



COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

2004–2008



COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

2004 – 2008



PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde
Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008
Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009. – 176 p.

ISBN 978-989-96263-0-0

DEPÓSITO LEGAL 29499/09

EDITOR Alto Comissariado da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9, 1º piso
1049-062 Lisboa
PORTUGAL

Tel: + 351 213 305 000

Fax: + 351 213 305 097

DESIGN Syntaxe

IMPRESSÃO Guide Artes Gráficas, Lda.

TIRAGEM 2.000 exemplares

2ª Edição - Lisboa, Setembro de 2009

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

2004 – 2008

ÍNDICE

5	PREÂMBULO
7	SUMÁRIO EXECUTIVO
	I PARTE
11	1. A COMISSÃO: COMPETÊNCIAS E COMPOSIÇÃO
15	2. SAÚDE INFANTIL EM PORTUGAL – UMA HISTÓRIA DE SUCESSO
25	3. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PEDIÁTRICOS
27	A. Orientações para uma Carta Hospitalar de Pediatria
56	B. Hospital de Dia Pediátrico
65	4. ARTICULAÇÃO ENTRE CUIDADOS PRIMÁRIOS E HOSPITALARES
66	A. Pediatra Consultor
69	B. Unidades Coordenadoras Funcionais
75	5. RECURSOS HUMANOS
76	A. O enfermeiro e os cuidados de saúde à criança e adolescente
84	B. Internato médico – Pediatria no Ano Comum e Tronco Comum
85	C. Especialistas em Pediatria Médica
90	D. Cálculo das vagas para o Internato de Pediatria, 2006–2015
97	6. MEDICAMENTOS – FORMULAÇÕES INFANTIS
105	7. RISCO SOCIAL
106	A. Estadia hospitalar e encaminhamento das crianças
110	B. Diagnóstico de maus tratos
119	8. EXEMPLOS DE BOAS PRÁTICAS
120	A. Comissão Regional de Saúde Materna e Infantil do Norte
132	B. Unidade Coordenadora Funcional de Almada
	II PARTE
139	O PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2004–2010
140	1. A SAÚDE INFANTIL E JUVENIL
147	2. INDICADORES DO PNS DOS 0 AOS 18 ANOS

PREÂMBULO

A 4ª Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (CNSCA) foi nomeada em Dezembro de 2003 e esteve em funções durante quatro anos, com diferentes equipas ministeriais lideradas pelos Ministros da Saúde Luís Filipe Pereira, António Correia de Campos e Ana Jorge. Em todos, sentiu, de forma mais ou menos visível, o entusiasmo pelos êxitos em Portugal na área materna e infantil e o interesse de que sejam sustentados.

De cariz multidisciplinar, composta por profissionais experientes e conhecedores da realidade portuguesa a nível dos cuidados primários e hospitalares, a CNSCA identificou as principais prioridades, com base na missão que lhe tinha sido confiada.

A CNSCA teve uma média de oito reuniões plenárias por ano e ainda parciais com as Administrações Regionais de Saúde, Comissões Regionais de Saúde Materna e Infantil, Unidades Coordenadoras Funcionais, Instituições do Ministério da Saúde ou de outros Ministérios, consideradas relevantes para a discussão e concretização das propostas.

Parece adequado fazer a análise SWOT do que foi a CNSCA: Forças (Strengths) – multidisciplinaridade, experiência, autonomia técnica, facilidade de mobilização; Fraquezas (Weaknesses) – cariz consultivo, nem sempre fácil articulação com instituições normativas e executivas se não houver sistematicamente sinal de apoio pela tutela; Oportunidades (Opportunities) – legitimidade, acção sobre o grupo etário dos 0 aos 18 anos; Ameaças (Threats) – sem autonomia executiva, nenhum dos elementos em *fulltime*, despesas de deslocação por conta própria, actividade complementar e não reconhecida pelas administrações hospitalares.

O que levanta a questão da importância e necessidade destas comissões. A nossa percepção é a de que seria mais eficaz a nomeação de grupos de projecto, por tempo limitado, para propostas e elaboração de textos técnicos.

Muito fica ainda por fazer: a rede de Urgências Pediátricas, o Transporte Pediátrico, a revisão das Redes de Oncologia e de Pedopsiquiatria, os Cuidados Continuados para crianças e adolescentes.

Portugal é citado no Relatório Mundial da Saúde, divulgado em Outubro de 2008 pela Dr.^a Margaret Chan, Directora Geral da Organização Mundial de Saúde, como o exemplo da melhoria de cuidados maternos e infantis, resultado da organização de cuidados primários e especializados. Continuar a merecer esta distinção, é responsabilidade de todos nós.

Maria do Céu Soares Machado

SUMÁRIO EXECUTIVO

O relatório das actividades da Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (CNSCA) 2004-2008 reúne documentos diversificados que surgiram como consequência da missão específica da Comissão e das prioridades que foram sendo identificadas.

Na I Parte, para além das competências e composição da CNSCA, são apresentados os documentos referidos e ainda, dois exemplos de boas práticas das ARSs do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo. Na II Parte, procura contextualizar-se a saúde infantil e juvenil no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e ainda, mostrar os indicadores e as metas relativas a este grupo etário.

O primeiro trabalho, [Saúde Infantil em Portugal - uma história de sucesso](#), é a revisão do que foram décadas de inovação e organização em saúde infantil, como enquadramento do presente e do futuro.

