S. João	A1	236.290	3023	67	30	13	10-14
CH Vila Nova de Gaia	A2	333.888	2077	28	27	11	-
ULS Matosinhos	B2	174.931	1828	-	-	-	-
ULS Alto Minho	B1	244.947	2033	15	21	5	-
CH Alto Ave - Guimarães	B1	256.671	2554	37	30	10	-
CHM Ave	B1	244.084	1665	-	-	-	-
CH Póvoa - Vila do Conde	B2	142.754	1230	9	2	3	-
CHED Vouga	B1	330.454	2300	-	-	-	-
CH Tâmega e Sousa,	B1	520.056	3177	-	-	-	-
CHTMAD Vila Real	A2	281.057	1814	25	5	4	-

²¹ A população da área de influência de cada entidade hospitalar é a referida pela ACSS, mas numa parte importante das entidades não está perfeitamente caracterizada, se excluirmos os hospitais PPP em que faz parte do contrato programa.

²² Número dependente da classificação futura do hospital.

Entidade Hospitalar	Tipologia	População ²³	Nº Partos 2010	RN <1500g 2010	RN <1500g 2011 (9 meses)	Nº de Pediatras Na Unidade	Nº de Pediatras proposto ²⁴
CH Nordeste Bragança	B2	143.777	643	-	-	-	-
H Braga	A2	290.508	3237	37	20	7	10 ²⁵
TOTAIS	-	3.503.940	30.067	317	230	67	34

²³ A população da área de influência de cada entidade hospitalar é a referida pela ACSS, mas numa parte importante das entidades não está perfeitamente caracterizada, se excetuarmos os hospitais PPP em que faz parte do contrato programa.

²⁴ Número dependente da classificação do hospital.

²⁵ No contrato programa considerada a existência de unidade de cuidados intensivos

Quadro 9 - REGIÃO CENTRO - Unidades de Neonatologia por tipologia hospitalar, número de internamentos <1500g e recursos em pediatras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Nº Partos 2010	RN <1500g 2010	RN <1500g 2011 (9 meses)	Nº de Pediatras Na Unidade	Nº de Pediatras proposto
CHUC - MD Matos	A1	434.360	3091	64	41	12	14
CHUC – MB Barreto			3036	64	32	10	
CH Tondela Viseu	A2	287.122	2287	3	6	5	-
CH Leiria Pombal	B1	378.690	2286	7	3	3	-
CHBV Aveiro	B1	285.888	1907	-	-	-	-
ULS Guarda	B2	155.410	664	-	-	-	-
CH Cova da Beira	B2	87.747	702	-	-	3	-
ULS Castelo Branco	B2	108.202	481	-	-	-	-
TOTAIS	-	1.737.419	14.454	138	82	33	14

Quadro 10 - REGIÃO LISBOA e VALE do TEJO - Unidades de Neonatologia por tipologia hospitalar, número de internamentos <1500g e recursos em pediatras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Nº Partos 2010	RN <1500g 2010	RN <1500g 2011 (9 meses)	Nº de Pediatras na Unidade	Nº de Pediatras proposto ²⁶
CHLN Santa Maria	A1	257.942	2645	67	52	11	10-14
CHLC - MAC	A1	274.714	5769	166	115	18	10-14
CHLC - HDE			2181	52	36	11	
CHLO - HSFX	A2	280.960	2910	72	41	8	-
HFF	B1	552.807	3957	76	62	9	10 ²⁷
HPP Cascais	B2	205.117	1948	3	3	8	-
H Loures	B1?	286.544	-	-	-	-	-
H Reynaldo dos Santos	B1	243.444	1168	-	-	-	-
CHB Montijo	B1	214.226	1873	-	-	-	-
H Garcia de Orta	A2	380.462	3328	-	-	-	-
CH Setúbal	B1	183.340	1979	6	3	1	-

²⁶ Número dependente da classificação do hospital.

²⁷ Está referido a este hospital a título de exemplo, mas depende da decisão da localização do HAPD.

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Nº Partos 2010	RN <1500g 2010	RN <1500g 2011 (9 meses)	Nº de Pediatras na Unidade	Nº de Pediatras proposto
CHON	B2	175.749	1507	-	-	-	-
CH T Vedras	B2	172.844	1085	2	1	0	-
H Santarém	B2	196.669	1507	-	-	-	-
CHM Tejo	B1	252.684	1136	4	5	1	-
Total	-	3.677.502	32.993	448	318	67	34

Quadro 11 - REGIÃO ALENTEJO - Unidades de Neonatologia por tipologia hospitalar, número de internamentos <1500g e recursos em pediatras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Nº Partos 2010	RN <1500g 2010	RN <1500g 2011 (9 meses)	Nº de Pediatras na Unidade	Nº de Pediatras proposto
ULS Alto Alentejo	B2	118.952	473	-	-	-	-
HESE	A2	167.434	1352	29	12	8	-
ULS Baixo Alentejo	B2	139.602	1274	10	6	2	-
TOTAIS	-	510.906	3099	39	18	10	-

Quadro 12 - REGIÃO ALGARVE - Unidades de Neonatologia por tipologia hospitalar, número de internamentos <1500g e recursos em pediatras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Nº Partos 2010	RN <1500g 2010	RN <1500g 2011 (9 meses)	Nº de Pediatras na Unidade	Nº de Pediatras proposto
H Faro	A2	286.598	3291	50	35	9	7
CH Barlavento Algarvio	B2	163.886	1670	4	3	0	-
TOTAIS	-	450.484	4961	54	38	7	7

Quadro 13 - REGIÕES AUTÓNOMAS - Unidades de Neonatologia por tipologia hospitalar, número de internamentos <1500g e recursos em pediatras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Nº Partos 2010	RN <1500g 2010	RN <1500g 2011 (9 meses)	Nº de Pediatras na Unidade	Nº de Pediatras proposto
Hospital Central do Funchal	B1	267.938	2415	17	11	5	5
TOTAIS RAM	-	267.938	2415	17	11	5	5
H Ponta Delgada	B1	147.467	1836	17	18	5	5
H Angra do Heroísmo	B2	60.455	610	-	-	-	-
H Horta	B2	38.450	253	-	-	-	-
TOTAIS RAA	-	246.102	2699	17	18	5	5

G. Serviços de Pediatria

1. Dados obtidos através dos questionários preenchidos pelos diretores de serviço e/ou fornecidos pela ACSS²⁸

1.1. Serviços de Pediatria existentes

1.1.1. Total 47: Continente 43 - Norte 14, Centro 9, LVT 14, Alentejo 4, Algarve 2; Regiões Autónomas 4 – RAA 3, RAM 1

1.2. Pediatras a trabalhar no SNS com \geq 50 anos - 40.2%;

1.2.1. Norte 30.6%; Centro 34.4%; LVT 50.9%; Alentejo 53.3%, Algarve 55.0%; Madeira 58.3%; Açores?

1.3. Pediatras inscritos na OM em 2011.12.31²⁹

1.3.1. Total 1658; \geq 50 anos 65.6%; sexo feminino 64%

1.4. Pediatras por 100.0 hab na Europa³⁰

1.4.1. Em 2010: Portugal 14.9, França 11.5; 2009: UE 13.3, Reino Unido 14.5, Noruega 13.6;

1.5. Nº de pediatras por ARS e tipologia hospitalar, com intervalo entre o menor e o maior nº de pediatras existentes / pretendidos por cada Serviço³¹

1.5.1. Norte: A1 28-36/30-36, A2 18-21/22-26, B1 16-21/18-26, B2 11-13/16, Proximidade 9/8;

1.5.2. Centro – A1 49/65, A2 18/25, B1 15-16/18-21, B2 5-8/6-10;

1.5.3. LVT – A1 60-75/65-80, A2 24/26, B1 5-21/14-21, B2 4-9/9-16;

1.5.4. Alentejo – A2 21/21, B2 9/18;

²⁸ Os dados referentes à tipificação dos hospitais e número de habitantes por área de influência foram fornecidos pela ACSS, todos os outros pelos diretores dos respetivos serviços hospitalares - Ver quadros 14-17.

²⁹ Fonte - Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos.

³⁰ http://data.euro.who.int/hfadatabases/tableA.php?id=tbla_327685001334492879&ind=5265

³¹ Não está claro, em algumas respostas, se inclui neonatologistas.

- 1.5.5. Algarve – A2 12/12, B2 8/?
- 1.5.6. RAA B1 17/? B2 6/7;
- 1.5.7. RAM – B1 24/24;
- 1.6. Nº de crianças <18 anos/ percentagem em relação à população total ³²
Total: 1.916.277; Continente 1.807.745 (18.0% do total da população)
 - 1.6.1. Norte: 684.939 (18.6%);
 - 1.6.2. Centro: 316.024 (16.8%),
 - 1.6.3. LVT: 687693 (18.7%);
 - 1.6.4. Alentejo 124.886 (16.5%);
 - 1.6.5. Algarve.80.637 (17.9%);
 - 1.6.6. RAM: 54.603 (20.1%);
 - 1.6.7. RAA 53.929 (22.1%)
- 1.7. Nº de pediatras a trabalhar nos hospitais com serviços de pediatria considerados mais diferenciados por Região³³ e relação pediatra: número de crianças < 18 anos
Norte: 82, 1:8353; Centro: 49, 1:6450; LVT: 160, 1:5.420;

2. Proposta de Carta Hospitalar de Pediatria

- 2.1. Todos os Serviços de Pediatria devem cumprir as condições mínimas previstas no Relatório da Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente publicado em 2009³⁴, medidas essas que devem ser extensíveis a todos os outros serviços que internam crianças, por ex. cirurgia pediátrica.
- 2.2. Deverão ser mantidos todos os serviços assinalados nos quadros 14-17 exceto os referidos como de Tipologia de Proximidade, que passarão a desenvolver a sua atividade apenas a nível do ambulatório.
 - 2.2.1. H. de Santa Maria Maior pode ser integrado no H. de Braga;

³² Estimativa calculada dos Censos 2011. O nº de crianças <18 anos residentes na área de influência de cada hospital é calculado por estimativa, partindo do princípio que a distribuição etária é semelhante em toda a região, o que dará um nº por defeito nos grandes centros e por excesso nas zonas do interior;

³³ Não inclui neonatologistas que trabalham em exclusivo em unidades diferenciadas.

³⁴ Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/cnsmca/publicacoes/default.htm>

- 2.2.2. H. Dr. Francisco Zagalo no CH Entre Douro e Vouga;
- 2.2.3. H. de Anadia, não referido no quadro por só ter um pediatra e não ser considerado um serviço, no CH do Baixo Vouga ou no CHUC;
- 2.3. CHON e CH de Torres Vedras poderão vir a ter um Serviço de Pediatria único, mantendo a atividade a nível do ambulatório em ambos;
- 2.4. Hospital do Litoral Alentejano, deve ser ponderada a hipótese de requalificar o Serviço;
- 2.5. Urgência Pediátrica – todos os Serviços de Pediatria com internamento devem ter Urgência Pediátrica. De acordo com o relatório já referido da CNSCA, nas suas orientações gerais para um serviço de pediatria, deve assegurar a prestação de todos os cuidados, médicos ou cirúrgicos, em ambiente pediátrico, exceto se não desejável (ex. gravidez) ou impossível por indisponibilidade de equipamento (ex. Oftalmologia). Em Lisboa a ARS de LVT deve rever a necessidade de funcionamento simultâneo das três urgências pediátricas atualmente existentes, em particular no período das 00.00 às 08.00h.
- 2.6. Centros Hospitalares - Os Serviços de Pediatria existentes nos centros hospitalares devem ficar colocados no mesmo hospital onde funcione o Bloco de Partos e os Serviços de Cirurgia e Ortopedia, de forma a poderem cumprir as condições referidas no ponto 2.1 e a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada;

3. Recursos em pediatras gerais³⁵

- 3.1. Pediatra Geral - independentemente da diferenciação do hospital deverá ser a figura de referência para a criança e a família;
- 3.2. Do horário do pediatra deve fazer parte:
 - 3.2.1. Direção do Serviço;
 - 3.2.2. Componente destinada a consultadoria e realização de consultas de proximidade de apoio à medicina geral e familiar, através da elaboração de contratos de parceria entre hospital e Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES). No âmbito das Unidades Coordenadoras Funcionais de Saúde da Criança e do Adolescente, devem ser elaborados protocolos de orientação clínica e/ou adaptados os que vierem a ser emanados pela Direção Geral de Saúde e harmonizados em toda a Região, através da UCF inter-hospitalares;

³⁵ Pediatras diferenciados, ver Unidades Diferenciadas.

- 3.2.3. Participação na formação de outros profissionais de saúde e interligação com as Escolas que sejam frequentadas por crianças com doença crônica;
- 3.2.4. Formação contínua no Serviço, através de reuniões formais;
- 3.2.5. Trabalho no serviço de urgência em percentagem da carga total de horas resultantes do somatório das horas semanais de todos os pediatras, que progressivamente permita a criação de uma equipa fixa.
- 3.3. Nº de pediatras de serviço, em simultâneo nunca inferior a dois, exceto se o hospital não tiver bloco de partos; neste caso deve ter o apoio de um outro médico.
- 3.4. Consultas dirigidas a uma patologia específica deverão ser realizadas por pediatras gerais, com particular interesse na área, que se articularão com os pediatras das unidades diferenciadas, formalmente através das Unidades Coordenadoras Funcionais inter-hospitalares.
- 3.5. Pediatras necessários – estimativa para um horário de 40h/semana
 - 3.5.1. Para além da carteira de serviços a contratualizar³⁶, deverá ter em conta o número de crianças até aos 18 anos de idade residentes na área de influência de cada hospital e o rácio por pediatra e a tipologia do hospital;
 - 3.5.2. Hospitais A2, B1 e B2 - o número de crianças por pediatra não deverá ser superior a 3000, nem inferior a 2500; exceto se razões geográficas e/ou sociais e/ou não tiver bloco de partos, o justificarem;
 - 3.5.3. Hospitais A1 - o número total de pediatras, considerando pediatras gerais e diferenciados, deverá ter uma relação de um pediatra/4000-5000 crianças residentes na área de influência direta e terciária desse hospital³⁷;
 - 3.5.4. Hospital de Proximidade - os pediatras devem ser incluídos sempre que possível na equipa de pediatria de um hospital de nível superior próximo, mas mantendo o Serviço de Pediatria local em funcionamento a nível do ambulatório;
 - 3.5.5. Número de pediatras gerais por tipologia do hospital
 - Hospital A1 - 14-24. Número a ter em conta o disposto no ponto 3.5.3, dependente do número de pediatras diferenciados a colocar no hospital;
 - Hospital A2: 20-24;
 - Hospital B1: 18-22;

³⁶ 220 dias de trabalho por médico.

³⁷ Presentemente existe uma relação aproximada de 5400 a 8500 crianças por pediatra considerado "especializado".

- Hospital B2: com bloco de partos 10-14; sem bloco de partos 7-9;

Quadro 14 - REGIÃO NORTE - Serviços de Pediatria por tipologia hospitalar, nº de crianças por área de atração e recursos em pediatras								
Entidade Hospitalar 2011	Estabelecimento Hospitalar	Tipologia Hospitalar	População ³⁸	Crianças <18 anos ³⁹	Pediatras existentes/ propostos pelo serviço ⁴⁰	Crianças/ pediatra	Pediatras gerais recomendados	Crianças/ pediatra geral
CH do Porto, EPE	H Geral Santo António	A1	304.523	56.641	28/30	2023	20	2832
	Maternidade Júlio Dinis							
	H Central Especializado de crianças Maria Pia							
	H Joaquim Urbano							
CH de São João, EPE	H Nossa Senhora da Conceição – Valongo	A1	236.290	43.950	36/36	1221	16	2747
	H São João							
CH de Vila Nova de Gaia - Espinho, EPE	H Distrital de Vila Nova de Gaia	A2	333.888	62.103	18/22	3450	22	2823
	H Nossa Senhora da Ajuda – Espinho							
CH do Alto Ave, EPE	H Senhora da Oliveira – Guimarães	B1	256.671	47.741	17/26	2808	19	2513
	H São José de Fafe							

³⁸Censos 2011. A população da área de influência de cada entidade hospitalar é a referida pela ACSS, mas não está perfeitamente caracterizada, se excetuarmos os hospitais PPP em que faz parte do contrato programa;

³⁹Censos 2011. O nº de crianças <18 anos residentes na área de influência de cada hospital é calculado por estimativa, partindo do princípio que a distribuição etária é semelhante em toda a região, o que dará um nº por defeito nos grandes centros e por excesso nas zonas do interior;

⁴⁰Dezembro de 2011.

Entidade Hospitalar 2011	Estabelecimento Hospitalar	Tipologia Hospitalar	População ³⁸	Crianças <18 anos ³⁹	Pediatras existentes/ propostos pelo serviço ⁴⁰	Crianças/ pediatra	Pediatras gerais recomendados	Crianças/ pediatra geral
CH do Médio Ave, EPE	H São João de Deus - Vila Nova de Famalicão	B1	244.084	45.400	16/18	2837	18	2522
	H Conde de São Bento - Santo Tirso							
CH Povoia do Varzim - Vila do Conde, EPE	H São Pedro Pescador - Povoia Varzim	B2	142.754	26.552	11/?	2414	10 ⁴¹	2655
	H de Vila do Conde							
CH Entre Douro e Vouga, EPE	H São Sebastião	B1	330.454	61.454	?/15	?	20	3073
	H São Miguel - Oliveira Azeméis							
	H São João da Madeira							
CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	H São Pedro de Vila Real	A2	281.057	52277	21/26	2489	20	2614
	H Dom Luiz - Peso da Régua							
	H Distrital de Chaves							
	H Distrital de Lamego							
CH Tâmega e Sousa, EPE	H Padre Américo - Vale do Sousa	B1	520.056	96730	?	?	22 ⁴²	4397
	H São Gonçalo - Amarante							

⁴¹ Número de pediatras a rever de acordo com a existência ou não de bloco de partos.

⁴² Número de pediatras a rever de acordo com a área de influência real.

Entidade Hospitalar 2011	Estabelecimento Hospitalar	Tipologia Hospitalar	População ³⁸	Crianças <18 anos ³⁹	Pediatras existentes/ propostos pelo serviço ⁴⁰	Crianças/ pediatra	Pediatras gerais recomendados	Crianças/ pediatra geral
CH do Nordeste, EPE	H Distrital de Bragança	B2	143.777	26743	?	?	10	2674
	H de Macedo de Cavaleiros							
	H Distrital de Mirandela							
ULS Alto Minho, EPE	H Santa Luzia - Viana do Castelo	B1	244.947	45560	18/15	2531	18	2531
	Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima							
ULS Matosinhos, EPE	H Pedro Hispano	B2	174.931	32537	13/16	2503	13	2503
H Braga	H São Marcos – Braga	A2	290.508	54034	19/?	2844	20	2702
H Santa Maria Maior, EPE	H Santa Maria Maior – Barcelos	Proximidade	154.853	28803	9/8	3200	9 ⁴³	3200
Instituto Português Oncologia Francisco Gentil,	Instituto Português Oncologia Francisco Gentil, EPE - Porto	Especializado	-	-	-	-	-	-
Total ARS Norte		-	3.752.546-	680.535	206/212⁴⁴	3304⁴⁵	237	2871

⁴³ A rever de acordo com a requalificação ou não do Serviço.

Quadro 15 - REGIÃO CENTRO - Serviços de Pediatria por tipologia hospitalar, nº de crianças por área de atração e recursos em pediatria

Entidade Hospitalar 2011	Estabelecimento Hospitalar	Tipologia Hospitalar	População ³⁸	Crianças <18 anos ³⁹	Pediatras existentes/ propostos pelo serviço ⁴⁰	Crianças/ pediatra	Pediatras gerais recomendados	Crianças/ pediatra geral
CH Universitário de Coimbra, EPE	H Sobral Cid	A1	434.360 ⁴⁶	72.972	49/65	1489	24	3040
	H Lorvão							
	Centro Psiquiátrico Arnes							
	H Covões							
	H Pediátrico Coimbra							
	Maternidade Bissaya Barreto							
	Hospitais Universitários de Coimbra (HUC)							
	Maternidade Daniel de Matos							

⁴⁴ Valores aproximados – ausência de dados e não incluiu neonatologistas em alguns hospitais.

⁴⁵ Valor aproximado.

⁴⁶ A população do CH Universitário de Coimbra já inclui a população dos hospitais de Anadia e Cantanhede.

Entidade Hospitalar 2011	Estabelecimento Hospitalar	Tipologia Hospitalar	População ³⁸	Crianças <18 anos ³⁹	Pediatras existentes/ propostos pelo serviço ⁴⁰	Crianças/ pediatra	Pediatras gerais recomendados	Crianças/ pediatra geral
H Ovar	H Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Proximidade	55.337	9297	3/3	3099	-	-
CH do Baixo Vouga, EPE	H Visconde de Salreu – Estarreja	B1	285.888	48.029	15	3202	19	2528
	H Infante D. Pedro							
	H Águeda							
H da Figueira da Foz, EPE	H da Figueira da Foz	B2	88.338	14.841	5/7	2968	7	2120
CH Leiria - Pombal, EPE	H Distrital de Pombal	B1	378.690	63.620	17/18	3742	22	2892
	H Santo André – Leiria							
CH Tondela - Viseu, EPE	H São Teotónio – Viseu	A2	287.122	48.236	18/25	2680	19	2539
	H Cândido Figueiredo							
ULS Guarda, EPE	H Sousa Martins - Guarda	B2	155.410	26.109	5/6	5222	10 ⁴⁷	2611
	H Nossa Senhora da Assunção – Seia							

⁴⁷ Número de pediatras a rever de acordo com a existência ou não de bloco de partos.

Entidade Hospitalar 2011	Estabelecimento Hospitalar	Tipologia Hospitalar	População ³⁸	Crianças <18 anos ³⁹	Pediatras existentes/ propostos pelo serviço ⁴⁰	Crianças/ pediatra	Pediatras gerais recomendados	Crianças/ pediatra geral
CH da Cova da Beira, EPE	H Pêro da Covilhã	B2	87.747	14.741	8/?	1843	10 ⁴⁷	1474
	H Fundão							
ULS Castelo Branco, EPE	H Amato Lusitano - Castelo Branco	B2	108.202	18178	6/10	3030	10 ⁴⁷	1818
Total ARS Centro		-	1.763.782-	316.024	125	2528	121	2612

Quadro 16 - REGIÃO LVT - Serviços de Pediatria por tipologia hospitalar, nº de crianças por área de atração e recursos em pediatras

Entidade Hospitalar 2011	Estabelecimento Hospitalar	Tipologia Hospitalar	População ³⁸	Crianças <18 anos ³⁹	Pediatras existentes/ propostos pelo serviço ⁴⁰	Crianças/ pediatra	Pediatras gerais recomendados	Crianças/ pediatra geral
CH Lisboa Norte, EPE	H Santa Maria	A1	257.942	48.235	60/65	856	18	2680
	H Pulido Valente							
CH Lisboa Central, EPE	H São José	A1	274.714	51.372	76/80	691	19	2704
	H Santa Marta							
	H Dona Estefânia							
	H Santo António dos Capuchos							
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	Maternidade Dr. Alfredo da Costa	Especializado						
H Curry Cabral, EPE	H Curry Cabral	A1						
CH Lisboa Ocidental, EPE	H São Francisco Xavier	A2	280.960	52.540	24/26	2189	20	2388
	H Egas Moniz							
	H Santa Cruz							
H Professor Fernando da Fonseca, EPE	H Prof. Dr. Fernando da Fonseca	B1	552.807	103.375	21/21	4923	24	4307
H Dr. José de Almeida - Cascais (HPP)	H Dr. José de Almeida - Cascais (HPP)	B2	205.117	38.357	9/16	4262	13	2951
H Loures	H Loures	-	286.544	53.584	-	-	-	-
H Garcia de Orta, EPE	H Garcia de Orta - Almada	A2	380.462	71.146	?	?	23	3093