Os novos conceitos de gestão clínica e as especificidades dos grupos etários abrangidos justificam o capítulo seguinte sobre organização dos cuidados pediátricos. [Orientações para uma Carta Hospitalar de Pediatria](#) define as condições mínimas, sob o ponto de vista de espaços, recursos humanos, tecnologias e apoios, de um Serviço de Pediatria Médica ou de Cirurgia Pediátrica e caracteriza dois níveis de Serviços, Geral e Especializado. Salienta-se que as condições mínimas de um serviço devem ser negociadas conforme a realidade regional e local e que este documento deve ser a base para a organização dos novos hospitais nas áreas infantil e juvenil, uma força para os responsáveis dos serviços perante a administração e dos gestores na contratualização com as Administrações Regionais de Saúde.

[Hospital de Dia Pediátrico](#) surge como uma necessidade imperiosa de privilegiar o tratamento em ambulatório, não estando anteriormente definidas as regras para o funcionamento e financiamento (e este é elemento essencial do primeiro) destas unidades.

Para a renovação dos mecanismos de Articulação entre os Cuidados Primários e Hospitalares, criou-se a figura de [Pediatria Consultor](#) e estimulou-se o reforço e dinamização das [Unidades Coordenadoras Funcionais](#), através de uma reunião nacional e de orientações quanto a objectivos estratégicos e operacionais.

Quanto aos Recursos Humanos, foram elaborados 4 documentos. O [enfermeiro e os cuidados de saúde à criança e adolescente](#), mostra a situação dos enfermeiros especialistas em Portugal e define os princípios na determinação de dotação e rácios. O [Internato Médico - Pediatria no Ano Comum e Tronco Comum](#) pretendeu integrar a formação em Pediatria que tinha sido abolida da reforma dos Internatos. [Necessidade de especialistas em Pediatria](#) é um artigo de opinião sobre o modelo de cuidados às crianças em Portugal em comparação com outros países europeus. Com o pedido de elaboração do [Cálculo das vagas para o Internato de Pediatria, 2006-2015](#), tenta colmatar-se a situação sistemática de excesso ou défice regular de pediatras por não haver estudo das necessidades programadas.

A [não comercialização de formulações infantis](#) é sentida como uma falha no nosso sistema que não se conseguiu resolver por falta de interesse da indústria farmacêutica. Resta a possibilidade de importação directa através de oficina e por prescrição individual.

[Estadia hospitalar e encaminhamento das crianças](#) é o resultado de um inquérito a serviços de Pediatria sobre as crianças identificadas como de risco social e retidas no hospital. Posteriormente, a CNSCA divulgou no seu site um protocolo tipo para [Diagnóstico de maus tratos](#).

O [relatório da Comissão Regional de Saúde Materna e Infantil do Norte](#), com toda a actividade desenvolvida, mostra a mais valia que poderá ser a existência de Comissões Regionais e vontade das administrações. Outro exemplo de boas práticas é o da [Unidade Coordenadora Funcional de Almada](#), que se manteve sempre activa através de projectos desenvolvidos e concretizados.

Na II Parte, divulga-se o [Plano Nacional de Saúde 2004-2010](#), nas áreas dedicadas à Criança e Adolescente, [Nascer com Saúde e Crescer com Segurança](#). A finalizar, a evolução dos indicadores desde 2001, as metas estabelecidas e a comparação com valores de países europeus.



I PARTE

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

1. A COMISSÃO: COMPETÊNCIAS E COMPOSIÇÃO

A) COMPETÊNCIAS

Em Dezembro de 2003, o Ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira decide nomear duas novas Comissões de Saúde: Materna e Neonatal e da Criança e Adolescente.

A exemplo das Comissões anteriores, mantêm o estatuto de consultoras do Ministro da Saúde, mas devem articular-se com a Direcção-Geral de Saúde (DGS) que tem funções técnico-normativas e com as Administrações Regionais de Saúde (ARSs) que detêm o poder económico e são, assim, executoras.

A Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente (CNSCA) foi nomeada em 17/12/2003, Despacho nº 24257/2003, com as seguintes competências:

- ▶ estudar o tipo de ligação entre as unidades hospitalares e os centros de saúde e propor alterações quanto ao planeamento e organização de serviços;
- ▶ aferir das matérias no domínio comportamental e gerar recomendações, de cariz preventivo e correctivo;
- ▶ propor e criar condições tendentes à melhoria do ambiente mais propício ao saudável desenvolvimento físico, psíquico e comportamental desse grupo etário;
- ▶ funcionar como órgão de consulta do Ministro da Saúde nas áreas da sua competência específica.

B) COMPOSIÇÃO

Entendeu-se que a composição deveria ser multidisciplinar, pois os cuidados de saúde às crianças e adolescentes são prestados por profissionais de áreas diversas. Reunimos, assim, dez elementos das áreas da Pediatria Médica e Cirúrgica, Medicina Geral e Familiar e Enfermagem.



Presidente

Maria do Céu Soares Machado

Directora do Departamento da Criança do Hospital Fernando Fonseca;
Professora Auxiliar de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa;
Actualmente, Alta Comissária da Saúde.

Vogais

José Arelo Manso

Director do Serviço de Pediatria do Hospital de Vila Real

Júlio Bilhota Xavier

Director do Serviço de Pediatria do Hospital de Leiria

João Falcão Estrada

Assistente Graduado de Pediatria do Hospital Dona Estefânia

Luis Carlos Januário da Silva

Chefe de Serviço de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra

Luís Pisco

Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar

Maria José Araújo

Enfermeira Chefe da UCI Neonatal e Pediátrica do Hospital Garcia de Orta

Maria Júlia Eça Guimarães

Chefe de Serviço de Pediatria, Hospital de S. João EPE; Professora Auxiliar de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Rui Rosado

Chefe de Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital do Espírito Santo, de Évora

Manuela Fleming (apenas nos primeiros 6 meses)

Psicóloga

Zínia Serafim (desde 2006)

Especialista em Cirurgia Pediátrica do Hospital D. Estefânia



2. SAÚDE INFANTIL EM PORTUGAL – UMA HISTÓRIA DE SUCESSO¹

A Medicina evoluiu ao longo dos séculos sem considerar de forma especial a saúde das mulheres e das crianças. A parteira surge em França, no século XVIII, e o médico com interesse em saúde infantil ou Pediatría, independente da Medicina Geral, no final do século XIX.

A mortalidade materna por complicações inerentes à gravidez e ao parto e a mortalidade infantil eram muito elevadas. Em 1900 morria, ainda, uma grávida em cada cem e uma em cinco crianças nos primeiros cinco anos de vida.

Resistir a um nascimento prematuro era também uma questão de sorte e provavelmente de um forte património genético. As principais dificuldades resultavam da imaturidade do recém-nascido (RN) pretermo, nomeadamente a falta de mecanismos próprios de conservação do calor, a ausência de sucção e a susceptibilidade aumentada às infecções, por in experiência imunológica.

As Unidades de Cuidados Intensivos a Recém-nascidos surgem em meados do século XX, mas as incubadoras têm mais de 100 anos. Foi Tarnier, obstetra francês, que, em 1878, adoptou o modelo utilizado no Jardim Zoológico pelo tratador de um potro prematuro, construindo uma espécie de caixa ventilada e aquecida por vapor de água, suficientemente espaçosa para conter dois bebés.

Verificando que se tornava assim possível a sobrevivência de pequenos prematuros, Martin Couney, a pedido de Pierre Budin, discípulo de Tarnier, organiza uma exposição na Expo de 1896, em Berlim, colocando um bebé em cada incubadora, ao preço de um marco alemão por visita. Eram alimentados por colher nasal em bico ou por amas de leite, mães recentes de bebés de termo que deixavam cair o leite, gota a gota, directamente na cavidade bucal². Apesar de muito incipiente, esta organização e resolução dos problemas básicos veio melhorar de forma significativa as condições dos cuidados a prematuros.

1. Adaptado de texto publicado *in* Lisboa, Inovação e Saúde Pública, Ed Gradiva

2. Silverman WA. Incubator-baby side shows. *Pediatrics* 1979;64(2):127-41.

A assistência às grávidas e ao RN era da competência do médico-parteiro; a saúde infantil, de médicos sem diferenciação; e o adolescente, tratado como um adulto jovem. A criança era considerada uma miniatura do adulto e propriedade dos pais, prevalecendo os interesses dos progenitores. Aceite a seleção natural, os cuidados limitavam-se à higiene e à alimentação. O pai decidia se a criança recebia educação, se iria trabalhar precocemente em fábricas e, se merecia receber ou não apoio médico quando estava doente, pois a doença era considerada um processo de regeneração moral. O infanticídio era legítimo e o abandono das crianças com deficiência, ou apenas por pobreza, muito frequente. O sucesso da medicina no tratamento das doenças infantis era muito limitado e o interesse dos físicos, muito reduzido³.

Com os avanços da tecnologia, as normas de saúde pública, a utilização de forma universal de antibióticos e vacinas, tornou-se possível tratar e prevenir muitas doenças da infância. No segunda metade do século XX, a melhoria do conhecimento científico e do desempenho de médicos e enfermeiros, a sofisticação e adequação da tecnologia aos grupos etários pediátricos e o *boom* das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricas acompanham, sem dúvida, os progressos da Medicina nas outras áreas.

Também em Portugal, a evolução da saúde materna e infantil, nos últimos 30 anos, pode ser considerada uma história de sucesso. A taxa de mortalidade infantil, número de mortes no primeiro ano de vida por mil nados-vivos, caiu de forma consistente e inesperadamente rápida de 77,5 em 1960 para 3,4% em 2007⁴, o que foi a melhor evolução de todos os países da União Europeia.

Sendo a mortalidade um indicador de saúde e bem-estar das populações, pode dizer-se que os resultados são consequência, basicamente: a) da melhoria das condições socio-económicas dos portugueses; b) das reformas globais na saúde; c) da vontade de intervenção política especificamente na área materna e infantil.

a) Os anos 70 e 80 foram anos de importante evolução social, generalização do saneamento básico e das comunicações, aumento significativo dos salários familiares e melhoria do poder de compra e das condições de nutrição. Por opção, as famílias diminuem o número de filhos desejados e aumentam o investimento pessoal, familiar e financeiro no filho único.

3. Videira Amaral J. A Neonatologia no Mundo e em Portugal. Factos históricos. Edição Angelini, Lisboa 2008

4. Instituto Nacional de Estatística. Destaque INE 2008

b) As reformas globais da saúde iniciam-se com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, constituído por órgãos que se articulam a nível Central, Regional e Local. São definidas cinco Administrações Regionais de Saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Em 1983, é criada a rede nacional de Centros de Saúde que define a estrutura dos cuidados primários para toda a população⁵.

A Direcção Geral dos Cuidados Primários tinha já, em 1975, aprovado o esquema básico dos Cuidados Perinatais, promovido os Boletins de Saúde da Grávida e Infantil e definido as prioridades: consultas pré-natais, parto hospitalar (48% dos nascimentos eram no domicílio) e aleitamento materno^{3,5}.

A Lei de Bases da Saúde (1990) afirma o SNS como universal e tendencialmente gratuito, garantia da equidade no acesso e forma de regionalização e gestão descentralizada e participada. Na área materno-infantil, a isenção das taxas moderadoras para as grávidas e crianças abaixo dos 12 anos foi uma medida importante e facilitadora do acesso aos cuidados.

c) Em 1981, a mortalidade infantil tinha já descido para 21,4‰, mas a queda da mortalidade neonatal, principal componente da anterior, era bem mais lenta, situando-se em 15,5‰. Para manter, de forma consistente, os ganhos em saúde, era necessária uma estratégia específica.