Entidade Hospitalar 2011	Estabelecimento Hospitalar	Tipologia Hospitalar	População ³⁸	Crianças <18 anos ³⁹	Pediatras existentes/ propostos pelo serviço ⁴⁰	Crianças/ pediatra	Pediatras gerais recomendados	Crianças/ pediatra geral
H Vila Franca de Xira	H Reinaldo dos Santos - Vila Franca de Xira	B1	243.444	45.524	?	-	18	2529
CH Barreiro - Montijo, EPE	H Nossa Senhora do Rosário	B1	214.226	40.060	10/21	-	18	2226
	H Distrital do Montijo							
CH Setúbal, EPE	H São Bernardo - Setúbal	B1	183.340	34.285	5/14	6857	18	1905
	H Ortopédico Santiago do Outão							
CH Oeste Norte	H Distrital Caldas da Rainha	B2	175.749	32.865	8/?	4108	13 ⁴⁸	2528
	H Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça							
	H São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche							
CH de Torres Vedras	H Distrital de Torres Vedras	B2	172.844	32.322	4/9	8080	13 ⁴⁸	2486
	H Dr. José Maria Antunes Júnior – Barro							

⁴⁸ A rever de acordo com a integração ou não dos serviços do CHON e CH Torres Vedras

Entidade Hospitalar 2011	Estabelecimento Hospitalar	Tipologia Hospitalar	População ³⁸	Crianças <18 anos ³⁹	Pediatras existentes/ propostos pelo serviço ⁴⁰	Crianças/ pediatra	Pediatras gerais recomendados	Crianças/ pediatra geral
H Santarém, EPE	H Santarém	B1	196.669	36.777	?	-	18	2043
CH Médio Tejo, EPE	H Dr. Manoel Constâncio	B1	252.684	47.252	12/28	3938	18	2625
	H Nossa Senhora da Graça - Tomar							
	H Rainha Santa Isabel – Torres Novas							
Instituto Português Oncologia Francisco Gentil, EPE - Lisboa	Instituto Português Oncologia Francisco Gentil, EPE - Lisboa	Especializado	-	-	-	-	-	-
Total ARS Lisboa e Vale do Tejo		-	3.677.502⁴⁹	687.693	169	4069	236	2977

⁴⁹ População de atração direta contando com a eventual construção do Hospital Lisboa Oriental.

Quadro 17 - REGIÃO ALENTEJO, ALGARVE E REGIÕES AUTÓNOMAS - Serviços de Pediatria por tipologia hospitalar, nº de crianças por área de atração e recursos em pediatras

Entidade Hospitalar 2011	Estabelecimento Hospitalar	Tipologia Hospitalar	População ³⁸	Crianças <18 anos ³⁹	Pediatras existentes/ propostos pelo serviço ⁴⁰	Crianças/ pediatra	Pediatras gerais recomendados	Crianças/ pediatra geral
ULS Norte Alentejano, EPE	H Dr. José Maria Grande – Portalegre	B2	118.952	19.627	-	-	10	1963
	H Santa Luzia de Elvas							
H Espírito Santo, EPE	H Espírito Santo	A2	167.434	27.627	21/21	1316	20	1381
H Litoral Alentejano, EPE	H Litoral Alentejano	B2	84.918	14.011	-	-	-	-
ULS Baixo Alentejo, EPE	H José Joaquim Fernandes	B2	139.602	23.034	9/16	2559	10	2303
	H São Paulo – Serpa							
Total ARS Alentejo		-	510.906-	84.299	-	-	40	2107
H Faro, EPE	H Distrital de Faro	A2	286.598	51.301	24/22	2130	22	2332
CH Barlavento Algarvio, EPE	H Barlavento Algarvio – Portimão	B2	163.886	29.336	8/14	3667	12	2445
	H Lagos							
Total ARS Algarve		-	450.484-	80.637	-	4032	34	2372
Total Portugal Continental		-	10.384.529-	-	-	-	-	-
Hospital Dr. Nélio Mendonça	Hospital Dr. Nélio Mendonça	B1	267.938	53.856	24/24	2244	22	2448
Total RAM		-	267.938-	53.856	-	2244	22	2448

Entidade Hospitalar 2011	Estabelecimento Hospitalar	Tipologia Hospitalar	População ³⁸	Crianças <18 anos ³⁹	Pediatras existentes/ propostos pelo serviço ⁴⁰	Crianças/ pediatra	Pediatras gerais recomendados	Crianças/ pediatra geral
Hospital de Ponta Delgada	Hospital de Ponta Delgada	B1	147.467	32.590	17/?	-	18	1811
Hospital de Angra do Heroísmo	Hospital de Angra do Heroísmo	B2	60.455	13.361	6/?	-	10	1336
Hospital da Horta	Hospital da Horta	B2	38.450	8497	2/?	-	10	850
Total RAA			246.102-	54.448		-	38	1433

H. Áreas Diferenciadas da Pediatria

1. Nota Introdutória

A Pediatria, enquanto Medicina de um grupo etário, tem-se diferenciado em valências ou subespecialidades para responder à multiplicidade e especificidade das exigências e necessidades da população que serve sem, contudo, perder a visão e essência pediátricas no encarar da Criança e do Jovem na sua unidade e individualidade biopsicossocial.

Portugal tem acompanhado este processo a par do que se vive internacionalmente, mas, no País, nos últimos anos, na falta de orientações nacionais e de planeamento, tem-se assistido, sobretudo nas grandes unidades hospitalares, a um processo de auto criação de Unidades Diferenciadas (UD) com afetação de recurso humanos e técnicos, sem uma clara identificação das reais necessidades, sem um estudo da distribuição geodemográfica das mesmas e sem definição de uma rede de referenciação.

Esta evolução contrariou a tendência da organização do SNS em redes, com risco de segurança para os doentes, da acessibilidade e equidade de acesso e sem racionalização dos recursos de toda a ordem.

Há uma grande dispersão na assistência, a concentração de experiência e conhecimento é desconhecida, não existe nem coordenação regional, nem nacional, nem uma clara definição das necessidades formativas e de educação continua, ou, sequer, ações que avaliem os resultados.

Pelo que foi dito, não é claro que os atualmente considerados hospitais centrais, tipologia A1, devam, ou necessitem, de ter todas as áreas especializadas.

Se na Região Centro a resposta parece ser simples, o mesmo pode não se aplicar às restantes regiões, Norte, LVT e outras, sem uma identificação cabal dos recursos e necessidades locais da população e nas instituições hospitalares, dos seus recursos e equipamentos. Neste particular, é crucial o envolvimento das ARS.

Na definição da localização das UD devem ser também envolvidos os profissionais dedicados às áreas em causa, tendo em conta as orientações e princípios deste documento, concentração, multidisciplinaridade, cooperação e complementaridade, visando a prestação de melhores cuidados com menos custos.

A CNSMCA, em conjunto com as Comissões Regionais, pode e deve servir de mediadora nesta discussão, assumir de novo o papel de coordenadora das Redes de Referência Nacionais, receber apoio inequívoco da tutela, ultrapassar todos os problemas de comunicação existentes e não permitir que questões secundárias ponham em causa o interesse do SNS.

Para o sucesso deste projeto é fundamental a adesão e empenho dos profissionais bem como a sua contínua monitorização do processo. Aqui as Unidades Coordenadoras inter-hospitalares pediátricas, já existentes na Região Centro e a ser implementadas nas outras Regiões, podem vir a ter um papel importante no processo de acompanhamento.

2. Unidades Diferenciadas Pediátricas

Consideram-se Unidades Diferenciadas (UD) as unidades altamente especializadas que concentrem as patologias mais complexas (incluem diagnósticos raros, situações severas ou intratáveis, procedimentos pouco frequentes, patologia em lactentes que precisam de apoio multidisciplinar, etc.), de uma ou várias regiões e agregam recursos humanos e tecnológicos especializados, com capacidade de responder integralmente às necessidades diagnósticas e terapêuticas, no contexto de um Serviço ou Departamento pediátrico num Hospital de tipo A1.

O número de UD necessárias a nível nacional é difícil de afirmar. Não existem dados concretos sobre o número exato de crianças e jovens afetados nas distintas patologias específicas, pelo que esta proposta se baseia em trabalhos da atual CNSMCA, bem como das Comissões anteriores e também na bibliografia internacional.

É também objetivo desta Comissão observar e cumprir estritamente as necessidades das Crianças e dos Jovens, o seu acesso universal às UD e a racionalização de recursos e disponibilidades atuais.

Atendendo à nossa realidade, de um envelhecimento progressivo e de uma crescente redução da natalidade, da rede de comunicações inter-hospitalares e da referida necessidade de concentração de experiência e recursos, é de admitir como suficiente a existência de duas a três unidades diferenciadas em todo o País, para cada área subespecializada ou diferenciada da pediatria. Para tanto entende-se como imprescindível a definição de uma adequada rede de referência pediátrica e uma estreita articulação com interlocutores locais, pediatras, que tenham “formação ou interesse especial” nas diferentes áreas homónimas das UD pediátricas situadas nos hospitais A1.

O número de especialistas das UD deve contemplar a possibilidade de deslocação a outros hospitais menos diferenciados, colaborando localmente na prestação de cuidados de proximidade e na formação contínua de outros profissionais de saúde. O número proposto é também baseado nos pareceres acima referidos com as devidas adaptações à atualidade.

A articulação entre os Serviços/Departamentos com Unidades Diferenciadas e os Serviços de Pediatria Geral deve ser formalizada através de protocolos entre os diferentes hospitais, no âmbito da articulação interinstitucional que deseja, com o objetivo de cuidar das crianças o mais próximo possível do seu domicílio em estreita colaboração com o hospital da sua área de residência.

Nos casos de doença crónica, a transição para um serviço especializado de adultos deve ser programada com a devida antecedência, em idade variável conforme a vontade do adolescente e as características da doença, mantendo-se os princípios de continuidade de cuidados e de transdisciplinaridade com os diferentes níveis assistenciais, primários e secundários.

As UD propostas nos quadros seguintes correspondem às subespecialidades contempladas pela Ordem dos Médicos e/ou às Áreas Diferenciadas de identificação e aprovação consensualmente aceite pelas Sociedades Científicas nacionais e internacionais, para responder às necessidades das patologias complexas da população em idade pediátrica.

Na sua enumeração, refere-se, apenas a título de informação, o número de unidades existentes em alguns países, principalmente no Reino Unido, onde residem cerca de 11 milhões de crianças (em Portugal cerca de 2 milhões com menos de 18 anos).

3. Serviços de Pediatria - Unidades Diferenciadas

3.1. Ver quadros 18 e 19

3.2. Se tivermos como referência a Região Centro em que existe um único hospital para cerca de 316.024 crianças até aos 18 anos de idade, será de desejar a sua redução, com o objetivo de melhorar a qualidade através da concentração de patologias mais complexas. É mesmo preferível que para populações mais numerosas, exista em muitos casos uma unidade de maior dimensão em alternativa a várias pequenas unidades, sem prejuízo de os recursos humanos e em equipamento, serem adaptados de forma a darem resposta a toda a área de influência.