Foi essa a vontade política. Com a percepção de que a qualidade de cuidados prestados à grávida e ao RN é um parâmetro de desenvolvimento de uma sociedade e com enorme sensibilidade para esta área, a ministra Leonor Beza nomea, em 1989, a 1ª Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI), constituída por obstetras e pediatras e liderada por António Baptista Pereira e António Torrado da Silva^{3,6,7}.

Com base em documento anterior sobre as condições em que se nascia em Portugal, sob o ponto de vista arquitectónico, técnico e humano, foi elaborado o Programa de Saúde Materna e Infantil a 9 anos, em 3 fases com início em 1990⁸. As ideias chave eram *Organização*, requalificar as maternidades, *Regionalização*, estabelecer redes de referência entre hospitais e *Articulação*, entre os Cuidados Primários e Hospitalares.

Dos 200 hospitais onde nasciam crianças foram apenas aprovadas 50 maternidades com mais de 1500 partos por ano, mínimo conside-

5. Gonçalves Ferreira FA. História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal. Ed Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa 1990

6. Grupo de Registo Nacional do Recém-nascido de Muito Baixo Peso. Nascer Prematuro em Portugal. Estudo multicêntrico Nacional 1996-2000, Fundação Bial 2002

7. Rede de Referência Hospitalar Materno-Infantil. Divisão da Saúde Materna, Infantil e Adolescentes. Direcção-Geral da Saúde, Novembro 2007

rado necessário para adquirir experiência e garantir o nascimento sem aumento do risco inerente ao período neonatal. Os hospitais foram classificados conforme a diferenciação e a responsabilidade assistencial, em Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD).

Os primeiros, correspondem aos hospitais distritais, têm competência para prestar cuidados à grávida de baixo e médio risco e aos recém-nascidos normais e foram equipados com Unidades de Cuidados Intermédios, dado não haver risco zero em saúde neonatal. Os segundos, correspondem aos hospitais centrais, têm competência para prestar cuidados às gestações de alto risco, e Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios a RN (UCIN) em estado crítico, em qualquer idade gestacional.

A CNSMI, que detinha orçamento próprio e autonomia financeira, adquire o equipamento necessário para que todas as unidades tenham as condições técnicas exigidas, funcionando verdadeiramente como uma central de compras e permitindo negociar de forma adequada.

Quanto aos recursos humanos, estabelecidos os rácios dos médicos e enfermeiros, foi efectuado o cálculo dos especialistas em saúde materna e infantil e houve empenhamento na qualificação, na motivação e na cooperação entre instituições.

Os Ciclos de Estudos Especiais em Neonatologia, para os pediatras dos HAP, começaram na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, a primeira a ter UCIN (1982) e rapidamente se alargaram aos outros HAPD.

Foram ainda definidas as condições mínimas necessárias de apoio laboratorial e imagiológico e de outras especialidades como anestesiologia, 24 horas por dia.

Atingida a meta de mais de 99% de partos hospitalares, era necessário privilegiar a articulação entre os cuidados primários e hospitalares através das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), que integram médicos e enfermeiros de saúde materna e de saúde infantil dos 2 níveis de cuidados (1991). Inicialmente dirigidas à saúde materna e neonatal, integram em 1998 uma componente autónoma de Saúde da Criança e Adolescente. Dependentes das sub-regiões de saúde, têm a responsabilidade de promover a articulação, definir prioridades locais e metas concretas e apoiar acções de formação e investigação clínica^{8,9}.

8. Relatório da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, 1989

9. Sílvia Álvares, Pedro Lopes Ferreira, Octávio Cunha. A criança e o hospital. Estudo dos cuidados hospitalares pediátricos na Região Norte. Edição Mar da Palavra, Coimbra 2007

O Programa de Saúde Materna e Infantil foi objecto de avaliações bianuais, em reuniões alargadas que envolveram Directores, dos Hospitais, dos Serviços de Obstetrícia e de Pediatria e membros das UCFs. A Comissão conseguiu o empenhamento de responsáveis a todos os níveis e um verdadeiro espírito de Medicina Perinatal, conceito proposto por Erich Saling em 1967.

Era urgente pensar o transporte entre os Hospitais. Sendo consenso geral que o melhor transporte para o RN é o útero materno, estabeleceu-se que as grávidas em trabalho de parto com idade gestacional inferior a 32 semanas eram transferidas antes do nascimento. O transporte optimizado dos bebés nascidos nos HAP, mas com necessidade de cuidados mais sofisticados, estava assegurado desde 1987 pelo subsistema de Transporte Medicalizado para RN de Alto Risco.

Grande entusiasmo e empenhamento tem caracterizado os pediatras com competência ou interesse em recém-nascidos. Em 1985, é criada a Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria e, em 1994, a rede de registo dos recém-nascidos com peso ao nascer inferior a 1500 gr que permite, além de resultados nacionais, comparar e melhorar procedimentos entre unidades⁶. O limiar de viabilidade, ou seja a idade gestacional em que 50% dos RN pretermo sobrevivem sem sequelas, situa-se agora entre as 24 e 25 semanas de gestação.

Em 2007, a taxa de mortalidade neonatal é de 2,1‰ e a infantil de 3,4‰ como anteriormente referido, valores inferiores à média europeia^{4,10}. Conseguídos ganhos inequívocos no primeiro ano de vida, era importante pensar na saúde da criança e do adolescente. Em 1960, morriam 691 crianças em cada cem mil abaixo dos 5 anos de idade.

Uma nova Comissão de Saúde, da Mulher e da Criança, é nomeada 5 anos após a extinção da Comissão Materna e Infantil e, em 2003, dividida em duas Comissões distintas, Materna e Neonatal e da Criança e Adolescente.

Pode dizer-se que a saúde infantil e juvenil adquire outra dimensão com a vacinação universal, a vigilância regular da saúde e do desenvolvimento e a diferenciação dos pediatras e dos serviços hospitalares.

Percebe-se que é essencial a avaliação regular da saúde e do desenvolvimento da criança, em etapas-chave, pelo Pediatra ou Médico de Família e da necessidade da diferenciação da Pediatria em áreas especiali-

10. www.acs.min-saude.pt

zadas sem no entanto se fragmentar, nem perder a força da especialidade como um todo.

A Direcção-Geral da Saúde, através da Divisão de Saúde Materno-Infantil, tem um papel também preponderante e publica a Rede de Referenciação materno-infantil⁷, uma verdadeira regionalização de cuidados perinatais, o Plano Nacional de Assistência Partilhada à Grávida, Recém-nascido, Criança e Adolescente, o Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil e o Plano Nacional de Vacinação (PNV) com actualizações regulares¹¹.

As vacinas são armas sólidas em saúde pública e infantil. Ministram-se em Portugal desde o início do século XIX, designadamente a anti-variolica, mas o PNV arranca em 1965, de forma universal e gratuita, e patrocinado pela Fundação Calouste Gulbenkian e outros mecenas. No final desse ano, a vacinação em massa contra a poliomielite levou a uma redução de 96% de novos casos. Actualmente, as taxas de vacinação nos primeiros 2 anos de vida são superiores a 99%.

Os primeiros especialistas em Pediatria são reconhecidos pela Ordem dos Médicos em 1944 e o número crescente nos anos seguintes permitiu que, em 1980, os cuidados primários e hospitalares fossem primordialmente prestados por pediatras gerais.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) surge em 1948, presidida por Almeida Garrett e, imediatamente, desenvolve actividade científica nacional e internacional de que é exemplo o I Congresso Nacional de Protecção à Infância (1952), reconhecido como um ponto histórico de reflexão e inovação na saúde da criança.

A grande evolução científica da Pediatria determina o aparecimento de áreas específicas de diferenciação dos pediatras e é a SPP, liderada por pediatras reconhecidos internacionalmente, que irá ser o motor dessa evolução, à semelhança do que acontecia na Europa. Nove subespecialidades pediátricas propostas em 1990 eram já reconhecidas como Secções Científicas da SPP como Gastroenterologia, Nefrologia, Oncologia, Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, entre outras. Estas serão aceites como Subespecialidades Pediátricas pela Ordem dos Médicos, vinte anos depois. Autonomizam-se como especialidade a Cardiologia Pediátrica e a Cirurgia Pediátrica e os Serviços organizam-se em Departamentos com Unidades Diferenciadas. Surgem as Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos ou polivalentes.

11. www.dgs.pt

A Convenção sobre os Direitos da Criança ratificada pela Assembleia da República (1990) estabelece no Artigo 1º que a *Criança é todo o ser humano menor de 18 anos*. Esta decisão traz novamente outra dimensão aos cuidados à criança e adolescente. Os serviços hospitalares alargam a assistência até aos 15 anos, de forma muito lenta mas progressiva.

A mortalidade abaixo dos 5 anos cai para 78 em 1991 e para 24 por cem mil em 2006. Portugal é o 10º em 198 países, segundo o relatório publicado pela UNICEF em 2007¹². Já em 2002, a OMS considerava Portugal como o 6º melhor país para as crianças, entre 80 países com mais de 10 milhões de habitantes.

Não se pode falar em saúde infantil sem referir a evolução da humanização nos cuidados à criança. Há 30 anos, Emídio Sancho prescrevia na papeleta das crianças internadas no Hospital Pediátrico de Coimbra, carinhos *3 i.d.*.

Em 1951, a OMS publica uma monografia do médico inglês Bowlby sobre as consequências nefastas do afastamento da criança da família durante o internamento, com base na teoria de Splitz (1945). Esta cultura aparentemente tão natural, e que teve adesão imediata dos pediatras portugueses, só foi oficializada em 1981 com o Decreto que permite a presença dos pais ou substitutos, ratificado em 1988 relativamente à alimentação e pernoita.

Papel relevante teve o Instituto de Apoio à Criança, criado em 1983 por Manuela Eanes e João dos Santos. Entre inúmeras acções, é de salientar a proposta e divulgação da Carta da Criança Hospitalizada, aprovada em Leiden por 15 países europeus (1988) e que consagra as condições de internamento infantil¹³.

Em 2007, pode afirmar-se que as doenças infecciosas estão controladas, se mantém a mortalidade por acidente, emergem patologias como a obesidade e a depressão infantil, situações de risco, nomeadamente maus tratos, cancro, a criança com doença crónica ou com necessidades especiais. Há um grupo crescente de crianças filhos de imigrantes, muitos dos quais clandestinos, com más condições socioeconómicas, sem vigilância na saúde e com poucos recursos na doença.

Quanto ao adolescente, há uma preocupação crescente de desenvolver espaços de apoio nos Centros de Saúde e nos Hospitais que respondam às necessidades deste grupo etário com problemas tão específicos como as doenças sexualmente transmissíveis, o consumo de álcool, tabaco ou drogas e as doenças do comportamento alimentar.

12. Relatório da UNICEF, 2007

13. Carta da Criança Hospitalizada. Instituto de Apoio à Criança, 1996

Os cuidados são agora continuados e centrados na família. Os cuidados primários são partilhados por Médicos de Família e Pediatras, tal como na maioria dos países da União Europeia. O médico de família e a enfermeira de saúde infantil são responsáveis pela promoção da saúde e prevenção da doença, alimentação, vacinas, desenvolvimento e doença aguda. Os pediatras, pelos cuidados hospitalares e também pelos cuidados primários em regime privado ou subsistemas.