- 3.2.1. Na generalidade serão necessários (ver à frente Unidades Diferenciadas - UD)
- 3.2.2. Norte:684.939 crianças – 1-3;
- 3.2.3. LVT 867.182 crianças, adicionada da área de influência terciária, Alentejo e Algarve – 1-3;
- 3.2.4. Alentejo 124.886 – 0;
- 3.2.5. Especialização parcial: Algarve 80.637 - 1; RAM⁵⁰ 54.603 – 1; RAA⁵⁰ 53.929 – 1

4. Alergologia

- 4.1. Embora a doença alérgica tenha vindo a aumentar nos últimos anos, a grande maioria das situações pode ser tratada por pediatras gerais;
- 4.2. Envolve várias áreas: respiratória, digestiva, cutânea;
- 4.3. Serviços especializados para a doença alérgica destinam-se a fazer o diagnóstico e prestar cuidados aos casos mais graves e complexos em que a etiologia alérgica é suspeita;
- 4.4. Patologias
 - 4.4.1. Anafilaxia em que a etiologia não é conhecida ou estão envolvidos alimentos múltiplos ou é induzida pelo exercício;
 - 4.4.2. Asma grave alérgica em que os tratamentos convencionais não são eficazes;
 - 4.4.3. Alergia alimentar em crianças com sintomas graves relacionados com os alimentos, por exemplo quando há potencialmente ameaça à vida, ou não sendo a causa é clara é necessário evitar um grande número de alimentos com o risco de afetar a ingestão nutricional.
- 4.5. Reino Unido: oito UD, com um total de 11 consultores em alergia pediátrica.

5. Cuidados Intensivos Pediátricos

- 5.1. Destinados à prestação de cuidados a doentes graves em idade pediátrica.
- 5.2. Considerar três níveis:
 - 5.2.1. Nível I - cuidados intensivos de curta duração 24-48h - com ventilação de apoio, ventilação mecânica (serão as unidades que agregam também cuidados intensivos neonatais, que mais à frente são designadas como polivalentes);

⁵⁰ Referenciação predominante para Lisboa, a definir as UD recetoras.

- 5.2.2. Nível II - Cuidados intensivos – cuidados intensivos com capacidade de tratamento de falência multiorgão;
- 5.2.3. Nível III - Cuidados intensivos complexos – os mesmos do anterior e de apoio a transplantados e neurocirúrgicos. As situações de politrauma grave e neurotrauma devem ser tratadas nestas unidades. Implica presença física de outras especialidades (Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Cárdio-Torácica, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Imagiologia, Neurocirurgia, Neurorradiologia, Otorrinolaringologia); Uma unidade a nível nacional com capacidade de ECMO neonatal e pediátrico;
- 5.3. Estima-se que para cada milhão de crianças até aos 18 anos sejam necessárias 20 camas de cuidados intensivos;
- 5.4. Cada Unidade nível II ou III deverá ter pelo menos oito camas de cuidados intensivos e quatro de cuidados intermédios. As unidades polivalentes (nível I) deverão ter uma a duas camas;
- 5.5. A equipa médica das unidades de nível I deverá ser composta por neonatologistas com formação e experiência em cuidados intensivos pediátricos.
- 5.6. Devem ser definidos o número e a localização das Unidades de Queimados – provavelmente duas serão suficientes;
- 5.7. Centros com ECMO - na Alemanha existem dois e na Suécia o Karolinska Institute recebe doentes da Escócia e da Bélgica.

6. Doenças Hereditárias do Metabolismo

- 6.1. A raridade e complexidade das DHM impõem uma diferenciação técnico-científica de excelência e a concentração das diferentes entidades e o acesso fácil a meios complementares de diagnóstico;
- 6.2. Deve ter recursos suficientes que permitam o diagnóstico e tratamento atempado das patologias da sua área de competência, em estreita colaboração com o Instituto de Genética Médica, indispensável para a sobrevida e qualidade de vida destes doentes;
- 6.3. A prevalência das diversas DHM justifica a existência de uma unidade de doenças metabólicas por cada 2 a 4 milhões de habitantes.

7. Gastreenterologia, Hepatologia e Nutrição

- 7.1. Destina-se a tratar as situações mais complexas e a dar apoio a um grande diversidade de especialidades e patologias (alergologia, endocrinologia, fibrose quística, infeciologia, oncologia, transplante, etc.)
- 7.2. Deve assegurar entre outros:

- 7.2.1. Endoscopia digestiva alta, Íleo colonoscopia, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), diagnóstico e terapêutico; vídeo-cápsula endoscópica; ultrassonografia endoscópica (EUS); pH esofágico e monitorização de impedância; alimentação enteral e nutrição parenteral em crianças com insuficiência intestinal
- 7.2.2. Situações específicas:
 - 7.2.2.1. Transplante hepático – um centro no CHUC, com dotação adicional de dois pediatras;
 - 7.2.2.2. Tratamento do síndrome do intestino curto – um centro. Transplante intestino – rede europeia.
- 7.2.3. Reino Unido: existem três centros de hepatologia e dois de transplante de intestino.

8. Endocrinologia

- 8.1. Destina-se a tratar as situações mais raras e complexas e a dar apoio a outras especialidades, por ex. doenças do metabolismo, genética, neurocirurgia, oncologia, obesidade mórbida;
- 8.2. Na área da Diabetologia, deverá acompanhar as situações complexas de DM tipo 1, seleção das crianças com indicação para colocarem bombas infusoras de insulina, formas raras de diabetes neonatal, MODY, diabetes associada com doença crónica (por ex. fibrose quística) ou uso de altas doses de esteróides e patologias do foro autoimune, oncológico ou outras;
- 8.3. Diabetes insulino dependente, hipotireoidismo congénito ou autoimune, obesidade (exclui obesidade mórbida), podem ser orientados por um pediatra com particular interesse na área;
- 8.4. Reino Unido: existem 15-20 UD.

9. Hemato-Oncologia

- 9.1. A Hematologia Clínica e a Oncologia devem constituir-se como UD única.
- 9.2. As Unidades devem ficar situadas em hospitais que disponibilizem todos os cuidados que lhe são inerentes, como cirurgia pediátrica, anestesia e cuidados intensivos. Ter também interligação estreita, entre outros, com Serviços Nacionais ou Internacionais, de Transplante de Medula, Imunologia, Genética, etc.
- 9.3. Deverão ter a seu cargo crianças até aos 18 anos com:
 - 9.3.1. Hemoglobinopatias - anemias hemolíticas hereditárias e adquiridas, diagnóstico, orientação terapêutica e aconselhamento genético, quando se aplique;

- 9.3.2. Coagulopatias - diagnóstico, orientação terapêutica e aconselhamento genético;
- 9.3.3. Trombocitopénias crónicas – diagnóstico e decisão terapêutica;
- 9.3.4. Síndromas de falência medular - hereditárias, congénitas ou adquiridas;
- 9.3.5. Transplante de medula óssea – seguimento das crianças pós transplante;
- 9.3.6. Doença oncológica - diagnóstico, tratamento e seguimento de todas as crianças com tumores sólidos e/ou líquidos;

10. Infeciologia e Imunodeficiências

- 10.1. Entende-se, para uma melhor rentabilização de recursos e pela interligação próxima entre estas duas áreas, mantê-las na mesma UD.
- 10.2. A maioria das infeções em crianças é tratada por pediatras gerais.
- 10.3. Aconselhamento e tratamento numa UD são necessários quando a infeção é muito grave, persistente, rara ou recorrente.
- 10.4. As imunodeficiências primárias ou adquiridas devem ser orientadas nestas UD;
- 10.5. Transplante de medula óssea – um centro
- 10.6. Reino Unido: existem 11 UD, geralmente com infeciologia e imunodeficiência, com 1-5 especialistas por unidade, que inclui, em alguns casos, um especialista em imunodeficiências. Existem a nível nacional 13 consultores em imunodeficiências. Em todo o país estão disponíveis instalações com pressão negativa destinadas a crianças infetadas em seis hospitais. Existem instalações com pressão positiva, fluxo laminar e filtros HEPA em dois centros, Great Ormond Street Hospital, Londres e Newcastle, dedicados a situações de imunodeficiências primárias.

11. Neonatologia

Ver carta hospitalar obstétrica e neonatal

12. Nefrologia

- 12.1. A grande maioria das situações pode ser tratada por um pediatra geral com interesse na área, como por ex. infeção do trato urinário, síndrome nefrótico cótico-sensível, hidronefrose de diagnóstico pré-natal e seu seguimento, doença renal crónica (leve a moderada), insuficiência renal aguda, se ligeira e sem complicações, hematúria, proteinúria, hipertensão renal de fácil controlo, etc.

- 12.2. A UD deve garantir a resposta às situações complexas, por ex. insuficiência renal aguda, incluindo a que requeira hemodialise, insuficiência renal crónica grave e terminal, síndrome nefrótica ou glomerulonefrite complicada, distúrbios tubulointersticiais, hipertensão arterial de difícil controlo, bexiga neuropática, nefrolitíase e todas as técnicas de diagnóstico e terapêutica, incluindo biópsia renal, urodinâmica, hemofiltração, plasmaferese e diálise (hemodiálise e diálise peritoneal).
- 12.3. No País devem existir dois centros com capacidade para assegurar a realização de hemodiálise e transplantação renal e apenas um para crianças com peso inferior a 15Kg (em Portugal realizam-se em média 15-20 transplantes renais em crianças por ano).
- 12.4. Reino Unido: existem dez UD, oito fazem transplante renal em crianças.

13. Medicina do Adolescente

- 13.1. Não é considerada uma valência como UD. A patologia que lhe é inerente deve ser da responsabilidade de um pediatra com particular interesse na área, em articulação com o Serviços de Pedopsiquiatria e de Ginecologia.

14. Neurodesenvolvimento

- 14.1. É um ramo da pediatria que se ocupa do desenvolvimento da criança e do jovem, pressupondo não só a vigilância do desenvolvimento, como também o diagnóstico das suas perturbações e respetiva intervenção.
- 14.2. A rede de prestação de cuidados de saúde de desenvolvimento infantil compreende três níveis de cuidados: I – Cuidados Primários; II – Hospitalar; III – Centro de Neurodesenvolvimento.
- 14.2.1. Nível II: Cuidados prestados nas consultas de desenvolvimento dos hospitais A2, B1 e B2. As suas competências incluem a realização de avaliações especializadas de desenvolvimento infantil nas crianças referenciadas, o acompanhamento das crianças com perturbações do desenvolvimento, comportamento e dificuldades de aprendizagem, em articulação com os centros de Nível I e Nível III.
- 14.2.2. Nível III. Cuidados prestados nos Centros de Desenvolvimento Infantil, autónomos ou integrados nos hospitais, são aqui considerados como sendo as UD e a sua localização preferencial nos hospitais A1.
- 14.2.3. As UD devem assegurar o diagnóstico, seguimento e intervenção de algumas patologias de desenvolvimento, nomeadamente os síndromas raros e complexos, défices cognitivos, perturbações do espectro do autismo, dificuldades específicas de aprendizagem, problemas de comportamento, défices sensoriais, entre outros. Para tal devem

funcionar em articulação com outras áreas especializadas como a Neuropediatria, Genética, Metabólicas, Fisiatria, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, etc.

15. Neuropediatria

- 15.1. Os recentes progressos nas Neurociências Pediátricas, nomeadamente nas áreas do metabolismo e imunologia, genética molecular, histologia neuromuscular, neuroimagem, eletrofisiologia, bioquímica e neurofarmacologia, com patologias cada vez mais complexas, obrigam a investigação e muitas vezes a tratamento em ambiente hospitalar. As UD são indispensáveis na investigação etiológica e na orientação destas crianças e adolescentes, em articulação com outras áreas mais diferenciadas.
- 15.2. Devem dar resposta às solicitações inerentes a epilepsias de difícil controlo, doenças neurodegenerativas, neuromusculares, desmielinizantes, neurometabólicas, neuroimunológicas, vasculares, síndromas neurocutâneos, entre outras.
- 15.3. Compete-lhes assegurar a realização de exames complementares diagnósticos como o-EEG, monitorização vídeo-EEG e EMG. Deverão funcionar em estreita colaboração com áreas específicas como a neurorradiologia, genética e doenças metabólicas.