Há uma preocupação na transição efectiva, pois cada vez é maior o número de crianças com doença crónica que chegam à idade adulta e que, por terem limitações funcionais com consequências sociais, emocionais e de comportamento, experimentam dificuldades na passagem para os médicos de adultos.

E, finalmente, sabe-se hoje que a Medicina da Criança vai muito para além da idade convencionada, pois está provado que muitas das doenças do adulto, como as cardiovasculares, são consequência do que ocorre durante a vida fetal e nos primeiros anos de idade¹⁴. Os profissionais de saúde infantil e juvenil estão assim na primeira linha na promoção da saúde e na prevenção da doença. E parafraseando George Steiner: *O optimismo deve ser a doença crónica de quem cuida de crianças...*

Maria do Céu Soares Machado

14. Robinson R. The fetal origins of adult disease. BMJ 2001; 322: 375-6



3. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PEDIÁTRICOS

A. ORIENTAÇÕES PARA
UMA CARTA HOSPITALAR DE PEDIATRIA
EM PORTUGAL CONTINENTAL

B. HOSPITAL DE DIA PEDIÁTRICO

Opiniões e Contributos:

Ordem dos Médicos: Colégios das Especialidades de Pediatria, de Pedopsiquiatria, de Estomatologia e de Neuropediatria; Colégios de Subespecialidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, Gastroenterologia Pediátrica, Nefrologia Pediátrica e Oncologia Pediátrica;

Ordem dos Enfermeiros

Sociedade Portuguesa de Cirurgia Pediátrica

Sociedade Portuguesa de Pediatria e Secções de Alergologia Pediátrica, Neurodesenvolvimento, Doenças Hereditárias do Metabolismo, Endocrinologia Pediátrica, Hematologia Pediátrica, Infeciologia Pediátrica e Imunodeficiências, Medicina do Adolescente, Pneumologia Pediátrica e Reumatologia Pediátrica

Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Comissão Regional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da ARS do Norte

Departamentos/ Serviços de Pediatria dos Centros Hospitalares: Lisboa Norte, Porto e Vila Nova de Gaia

Adriano Natário, Alexandra Dinis, Ana Forjaz de Lacerda, Anselmo Costa, António Lucas, António Rodrigues Dias, Beatriz Pena, Célia Barbosa, Eduarda Neves de Sousa, Eduarda Rodrigues, Elisa Leão Teles, Fernando Araújo, Fernando Coelho Rosa, Fernando Durães, Fernando Pereira, Francisco Cunha, Gonçalo Cordeiro Ferreira, Helena Fonseca, Helena Jardim, Henedina Antunes, João Gomes Pedro, Jorge Amil Dias, José Cavaco, José Gonçalo Marques, José Guimarães, José Oliveira Santos, José Peixoto, Libério Ribeiro, Lucília Norton, Lucília Nunes, Luis Januário, Luis Vale, Manuel Castro Rocha, Manuel Falcão, Manuel Fontoura, Manuel Salgado, Margarida Medina, Maria Augusta Sousa, Maria Carmo Vale, Maria Eugénia Morais, Maria Graça Rocha, Maria José Fonseca, Maria José Vieira, Maria Luisa Guedes Vaz, Miguel Félix, Paolo Casella, Paulo Gomes, Paulo Ramalho, Pedro Cabral, Teresa Bandeira, Teresa Goldschmidt, Rosa Gouveia, Sílvia Sequeira

A. ORIENTAÇÕES PARA UMA CARTA HOSPITALAR DE PEDIATRIA EM PORTUGAL CONTINENTAL

1. ENQUADRAMENTO
 2. OBJECTIVOS DE UM SERVIÇO DE PEDIATRIA
 3. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA UM SERVIÇO DE PEDIATRIA HOSPITALAR
 4. PARCERIA E CONTINUIDADE DE CUIDADOS
 5. DIFERENCIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA
 6. HOSPITAIS QUE NÃO INTEGRAM A REDE HOSPITALAR DE PEDIATRIA
 7. BASES DE UM SERVIÇO DE PEDIATRIA GERAL
 8. BASES DE UM SERVIÇO DE PEDIATRIA ESPECIALIZADO
 9. SERVIÇOS E UNIDADES DOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA ESPECIALIZADOS
 10. SERVIÇOS DE PEDIATRIA PARA PORTUGAL CONTINENTAL
 11. SUBESPECIALIDADES E OUTRAS ÁREAS DE DIFERENCIAÇÃO PEDIÁTRICAS
 12. CIRURGIA PEDIÁTRICA
 13. OUTRAS ESPECIALIDADES
 14. TELEMEDICINA
-

Este documento pretende traçar as linhas orientadoras da concepção de serviços hospitalares para crianças e adolescentes¹⁵, centrados na família e na garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Servem-lhe também de referência primordial os direitos consagrados na Carta da Criança Hospitalizada, aprovada em Leiden por várias associações europeias e divulgada em Portugal pelo Instituto de Apoio à Criança^{16,17}.

Na Carta da Criança Hospitalizada são expressos e universalmente aceites alguns princípios como o internamento como recurso último, o tratamento mínimo eficaz, o acompanhamento pelos pais e a adequação da informação e dos serviços aos diferentes grupos etários pediátricos.

O incentivo à família na participação, decisão e colaboração dos cuidados, a humanização e formação dos técnicos de saúde, assim como o respeito pelos direitos relativos à religião e à barreira linguística e diferença cultural, devem também ser considerados imperativos essenciais, na organização dos Serviços de Pediatria.