16. Pneumologia

- 16.1. A maioria das doenças respiratórias é da responsabilidade do pediatra geral;
- 16.2. As seguintes situações devem ser avaliadas ou ter o apoio de uma UD
 - 16.2.1. Fibrose quística
 - 16.2.2. Doença pulmonar crónica neonatal, estridor congénito grave
 - 16.2.3. Diagnóstico e acompanhamento pós-cirúrgico de por ex. malformação congénita adenomatosa, sequestro, enfisema lobar congénito, hérnia diafragmática, fístula tráqueo-esofágico
 - 16.2.4. Doenças raras: por ex. bronquiolite obliterante, outras doenças pulmonares intersticiais, hemossiderose pulmonar, proteinose alveolar pulmonar, discinesia ciliar; envolvimento pulmonar em doenças sistémicas, por ex. LES, artrite crónica juvenil;
 - 16.2.5. Bronquiectasias
 - 16.2.6. Doença pulmonar associada a imunodeficiência primária e secundária
 - 16.2.7. Doença pulmonar restritiva e crónica associada a doença restritiva da parede torácica e neuromusculares
 - 16.2.8. Distúrbios respiratórios do sono

- 16.3. Deve assegurar as seguintes intervenções
- 16.3.1. Broncoscopia flexível
 - 16.3.2. Provas de função pulmonar pediátrica
 - 16.3.3. Estudos do sono, por ex. polissonografia, poligrafia respiratória
 - 16.3.4. Ventilação invasiva crónica e domiciliária não invasiva.

17. Reumatologia

- 17.1. A prevalência de diferentes doenças reumatológicas difere significativamente de acordo com fatores como a demografia local e composição étnica. Muitas das doenças são muito raras e mesmo a mais comum a artrite idiopática juvenil tem uma baixa prevalência, mas são uma causa importante de incapacidade na criança.
- 17.2. É crucial para o bom acompanhamento destas crianças a centralização em poucos centros e que se possam articular com outras especialidades, por ex. dermatologia, imunodeficiências, ortopedia, fisioterapia, reumatologia de adultos.

18. Unidades de Transplante

- 18.1. Devem concentrar recursos e patologias e terem uma dimensão nacional ou europeia.
- 18.2. A sua localização deve implicar todos os serviços de suporte às pessoas em idade pediátrica, incluindo cuidados intensivos.

Quadro 18 - Proposta de Unidades Diferenciadas e Recursos em Pediatras por Região

Unidades Diferenciadas/ População <18 anos ⁵¹	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	RAM	RAA	Total de UD	Nº de Pediatras ⁵²
	680.535	316.024	687.693	84.299	80.637	53.856	54.448		
Alergologia	1	1	1	0	0	0	0	3	3-5 ⁵³
Cuidados Intensivos	Nível I	0	0	0	0	1	1	3	54
	Nível II	1	0	1	0	0	0	2	7
	Nível III	1	1	1	0	0	0	3	9
D Hereditárias do Metabolismo	1	1	1	0	0	0	0	3	2-3 ⁵³
Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição⁵⁵	1	1	1	0	0	0	0	5	6-7 ⁵³
Endocrinologia	1	1	1	0	0	0	0	3	3-5 ⁵³
Hemato-Oncologia	1	1	1	0	0	0	0	3	6-10 ⁵³
Infeciologia e Imunodeficiências	1	1	1	0	0	0	0	3	3-5 ⁵³

⁵¹ Estimativa do n.º de crianças em percentagem para a população residente em cada Região (censo de 2011), partindo do pressuposto que a distribuição é uniforme em cada Região. O cálculo das crianças é baseado na percentagem da população abaixo dos 18 anos, segundo o INE em 2011.

⁵² Tendo como base um horário de 40h/semana.

⁵³ Norte e LVT.

⁵⁴ Polivalente – cuidados a serem prestados pela equipa de neonatologia.

⁵⁵ Um centro de transplante no CHUC.

Unidades Diferenciadas/ População <18 anos ⁵⁶	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	RAM	RAA	Total de UD	Nº de Pediatras ⁵⁷
	680.535	316.024	687.693	84.299	80.637	53.856	54.448		
Nefrologia⁵⁸	1	1	1	0	0	0	0	3	3-6 ⁵³
Neonatologia	3	1	3	-	1	1	1	10	14;10;7;5;5 ⁵⁹
Neurodesenvolvimento	1	1	1	0	0	0	0	5	5; 10 ⁵³
Neuropediatria	1	1	1	0	0	0	0	5	6; 8 ⁵³
Pneumologia	1	1	1	0	0	0	0	3	4-7 ⁵³
Reumatologia	1	1	1	0	0	0	0	3	2-3 ⁵³
Totais	16	13	16	0	2	2	2	51	-

⁵⁶ Estimativa do n.º de crianças em percentagem para a população residente em cada Região (censo de 2011), partindo do pressuposto que a distribuição é uniforme em cada Região. O cálculo das crianças é baseado na percentagem da população abaixo dos 18 anos, segundo o INE em 2011.

⁵⁷ Tendo como base um horário de 40h/semana.

⁵⁸ Uma unidade com hemodiálise no Norte e em LVT; uma ou duas no País com transplante renal – número de pediatras a rever de acordo com a localização das UD.

⁵⁹ HAPAD 14; HAPD 10, exceto Faro 7, Funchal 5, Ponta Delgada 5.

Quadro 19 - Recursos em Pediatras – Hospitais com Unidades Diferenciadas

Unidades Diferenciadas	Norte			Centro		LVT			Nº Total de Pediatras
	Serviço 1 ⁶⁰	Serviço 2	Serviço 3	Serviço 1	Serviço 2	Serviço 1	Serviço 2	Serviço 3	
Alergologia	5		-	3		5	-	-	13
Cuidados Intensivos nível II	-	-	7	-	-	-	7	-	41
Cuidados Intensivos nível III	9	-	-	9	-	9	-	-	
D hereditárias e do Metabolismo	3	-	-	2	-	3	-	-	8
Gastrenterologia	7	-	-	6	-	7	-	-	20
Endocrinologia	5	-	-	3	-	5	-	-	13
Hemato-Oncologia	10	-	-	6	-	10	-	-	26 ⁶¹
Infeciologia e Imunodeficiências	5	-	-	3	-	5	-	-	13

⁶⁰ Tem como premissa que este hospital tem todas UD, o que provavelmente não irá corresponder à realidade.

⁶¹ Estão recomendados dois especialistas por cada 30 novos doentes oncológicos ano, segundo a Secção de Hemato-Oncologia da SPP; em Portugal por ano são diagnosticados cerca de 300-350 novos casos.

Unidades Diferenciadas	Norte			Centro		LVT			Nº Total de Pediatras
	Serviço 1 ⁶²	Serviço 2	Serviço 3	Serviço 1	Serviço 2	Serviço 1	Serviço 2	Serviço 3	
Neonatologia HAPD	-	10	10	-	-	-	10	10	99 ⁶³
Neonatologia HAPAD	14	-	-	-	14	14	-	-	
Nefrologia	6	-	-	3	-	6	-	-	15
Neurodesenvolvimento	10	-	-	5	-	10	-	-	25
Neuropediatria	4	4	-	6	-	4	4	-	22
Pneumologia	7	-	-	4	-	7	-	-	18
Reumatologia	3	-	-	2	-	3	-	-	8
Total		119		66		119			321⁶⁴
Pediatras Gerais⁶⁵	20	16	-	24		18	19	-	

⁶² Tem como premissa que este hospital tem todas UD, o que provavelmente não irá corresponder à realidade.

⁶³ Adicionados os neonatologistas de Faro - 7, Funchal - 5 e Ponta Delgada - 5;

⁶⁴ Com neonatologia de Faro e RAA e RAM.

⁶⁵ A redefinir de acordo com a distribuição das UD.

Quadro 20 - Distribuição dos pediatras, excluindo os neonatologistas por ARS e Região Autónoma

ARS	Pediatras gerais		Pediatras de áreas diferenciadas		Pediatras de hospitais A1		Pediatras gerais e de áreas diferenciadas	
	Total	Pediatra/crianças	Total	Pediatra/crianças	Total	Pediatra/crianças	Total	Pediatra/crianças
Norte	237	1/2871	85	1/8006	121	1/5624	322	1/2114
Centro	121	1/2612	52	1/6077	76	1/4158	173	1/1827
LVT	233	1/2977	85	1/8090	122	1/5636	319	1/2156
Alentejo	40	1/2107	-	-	-	-	-	-
Algarve	34	1/2372	-	-	-	-	-	-
Total Continente	665	1/2718	222	1/8332	-	-	887	1/2038
RAM	22	1/2448	-	-	-	-	-	-
RAA	38	1/1433	-	-	-	-	-	-

Quadro 21 - Distribuição dos neonatologistas dos Hospitais Apoio Perinatal Diferenciados por ARS e Região Autónoma

ARS	Número	Neonatologista/partos
Norte	34	1/884
Centro	14	1/1032
LVT	34	1/970
Algarve	7	1/709
Total Continente	89	1/961
RAM	5	1/483
RAA	5	1/540

Quadro 22 - Distribuição do total de pediatras, incluindo os neonatologistas por ARS

ARS	Pediatras	
	Total	Pediatra/crianças
Norte	356	1/1912
Centro	187	1/1690
LVT	353	1/1948
Alentejo	40	1/2106
Algarve	41	1/1967
Total Continente	977	1/1850
RAM	27	1/1995
RAA	43	1/1266

I. Cardiologia Pediátrica e Centros Médico-Cirúrgicos

O diagnóstico da atual situação da Cardiologia Pediátrica Médico-Cirúrgica no País revela a existência de quatro Centros Públicos, dos quais um no Porto, um em Coimbra e dois em Lisboa.

No início de fevereiro de 2012, com a fusão dos dois hospitais de Coimbra, os Cardiologistas Pediátricos dos HUC e os do Hospital Pediátrico Carmona da Mota foram integrados num único Serviço de Cardiologia Pediátrica, agora incluído no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC).

Em Portugal, há 1.000 intervenções anuais, 500 a 600 doentes tratados cirurgicamente e 400 a 500 tratados por cateterismo cardíaco de intervenção. Estes números estão dentro das previsões internacionais para a dimensão da nossa população.

Nos últimos anos a taxa de sobrevivência de doentes mais complexos tem sido progressivamente mais alta, pelo que mais doentes necessitam de reoperações por lesões residuais, ou tratamento em múltiplos estádios.

1. Realidade Atual dos Recursos Humanos em Cardiologia Pediátrica

Os Recursos Humanos em Cardiologia Pediátrica no País estão distribuídos da seguinte forma (inclui o total de especialistas, independentemente do tipo de contrato, parcial ou a tempo inteiro e do regime de contratação - funções públicas ou contrato individual de trabalho):

1.1. Total no Continente e Regiões Autónomas – 35;

1.1.1. REGIÃO NORTE – total 12

- CH S. João – 9;
- CH Porto - 2;
- CH Vila Nova de Gaia -1;

1.1.2. REGIÃO CENTRO – total 7

- CHUC: 7; (para além destes há um especialista que trabalha a tempo inteiro na Unidade de Cuidados Intensivos como intensivista);

1.1.3. REGIÃO LVT – Total 14

- CHLN – 1; (colaboração de 2 especialistas de outros centros em atividades pontuais de apoio à urgência);
- CHLC – 6; (colaboração de um especialista do CHLN na consulta de Cardiologia Fetal);
 - H de Sta Marta disponibiliza consultas periódicas: CHON, CH Barreiro Montijo, CH Setúbal, H Reynaldo dos Santos, ULS Alto Alentejo, ULS Baixo Alentejo;
- CHLO – 5;
- HFF – 1; (trabalha a tempo parcial na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais);
- HGO - 1;

1.1.4. RA Madeira – 2;

2. Considerações sobre os recursos humanos em Cardiologia Pediátrica

A Cardiologia Pediátrica é uma especialidade abrangente que visa assegurar os vários aspetos da saúde cardiovascular desde a idade fetal até á idade adulta. É por isso responsável pelo seguimento, nesta faixa etária, não só das cardiopatias congénitas (incidência 8/1000 nascimentos), mas também da patologia arritmológica e da patologia cardíaca adquirida.

Para além da vertente diagnóstica e terapêutica, esta especialidade tem-se vocacionado cada vez mais para uma vertente preventiva e de intervenção precoce presente na valência de cardiologia fetal, na avaliação para a prática do desporto e no seguimento de crianças com um risco cardiovascular acrescido.

Colabora também estreitamente com a pediatria na exclusão de cardiopatia e, como elemento de uma equipa multidisciplinar, no seguimento de crianças clinicamente instáveis ou com doenças crónicas associadas a alterações cardiovasculares.

Deve haver por isso Cardiologia Pediátrica fora dos Centros Médico-Cirúrgicos, em locais onde tal se justifique. Não se deve contudo defender uma política de dispersão desnecessária dos profissionais existentes.

Acredita-se que os programas de Telemedicina podem ser uma solução nestes casos.

No que diz respeito, ao número de especialistas atualmente existem 3,31 cardiologistas pediátricos/milhão de habitantes, com a seguinte distribuição regional:

Regiões	População	Nº de especialistas existentes	Nº especialistas/milhão de hab.
---------	-----------	--------------------------------	---------------------------------

(Censos 2011)			
Norte	3.472.715	12	3,46
Centro	2.327.580	7	3,01
Vale do Tejo, Alentejo e Algarve	3.625.147	14	3,86
Madeira	243.410	2	8,2
Açores	252.844	0	0
Portugal	10.561.614	35	3,31

As referências internacionais apontam valores diferentes relativamente às necessidades de cardiologistas pediátricos.

Em Inglaterra, um relatório de 2005 da *British Cardiac Society* apresentava como desejável a existência de um mínimo de 3 especialistas por milhão de habitantes. Trata-se contudo de um país com uma organização do sistema nacional de saúde fortemente alicerçada nos cuidados de saúde primários, o que assegura uma maior seletividade dos casos seguidos pelos especialistas.

Dados dos EUA, referentes a fevereiro de 2012, mostram que ali existe uma média de 7,1 cardiologistas pediátricos por milhão de habitantes.

Acredita-se que no futuro as exigências e desafios colocados à Cardiologia Pediátrica serão cada vez maiores e por isso, caminhar-se-á no sentido da subespecialização nas diversas valências, o que implicará consequentemente uma maior necessidade de recursos humanos, à semelhança do que já acontece nos EUA.

3. Transferência dos doentes da Cardiologia Pediátrica para a Cardiologia de Adultos

O progresso da medicina na área das cardiopatias congénitas tem permitido que cada vez mais doentes cardiopatas cheguem à idade adulta. Torna-se por isso premente organizar um processo de transferência que assegure a continuidade dos cuidados sem interrupções e que assuma uma abordagem centrada no doente, com o objetivo de otimizar a sua qualidade de vida, a sua esperança de vida e a sua produtividade futura.

A idade de transferência deve ser estabelecida pela instituição onde a criança é seguida (idealmente os 17 anos e 364 dias) e preparada antecipadamente.

No entanto, esta idade limiar deve ser flexível, adaptando-se à maturidade intelectual e psicológica do adolescente, bem como ao seu estado clínico.

Algumas das circunstâncias que justificam o adiar do processo de transição são: agudização da doença de base, período de desequilíbrio emocional, atraso de desenvolvimento com impacto na autonomia e na capacidade de percepção da doença pelo próprio.

Durante a preparação para a transferência, o adolescente deve ser integrado como elemento fundamental do processo e as questões relativas à sua saúde devem passar a ser dirigidas para ele (e não para os pais).

Deve receber informação que lhe permita compreender o seu diagnóstico e história clínica, bem como possíveis complicações hemodinâmicas e arritmicas. Para isso, deve adquirir conhecimentos básicos sobre a anatomia e fisiologia normal do coração e perceber as alterações existentes na sua cardiopatia.

Deve também aprender a reconhecer sinais e sintomas significativos e ser informado sobre as possibilidades terapêuticas (médicas, cirúrgicas ou de cateterismo de intervenção), suas vantagens e desvantagens.

Na preparação para a transferência, deve igualmente ser reservado tempo para o adolescente poder exprimir, em privado, as suas preocupações relativamente à qualidade de vida, nomeadamente no que diz respeito às restrições na atividade física, risco de transmissão de doença cardíaca para gerações futuras, compromisso da vida profissional. Os receios verbalizados devem ser recebidos pelo cardiologista pediátrico de forma empática, sem serem formulados juízos de valor.

Os pais devem ser incluídos no processo de transição, esclarecendo-lhes sempre que necessário, as dúvidas relativas à doença, às limitações associadas, ao seguimento médico e às terapêuticas necessárias.

É também obrigação do cardiologista pediátrico, elaborar um resumo escrito da história clínica do doente, apresentando a informação o mais completa possível. Este relatório deve por isso conter, não só os diferentes diagnósticos e intervenções efetuadas, mas também referência ao tempo de progressão da doença, à terapêutica farmacológica adotada, aos valores laboratoriais mais recentes e aos resultados dos exames complementares de diagnóstico mais importantes.

Devem ainda constar no documento dados referentes ao estado funcional do doente, ao impacto causado pelas diferentes comorbilidades, ao perfil psicossocial nomeadamente ao grau de apoio familiar. Preferências relativamente ao término de

vida e problemas na adesão à terapêutica devem também ser comunicados, se apropriado.

Ao receber o doente, é importante que o cardiologista de adultos se inteire da informação transmitida e reavalie o doente. Deve contudo abster-se de efetuar alterações intempestivas no plano terapêutico estabelecido, o que poderia pôr em causa a confiança médico-doente.

Para obviar esta questão e suavizar o processo de transição, as consultas no hospital de adultos, deveriam idealmente ser efetuadas conjuntamente com o cardiologista pediátrico.

4. Programa de Telemedicina em Cardiologia Pediátrica

Fora dos Centros Médico-Cirúrgicos, só em situações de exceção, como nas Regiões Autónomas, deverá haver cardiologistas pediátricos.

Acredita-se que os programas de Telemedicina podem ser uma solução nestes casos.

Não há programa de Telemedicina em Cardiologia Pediátrica na Região Norte.

Na Região Centro existe um programa de Telemedicina semanal em Cardiologia Pediátrica e Cardiologia Fetal muito ativo, do Hospital Pediátrico com todos os Serviços de Pediatria da Região Centro, o CH Trás-os-Montes e Alto Douro e PALOP (Luanda, Benguela, Cidade da Praia e Mindelo)

Na Região de LVT existe um programa de Telemedicina em Cardiologia Pediátrica e Cardiologia Fetal entre o CHLO - Hospital de Santa Cruz e cinco outros hospitais, Santarém, Évora, Faro e Ponta Delgada.

Devem por isso ser promovidos e estimulados através de apoios específicos que permitam a instalação de equipamentos em hospitais centrais e periféricos (nos locais onde estes ainda não existam) e a formação de recursos humanos locais.

O trabalho realizado nas últimas décadas provou que a experiência com a Telemedicina, quer em regime ambulatorio, quer em urgência, tem sido muito positiva e gratificante, apresentando inúmeras vantagens: facilidade de acesso do local remoto à opinião de profissionais especializados em Cardiologia Pediátrica, diagnóstico atempado de situações urgentes, otimização das condições de transporte para o

Hospital Central das cardiopatias mais complexas, concentração dos recursos humanos diferenciados, rentabilizando-se de forma eficaz o seu conhecimento e aptidões; redução de custos desnecessários em deslocações e do absentismo laboral dos acompanhantes da criança; formação continuada em Cardiologia Pediátrica dos profissionais no local remoto.

Acima de tudo, privilegia-se a igualdade acesso aos cuidados de saúde.

5. Realidade Atual dos Recursos Humanos em Cirurgia Cardíaca Pediátrica

A maioria dos Centros de Cirurgia Cardíaca Pediátrica do nosso País tem o seu movimento mais complexo assegurado praticamente por um único cirurgião.

Os cirurgiões cardíacos congénitos mais experientes e autónomos no nosso País têm mais de 50 anos e em alguns casos mais de 60.

A quase totalidade dos cirurgiões mais novos em qualquer dos Centros não tem presentemente experiência e autonomia para realizarem casos mais complexos, nomeadamente cirurgia neonatal.

Não está portanto assegurada a continuidade cirúrgica cardíaca pediátrica em alguns dos Centros e a sua manutenção a médio prazo pode estar em risco.

Não é possível a formação rápida de cirurgiões cardíacos pediátricos, que habitualmente têm um longo percurso na sua formação. É apontado como fundamental a necessidade de trabalhar num grupo médico-cirúrgico diferenciado e estável.

Por outro lado, ao contrário dos Países cujos modelos podemos tentar reproduzir, não temos recursos no nosso País para captar médicos estrangeiros caso se verifique uma situação inesperada de doença ou mesmo uma simples aposentação.

Uma análise cuidadosa à situação atual mostra que dentro de alguns anos os quatro Centros Públicos estarão, mesmo que não haja encerramentos intempestivos, naturalmente reduzidos a um máximo de dois Centros. Se ficar apenas um, corremos o risco de reproduzir na Cirurgia Pediátrica o que aconteceu recentemente na área dos transplantes hepáticos pediátricos.

Em Portugal, o modelo atual dificilmente conseguirá permitir que se alcance uma experiência adequada, pelo que a inserção em Centros de grande volume, operando simultaneamente adultos, é benéfica.

Internacionalmente a concentração de recursos prevê habitualmente a dedicação exclusiva de cirurgiões cardíacos à patologia congénita.

No nosso País nenhum cirurgião cardíaco pediátrico diferenciado ou em formação trabalha exclusivamente em cirurgia de congénitos.

Os custos inerentes ao funcionamento de Centros Congénitos inseridos em Centros diferenciados médico-cirúrgicos são pouco expressivos em relação à produção, já que partilham e rentabilizam instalações e equipamento.

A elevada diferenciação em cardiologia de intervenção tem levado a que nalguns Centros haja muitos doentes tratados por intervenção percutânea evitando a correção cirúrgica, com a consequente diminuição de custos.

Se for considerada a redução do número de Centros, devem ser tomados em consideração vários fatores: a diferenciação técnica, movimento e resultados na cirurgia e na intervenção percutânea nos vários grupos etários, sendo avaliados o número de doentes tratados em cada Centro, os respetivos índices de complexidade e o peso relativo dos PALOPS, que têm gerado movimento adicional extraordinário muito importante nalguns Centros; recursos humanos e técnicos existentes; custos do tratamento por doente cirúrgico e por doente tratado por intervenção; provas dadas na capacidade de formação de profissionais das várias áreas e seu grau de satisfação; tipo de articulação médico-cirúrgica; avaliação de cada Centro pelos Hospitais que lhe referenciam doentes; a efetiva relação com hospitais periféricos através de programas de Telemedicina e de consultas nesses hospitais; avaliação da produção, morbilidade, mortalidade, eficácia e eficiência dos Serviços feita por analistas independentes, com experiência demonstrada nesta área, seguindo protocolos bem definidos.

6. Conclusão

- 6.1. As Regiões Norte, Centro e LVT deverão ter um serviço de cardiologia pediátrica diferenciado por região, capaz de assegurar todas as valências da especialidade e localizado num dos hospitais com Serviço de Pediatria
- 6.2. À semelhança do que ocorre na região autónoma da Madeira, também a região autónoma dos Açores deverá ter pelo menos um especialista de Cardiologia Pediátrica, com aptidão para responder localmente a situações emergentes desta área.