Destas orientações e dos dados demográficos nacionais e regionais resultará uma Carta Hospitalar e de Cuidados Pediátricos em Portugal Continental. A transposição dos conceitos para a realidade portuguesa permitirá uma maior rentabilidade dos meios à disposição, assegurando que todas as crianças tenham acesso aos cuidados apropriados e no momento em que deles careçam: é este o objectivo fundamental da presente Carta Hospitalar que constitui a base da Rede Hospitalar de Pediatria.

1. ENQUADRAMENTO

Para o desenvolvimento de qualquer estratégia é necessário o conhecimento da evolução demográfica e epidemiológica da população.

1.1 EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA

Considerou-se a evolução demográfica de toda a população residente em Portugal Continental e do grupo etário dos 0 aos 17 anos, subdividido em dois subgrupos: dos 0 aos 14 e dos 15 aos 17.

15. Considera-se criança, toda a pessoa com idade entre os 0 e 18 anos; considera-se adolescente, toda a pessoa com idade entre 10 e 18 anos

16. [www.European Association for Children in Hospital.com](http://www.EuropeanAssociationforChildreninHospital.com). Leiden Charter, 1995

17. Carta da Criança Hospitalizada. Instituto de Apoio à Criança, Março 1996

Entre 1991 e 2008, a população residente em Portugal Continental aumentou 7%, passando de 9.471.980 para 10.135.309 mas a previsão é de que, entre 2010 e 2050, diminua 12,9%. No mesmo período, estima-se que a proporção de população residente com menos de 18 anos diminua 23,5%. Entre 1991 e 2008, este grupo etário baixou de 2.294.812 para 1.853.503, sendo o número de residentes abaixo dos 15 anos de 1.533.362 e entre os 15 e os 17 anos, de 320.141, em 2008 (Quadro I).

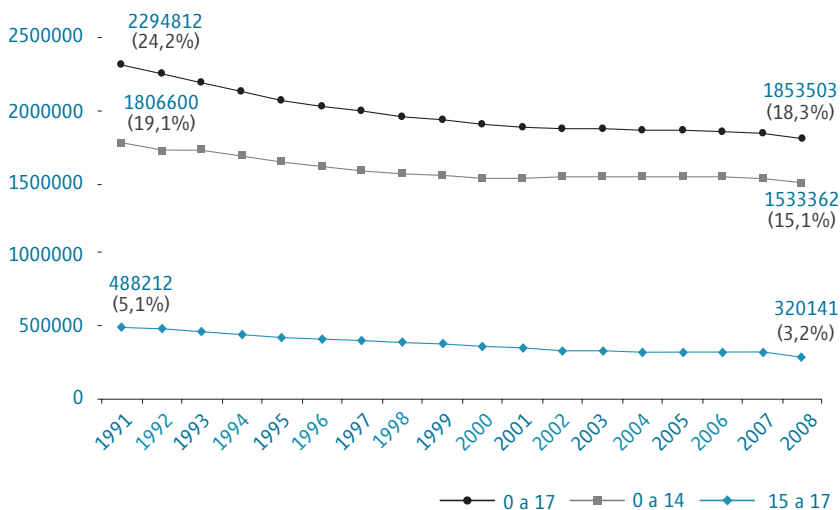
QUADRO I - Distribuição da população residente com idade inferior a 18 anos (nº e %) em Portugal Continental: 1991-2008

	1991	1996	1997	2001	2006	2007	2008
0 - 14 anos	1806600 (19,1%)	1618515 (16,9%)	1592395 (16,5%)	1544884 (15,7%)	1546450 (15,3%)	1538369 (15,2%)	1533362 (15,1%)
15-17 anos	488212 (5,1%)	415756 (4,3%)	408132 (4,2%)	354450 (3,6%)	328304 (3,2%)	326087 (3,2%)	320141 (3,2%)
0-17 anos	2294812 (24,2%)	2034271 (21,2%)	2000527 (20,8%)	1899334 (19,3%)	1874754 (18,5%)	1864456 (18,4%)	1853503 (18,3%)

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente (1991-2008)

A Figura 1 ilustra a evolução da população dos 0 aos 17 anos, de 1991 a 2008 em números absolutos e percentagens.

FIGURA I - Distribuição da população residente (nº), com idade inferior a 18 anos, em Portugal Continental: 1991-2008



Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente (1991-2008)

A distribuição da população com idade inferior a 18 anos, por Região de Saúde¹⁸, no mesmo período, 1991 a 2008, está representada no Quadro II.

QUADRO II - Distribuição da população residente (nº) com idade inferior a 18 anos, por Região: 1991-2007

		1991	1996	1997	2001	2006	2007	2008
Norte	0-14 anos	752119	676697	664817	633574	603704	593048	584267
	0-17 anos	947818	844520	830730	780370	737491	725774	714271
Centro	0-14 anos	317623	279748	274060	261739	252406	248774	245708
	0-17 anos	401669	354070	347311	325036	309579	305012	300434
Lisboa e Vale do Tejo	0-14 anos	587024	527647	521436	522886	559954	565636	571833
	0-17 anos	755612	666756	655923	636152	669302	675215	680255
Alentejo	0-14 anos	90480	77587	75557	70050	67035	66063	65364
	0-17 anos	114332	98144	95994	87833	82218	80884	79682
Algarve	0-14 anos	59354	56836	56525	56635	63351	64848	66190
	0-17 anos	75381	70781	70569	69943	76164	77571	78861

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente (1991-2007)

Quanto aos grupos etários, verifica-se uma ligeira oscilação nos últimos anos relativamente à população total: entre 2001 e 2008, o grupo etário dos 0-4 anos decresceu dos 5,2% para os 4,9%; o grupo dos 5 aos 9 anos aumentou dos 5,1% para os 5,2%; o grupo dos 10 aos 14 anos diminuiu dos 5,4% para os 5% e o grupo dos 15 aos 17 anos decresceu dos 3,6% para os 3,2%.