- 6.3. No contexto atual nacional, recomenda-se um mínimo de quatro cardiologistas pediátricos por um milhão de habitantes.
 - 6.3.1.Região Norte – 14
 - 6.3.2.Região Centro – 9
 - 6.3.3.Região de LVT, Alentejo e Algarve e apoio às Regiões Autónomas – 15
- 6.4. Salienta-se o papel fulcral da telemedicina como ferramenta indispensável para assegurar a equidade de acesso a cuidados de saúde de Cardiologia Pediátrica e para evitar a dispersão desnecessária de recursos humanos. Trata-se de uma metodologia a incentivar e a fomentar nas regiões do país ainda não abrangidas.
- 6.5. No que diz respeito aos centros médico-cirúrgicos, e de acordo com os modelos adotados em outros países, serão idealmente necessários apenas dois grandes centros a nível nacional. Cada um deles deverá ter pelo menos quatro cirurgiões cardíacos a operar patologia congénita e efetuando anualmente cada um pelo menos 100 cirurgias, o que se traduz em cerca de 400 cirurgias anuais por centro.
- 6.6. Estes centros deverão estar integrados em hospitais com unidades de cuidados intensivos pediátricos de nível III e unidades de cuidados intensivos neonatais altamente diferenciadas.
- 6.7. De salientar a importância da interligação com equipas de diagnóstico pré-natal diferenciadas, que permitam disponibilizar o mais precocemente possível os métodos de diagnóstico e terapêuticos necessários.
- 6.8. Qualquer solução passará sempre por auscultar os intervenientes diretamente interessados, nomeadamente os Cardiologistas Pediátricos e os Cirurgiões Cardiorácicos.

J. Cirurgia Pediátrica

1. O Âmbito da Cirurgia Pediátrica

O objectivo da Cirurgia Pediátrica, não é constituir um monopólio, mas estabelecer um padrão de qualidade " Sir Denis Browne – 1942

A Cirurgia Pediátrica define-se como uma especialidade médico-cirúrgica tecnicamente autónoma, interdependente das restantes especialidades pediátricas e que tem como objeto último a obtenção da saúde da criança. Não deve ser considerada como uma subespecialidade do âmbito da Pediatria, pelos meios e pelos métodos que utiliza na prossecução dos seus objetivos.

A Cirurgia Pediátrica é uma especialidade cujo âmbito alargado inclui o diagnóstico, a orientação (pré e pós natal), e o tratamento de disfunções e doenças, malformações e traumatismos, passíveis de tratamento cirúrgico num vasto grupo etário de doentes, que se convencionou estender dos 0 aos 18 anos.

Defende que as Crianças devem ser tratadas preferencialmente em regime de Hospital de Dia, e que a Família ou tutores devem acompanhar as Crianças durante os internamentos/tratamentos sendo sempre encorajadas a participar no modelo de cuidados prestados.

No âmbito da Cirurgia Pediátrica, incluímos historicamente todos os procedimentos cirúrgicos, neonatais e pós natais, envolvendo órgãos abdominais e torácicos, toda a patologia urológica e genital, mal formativa ou adquirida, e ainda a patologia do âmbito da cirurgia plástica, como os fissurados e outras anomalias congénitas bem como o tratamento dos doentes pediátricos queimados.

Neste âmbito ainda se incluem as necessidades cirúrgicas dos doentes portadores de patologia oncológica ou carecendo transplantes de órgãos sólidos e também assumimos desde sempre as situações clínicas do âmbito das urgências e do trauma.

Por razões históricas fomos excluindo do âmbito da nossa atuação o tratamento de patologias do foro ortopédico e traumatológico do sistema músculo-esquelético, as lesões do âmbito neurocirúrgico, otorrinolaringológico, maxilo-facial ou estomatológico, que se foram diferenciando a partir das especialidades respetivas.

O exercício da especialidade não pode abdicar do contributo interdisciplinar de Obstetras, Neonatologistas, Pediatras, Cardiologistas, Gastrenterologistas, Geneticistas, Anestésistas, Cirurgiões Cardíacos, Neurocirurgiões, Ortopedistas, Oncologistas, Enfermeiros e Ecografistas. Este exercício deve sempre desenvolver-se num ambiente amigo da Criança.

Compete-nos ainda exercer a tarefa de consultores no âmbito hospitalar, participar no ensino pré-graduado e promover a formação de internos de especialidade de acordo com padrões de qualidade e idoneidade definidos a nível nacional e internacional.

2. Enquadramento da Cirurgia Pediátrica

A Cirurgia Pediátrica tem uma tradição quase centenária em Portugal, tendo sido criada a primeira enfermaria de doenças cirúrgicas e ortopédicas no Hospital de Dona Estefânia pelo Decreto-Lei n.º 4563, de 9 de julho de 1918.

Embora a existência de uma Sociedade Científica de Cirurgia Pediátrica remonte a 1964, a Especialidade de Cirurgia Pediátrica é reconhecida como tal pela Ordem dos Médicos no ano de 1972, tendo a adesão do Colégio à UEMS ocorrido no ano de 1993.

Esta especialidade tem vindo a progredir de uma especialidade horizontal e multidisciplinar, em que todas as patologias de um dado grupo etário eram por ela tratadas, para uma “super” especialização em diversos setores da patologia pediátrica, acompanhando a evolução tecnológica cada vez mais rápida, que também aqui se verificou.

3. Estado atual da Especialidade

Se tomarmos como referência os dados publicados pela ACSS em 2011, podemos verificar que 50% dos cirurgiões pediátricos exercendo nos hospitais públicos tem idade superior a 50 anos.

A Especialidade encontra-se claramente envolvida desde o início do SNS, na melhoria da saúde infantil, tornando-se claro o seu contributo na melhoria das taxas de mortalidade infantil, nomeadamente pela correção precoce das malformações congénitas complexas, com enorme sucesso por todos reconhecido, e que atribuem a Portugal os melhores indicadores nesta área.

Esta experiência acumulada ao longo dos anos pode perder-se para a próxima geração de cirurgiões pediatras, ameaçada pela diminuição consistente da taxa de

natalidade. Esta análise tem levado muitos dos especialistas a refletir profundamente sobre a necessidade de concentração de recursos e saberes, de modo a manter os padrões de qualidade assistencial já obtidos.

Outras ameaças existem, resultantes de alguma desregulação existente na oferta de cuidados cirúrgicos, que tem permitido a prática de determinados procedimentos do âmbito da cirurgia pediátrica a especialistas das ditas “especialidades verticais”, que podendo ser justificada pela idoneidade de alguns desses profissionais, vem contudo por em causa o modelo de cuidados centrado na Criança e não na técnica cirúrgica.

Por outro lado, a atividade cirúrgica da Cirurgia Pediátrica tende a desenvolver-se maioritariamente em regime de Cirurgia do Ambulatório, cirurgia que por definição deve ser realizada na proximidade das áreas de residência dos doentes, razão pela qual a oferta de Cirurgia Pediátrica foi sendo descentralizada.

A análise detalhada da atividade realizada a nível nacional, parece demonstrar que a oferta de cirurgia pediátrica encontra-se ainda abaixo da procura existente nos Hospitais Públicos.

O desempenho médio ponderado dos especialistas situa-se na sua participação (por cirurgião) em cerca de 250 intervenções ano. Este número de intervenções é considerado adequado á manutenção da proficiência técnica e representa um desvio positivo em relação a números conhecidos em outras especialidades.

A mediana do tempo de espera na maioria dos centros não ultrapassa os tempos considerados clinicamente aceitáveis.

Quanto ao número de consultas (média simples) varia entre as 600 a 400 consultas ano por especialista, com medianas de espera para a primeira consulta que se estimam ser inferiores a 50 dias.

O grande consumo de recursos observa-se contudo ao nível da garantia do serviço de urgência. O aumento imposto da idade pediátrica até aos 18 anos veio criar uma modificação dos padrões de recurso a esses serviços de urgência, criando novas necessidades de formação e adequação dos cuidados, com um aumento significativo de algumas patologias que eram praticamente inexistentes até ai.

Existe ainda alguma variabilidade no portfólio de serviços prestados pelos diversos hospitais que garantem urgência de cirurgia pediátrica, sendo disso exemplo o tratamento dos grandes queimados ou da patologia traumatológica da mão ou maxilo-facial.

A especialidade através da sua Sociedade Científica e do Colégio da Especialidade encontra-se regularmente representada em diversos fóruns nacionais e internacionais com excelentes níveis de aceitação.

A existência de diversos cirurgiões pediatras com doutoramento, e exercendo prestigiantes funções académicas, faz pressupor a existência de atividade de investigação regular, o que vem acrescentar alguma mais-valia também nesta componente essencial da prática da especialidade.

4. Proposta de Organização da Especialidade a nível Hospitalar

A especialidade de Cirurgia Pediátrica deve estruturar-se a nível da rede hospitalar em Serviços Especializados de Cirurgia Pediátrica correspondentes a Hospitais de Tipologia A1.

Deve existir um Serviço Especializado de Cirurgia Pediátrica para uma população de 300.000 a 400.000 crianças e adolescentes, correspondendo aproximadamente a uma população de 1.500.000 habitantes, garantindo a prestação de cuidados á população da sua área de influência direta e indireta claramente definidas.

Mantendo a sua autonomia técnica, pode integrar-se do ponto de vista organizacional e de gestão, quer no Departamento de Saúde da Criança, quer no Departamento de Cirurgia Pediátrica, quando a dimensão do hospital justifique uma agregação de todas as especialidades cirúrgicas pediátricas (ORL, Ortopedia, etc.) num único departamento.

4.1. Definição dos Objetivos

- 4.1.1. Prestar cuidados diferenciados e continuados nas áreas da Cirurgia Neonatal e Visceral Pediátricas, aos doentes que recorrem ao hospital no qual se integra física e funcionalmente, sendo referência para cuidados especializados em áreas de diferenciação específicas;
- 4.1.2. Assegurar a sua colaboração permanente com o Departamento de Pediatria bem como de outros Departamentos do Hospital, de modo a otimizar a prestação de cuidados cirúrgicos à população pediátrica da sua área de influência;
- 4.1.3. Implementar um sistema de tratamento preferencialmente em regime ambulatório da patologia dita de rotina, que constitui cerca de 50% dos novos casos admitidos pelas Consultas Externas;
- 4.1.4. Cooperar com a Unidade de Diagnóstico Pré-natal, e em colaboração com a Unidade de Neonatologia (integrando os especialistas das diversas

áreas), de modo a abordar e orientar interdisciplinarmente os casos de patologia fetal mal formativa, passíveis de tratamento precoce;

4.1.5. Criar as condições que permitam a formação ao nível do internato complementar na área da Cirurgia Pediátrica, apelativa e prestigiante, quer para os Internos quer para a Instituição que integra;

4.1.6. Cooperar com os Centros de Saúde da área de influência do hospital promovendo uma formação mais específica dos Médicos de Medicina Geral para os problemas cirúrgicos pediátricos, permitindo orientar de modo correto e atempado o envio dos doentes para a Unidade.

4.2. Quantificação dos Objetivos de um Serviço Especializado de Cirurgia Pediátrica

Um Serviço Especializado de Cirurgia Pediátrica deverá realizar cerca de 2500 intervenções de Cirurgia Pediátrica/ano, tanto eletivas, como urgentes, e gerar cerca de 7 000 consultas externas/ano sendo que cada área de diferenciação deverá gerar cerca de 2500 consultas ano.

4.3. Definição das Áreas de Diferenciação de Cirurgia Pediátrica

A organização de um Serviço Especializado de Cirurgia Pediátrica deve garantir a existência de todas as áreas de diferenciação abaixo descritas para permitir o cumprimento integral dos seus objetivos, quer assistenciais quer formativos.

4.4. Cirurgia Geral Infantil e Neonatal, incluindo a Cirurgia de Urgência, a Cirurgia Visceral (abdominal e pulmonar), o Trauma e a Oncologia.

4.4.1. Estas áreas do saber constituem o âmbito fundamental da prática da Cirurgia Pediátrica. A diferenciação da Oncologia Cirúrgica constitui uma parte integrante do tratamento do doente Oncológico Pediátrico e como tal deverá existir em paralelo com a existência de unidades de Oncologia Pediátrica, preferencialmente integradas no mesmo Hospital.

4.4.2. Recursos Humanos – Pelo menos 4 a 6 Cirurgiões Pediatras com diferenciação nesta área (Cirurgia Geral Infantil e Neonatal).

4.5. Urologia Pediátrica

4.5.1. Esta área do saber tende a autonomizar-se como área de diferenciação pelo grande volume de patologia (cerca de 40% a 50% dos casos cirúrgicos operados em Serviços Especializados de Cirurgia Pediátrica).

4.5.2. Recursos Humanos – Pelo menos 4 Cirurgiões Pediatras com diferenciação nesta área (Urologia Pediátrica).

4.6. Cirurgia Plástica Pediátrica

- 4.6.1. Constitui uma subespecialização pela incidência elevada de malformações nomeadamente craniofaciais que carecem de tratamento em centros especializados pela componente de interdisciplinaridade indispensável ao seu desempenho.
- 4.6.2. Recursos Humanos – Pelo menos 3 Cirurgiões Pediatras com diferenciação nesta área.

4.7. Unidade Pediátrica de Queimados

- 4.7.1. Pelas especificidades que apresentam os queimados pediátricos necessitam de um tratamento multidisciplinar e muito exigente quer em recursos humanos quer em tecnologia, que deverá ser realizado preferencialmente em ambiente pediátrico exclusivo.
- 4.7.2. A experiência veio demonstrar que deve existir pelo menos uma unidade especializada no tratamento de queimados pediátricos a nível nacional podendo por razões geográficas considerar-se a necessidade de uma segunda unidade.
- 4.7.3. Os doentes queimados devem ser inicialmente tratados sempre em ambiente de Cuidados Intensivos Pediátricos para permitir a sua estabilização hemodinâmica.
- 4.7.4. Deve possuir internamento próprio com 8 camas, em espaço físico próprio e de preferência em quartos individuais, acesso a uma Sala de Bloco Operatório que permita efetuar toda a terapêutica cirúrgica do queimado em fase aguda e que funcione durante 24 horas. Deve integrar uma área de balneoterapia que permita efetuar esta técnica sob anestesia geral. Deve contar com a cooperação permanente dos cuidados intensivos pediátricos, medicina física e de reabilitação e pedopsiquiatria.
- 4.7.5. Recursos Humanos – Pelo menos 2 a 3 Cirurgiões Pediatras com diferenciação nesta área.

5. Gestão de internamentos e recursos

Espaço físico - Deve existir uma área de internamento própria com um número nunca inferior a 8 camas por área de diferenciação, podendo existir uma gestão conjunta e integrada do internamento em função do modelo de gestão de cada Departamento ou Hospital.

Deve possuir programa próprio de Cirurgia de Ambulatório devendo ter acesso a Unidade de Cirurgia do Ambulatório, autónoma ou integrada, do hospital com

definição clara da política da sua utilização de modo a assegurar a integridade do modelo de cuidados específico da Criança.

6. Condições para o funcionamento de um Serviço Especializado de Cirurgia Pediátrica

- 6.1. Ser garantida a existência de um Serviço de Pediatria Especializado com o qual se relaciona diretamente, dotado de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e/ou de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, além de outras valências pediátricas específicas como a Gastrenterologia Pediátrica, Nefrologia Pediátrica, Pneumologia Pediátricas e idealmente Oncologia Pediátrica.
- 6.2. Ter acesso a Meios Auxiliares de Diagnóstico adequados ao grupo etário, nomeadamente ECO e TC 24/24h, com especialistas diferenciados em rádio pediatria.
- 6.3. Ter acesso a um Bloco Operatório 24/24 h dotado de equipamento adequado á prática da Cirurgia Pediátrica, com enfermagem com experiência preferencial neste grupo etário.
- 6.4. Ter acesso 24/24h a Anestesiologista com experiência em anestesia neonatal e pediátrica, para otimização dos resultados a obter pela Cirurgia Pediátrica.
- 6.5. Possuir programa próprio de Cirurgia de Ambulatório devendo ter acesso a Unidade de Ambulatório autónoma ou integrada do Hospital com definição clara da política da sua utilização de modo a assegurar a integridade do modelo de cuidados específico da Criança.
- 6.6. Deve garantir um serviço de urgência cirúrgica pediátrica assegurada por pelo menos 2 Cirurgiões Pediátricos em regime de presença física, podendo estar em regime de chamada ou de prevenção um especialista das diversas áreas de diferenciação dentro da especialidade, a saber: Urologia Pediátrica e Plástica Pediátrica. Esta urgência deverá integrar em regime de presença física a valência de Ortopedia Infantil.
- 6.7. Para garantir a sua missão, em caso de assumir-se como referência para Trauma Pediátrico deverá ser assegurado o acesso imediato a cuidados especializados das áreas de Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Vasculard.
- 6.8. Deve garantir a existência de um programa de formação pós-graduada em Cirurgia Pediátrica (Formação Específica em Cirurgia Pediátrica de acordo com as diretivas emanadas pelo Colégio da Especialidade da OM).
- 6.9. Possuir programa próprio de auditorias internas e encontrar-se envolvido num programa de certificação e ou acreditação da qualidade.

7. Conclusão

- 7.1. Torna-se premente uma reorganização da rede de prestação de cuidados nesta como em outras especialidades, sendo para tal indispensável encontrar um caminho de consenso entre todos, tendente a manter, se não a melhorar os resultados que já obtivemos e que são certamente prestigiantes para a saúde do País.
- 7.2. Os dados objetivos que coletámos, levam-nos inevitavelmente a recomendar uma maior concentração recursos pelo que propomos:
- 7.2.1. A existência de cinco Serviços Especializados de Cirurgia Pediátrica:
- Região Norte: Centro Hospitalar do Porto EPE, Centro Hospitalar de S. João EPE;
 - Região Centro: Centro Hospitalar Universitário de Coimbra EPE;
 - Região de LVT, Alentejo e Algarve: Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE, Centro Hospitalar Lisboa Central EPE.
- 7.2.2. Urgências de Cirurgia Pediátrica – quatro urgências a nível do território nacional:
- Centro Hospitalar de S. João EPE, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra EPE, Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE, Centro Hospitalar Lisboa Central EPE.
 - Garantia de presença física de pelo menos 2 Cirurgiões Pediátricos, 24 sobre 24 horas. Em Lisboa apenas uma urgência com cirurgiões disponíveis das áreas de diferenciação dentro da especialidade;
- 7.3. Sendo definida a carta hospitalar deverá ser proposta uma reorganização da rede de referência nacional dos doentes com patologia do foro da Cirurgia Pediátrica e a criação de uma rede de centros de excelência para concentração de patologias que carecem de altos níveis de diferenciação.

K. Contributos

Conselho Diretivo do Colégio de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos – Presidente João Luís Carvalho

Conselho Diretivo do Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos – Presidente – Lopes dos Santos

Conselho Diretivo do Colégio de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos – Presidente Miroslava Gonçalves

Sociedade Portuguesa de Cirurgia Pediátrica – Presidente Jorge Correia Pinto

Sociedade Portuguesa de Pediatria – Presidente António Guerra

Secções/Sociedades da Sociedade Portuguesa de Pediatria - Maria Ana Sampaio Nunes, Lurdes Lisboa, Marcelo Fonseca, Fernando Pereira, Filomena Pereira, Libério Ribeiro, Graça Rocha, Paula Fonseca, Caldas Afonso, Almerinda Pereira, Leonor Sasseti, Miguel Félix, Manuel Salgado

ACSS – Adriano Natário

Ginecologia-Obstetrícia

Serafim Guimarães, Nuno Montenegro, Angelina Tavares, Pedro Tiago Silva, Jose Manuel Mendes, Furtado Domingos, Jardim da Pena, Margarida Seabra, António Lanhoso, Olímpia do Carmo, Osvaldo Moutinho, Pereira Soares, Joaquina Baltazar, Jardim da Pena, Paulo Moura, Maria Céu Almeida, F. Nogueira Martins, Alicia Rita, Mário Oliveira, Luis M. Graça, Fernando Cirurgião, Filomena Nunes, Rui Costa, M Lurdes, Teresa Avillez, Isabel Matos, Jorge Manuel Ribeiro, Ana Castilho, Maria de Lurdes Pinho, José Manuel Teixeira, Vítor Caeiro, Maria José Janeiro, Fernando Guerreiro, Miguel Ferreira, Maria d'Ornelas, Bruges Armas Parreira,

Neonatologia

Hercília Guimarães, Conceição Ramos, Rosa Ramalho, Carlos Moniz, Micaela Serelha, Teresa Tomé, Valdemar Martins.

Pediatria e Neonatologia

Helena Jardim, Fernanda Manuela, Luis Almeida Santos, Caldas Afonso, Antonio Vilarinho, Pedro Freitas, José Oliveira, Conceição Casanova, Rui Carrapato, Eurico J Gaspar, Almerinda Pereira, José Amorim, José Rodrigues, Almerinda Silva, Ana Leitão Marques, Jorge M. Saraiva, Paula Rocha, Nuno Figueiredo, Bilhota Xavier, Luisa Tavares, Antonio Mendes, Carlos Rodrigues, Telmo Fonseca, Marai do Céu Machado, Celeste Barreto, Gonçalo Cordeiro Ferreira, José Guimarães, Helena Carreiro, Anabela Brito, Ana Pereira, Luís Caturra, Filomena Rebelo, Isabel Silva, Aníbal Sousa, Ana Cristina Didelet, Helder Gonçalves, Maurílio Gaspar, José Maio, Helena Drago, Rui Vasconcelos, Carlos Duarte, Francisco Gomes, Dina Cirirno.

O texto deste documento não reflete necessariamente as opiniões emitidas pelos Órgãos e/ou médicos aqui referidos

L. Bibliografia

- Programa do XIX Governo Constitucional. 2011
- Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica. 2011
- INE. Censos2011. XV recenseamento geral da população. Resultados provisórios. Lisboa 2011
- ACSS. Contributos para a Reforma Hospitalar. 2011 Setembro
- ACSS. Actuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos. 2011 Setembro
- ERS. Estudo para a carta hospitalar. Análise da rede hospitalar com financiamento público. 2011 Dezembro
- DGS. Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal. 2006/2010. 2011 Dezembro
- Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. A Organização Interna e a Governação dos Hospitais, Ministério da Saúde2010
- Relatório da Comissão Nacional da Criança e do Adolescente 2009. <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/cnsmca/publicacoes/default.htm>
- World Health Organization Databases.
http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_327685001334492879&ind=5265
- Suzanne Staebler. Regionalized Systems of Perinatal Care. *Advances in Neonatal Care* 2011: Vol. 11, No. 1 pp. 37-42
- British association of perinatal medicine. Service standards for hospitals providing neonatal care. (3rd edition) august 2010
- Department of Health, Western Australia. Framework for the care of neonates in Western Australia. Perth: Health Networks Branch, Department of Health, Western Austrália; 2009.
- NHS & department of health. Toolkit for high-quality neonatal services. 2009 October.
- NHS. Advisory Group for National Specialised Services. 2011
- NHS. Specialised Services National Definitions Set (3rd Edition).*London 2011*
- Asociación Española de Pediatría. Libro Blanco de Las Especialidades Pediátricas. Madrid 2011
- Craig Sable et al. Best Practices in Managing Transition to Adulthood for Adolescents With Congenital Heart Disease: The Transition Process and Medical and Psychosocial Issues. *Circulation*. 2011;123:1454-1485;
- David Hackett. Cardiac workforce requirements in the UK. British Cardiac Society 2005 Junho