As projecções efectuadas, com base na tendência das últimas décadas, prevêem que a proporção de crianças e adolescentes com menos de 15 anos em relação à população total diminuirá de 15,3% para 12,8%, entre 2010 e 2040 (Figura II), não sendo possível apresentar as projecções para o grupo etário dos 15 aos 17 anos por o INE disponibilizar esta informação apenas por grupos quinquenais (15-19 anos).

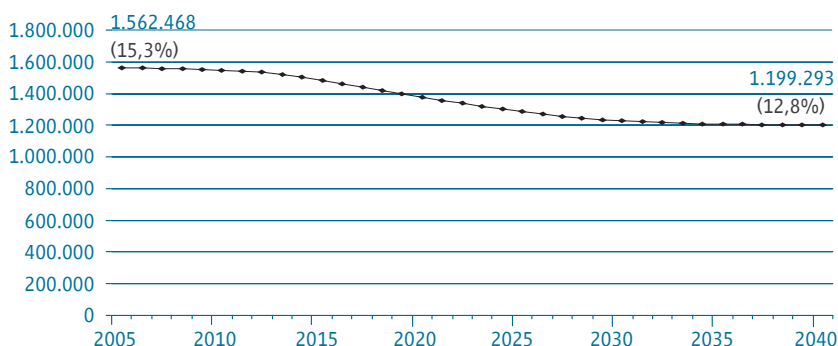
No entanto, considerando os 3 componentes básicos de que depende a evolução demográfica – a natalidade, a mortalidade e as migrações – pode esperar-se que o decréscimo da população abaixo dos 18 anos estabilize ou mostre inflexão.

Quanto à taxa de natalidade, verificou-se um decréscimo global de 11,5 para 9,8 nascimentos por mil habitantes, entre 1991 e 2008. Nas Regiões Norte, Centro e Alentejo a taxa de natalidade caiu 31,3%, 21,9%

18. DR 1ª Série nº 103, Decreto -Lei nº 222/2007 de 29 de Maio, Artigo 19º: o âmbito territorial das ARSs corresponde as NUTs II definidas pelo Decreto-Lei nº 317/1999 de 11 de Agosto.

e 13,7%, respectivamente. Lisboa e Vale do Tejo registou um aumento de 3,7% e o Algarve manteve os valores desta taxa.

FIGURA II - Distribuição da população residente em Portugal Continental 2010-2040 – com idade inferior a 15 anos.



Fonte: INE, Projeções de População Residente - Portugal e NUTS II (2000-2040)

Espera-se que as políticas do governo de incentivo à natalidade, com início em 2007, possam contribuir para o aumento da população infantil.

Quanto à mortalidade infantil, mantém-se a forte redução de 84,1% dos últimos 25 anos. De 1991 para 2008, a taxa de mortalidade infantil em Portugal Continental caiu ainda de 10,7‰ para 3,3‰ e a taxa de mortalidade neonatal baixou de 6,9‰ para 2,1‰. Entre 1991 e 2008, a taxa de mortalidade dos 1 aos 4 anos decresceu de 0,78 para 0,18 por 1.000 (Quadro III) e a mortalidade abaixo dos 5 anos para 4,0 por 1000 nados-vivos.

QUADRO III - Taxas de mortalidade infantil, neonatal, e de 1 aos 4 anos em Portugal Continental, entre 1991 e 2008

	1991	2001	2006	2007	2008
TM infantil (por 1000 NV)	10,7	4,8	3,3	3,4	3,3
TM neonatal (por 1000 NV)	6,9	2,8	2,1	2,0	2,1
TM de 1 aos 4 anos (por 1000)	0,78	0,4	0,24	0,18	0,18

Fonte: INE (dados relativos a 2006 e 2008) e ACS.

Quanto à população imigrante, tem havido um aumento do número de famílias imigrantes, jovens e com uma taxa de fertilidade superior à das famílias portuguesas.

Segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, em 1997 residiam (legalmente) no território nacional 175.263 estrangeiros. Em 2008, esse valor

era já de 436.020 estrangeiros e estima-se que exista ainda um número considerável de imigrantes não documentados (Quadro IV).

QUADRO IV - Evolução da população estrangeira em território nacional (1987 - 2008)

Ano	Residentes	Autorização Permanência	Visto Longa Duração	Total
1987	89778			89778
1997	175263			175263
2005	274631	93391	46637	414659
2006*	332137	32661	55391	420189
2007*	401612	5741	28383	435736
2008	436020	ND	4257	440277

Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2008)

*Dados provisórios

Esta população concentrava-se, em 2008, essencialmente nos distritos de Lisboa e Faro, verificando-se um número crescente de crianças, filhos de imigrantes com más condições socioeconómicas, sem vigilância na saúde e com poucos recursos na doença.

2.2 EVOLUÇÃO DA ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

De acordo com os dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), relativos aos Hospitais referidos em rodapé¹⁹, verificou-se que, de 2003 para 2006, o número total de internamentos baixou 5,9% dos 0 aos 17 anos e 6,1% dos 0 aos 14, o que está de acordo com o decréscimo

19. **Região de Saúde do Norte** Hospital (H.) Santa Maria Maior, H. São João, H. Geral de Santo António, Instituto Português Oncologia do Porto, H. S. Gonçalo, Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos, H. Padre Américo, Centro Hospitalar (CH) Alto Minho, CH do Nordeste, CH Vila Nova de Gaia/Espinho, CH do Médio Ave, CH Trás-os-Montes e Alto Douro, CH do Alto Ave, H.S. Marcos, H. Joaquim Urbano, CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, H. Nossa Senhora da Conceição, H. Central Especializado Crianças Maria Pia, Maternidade Júlio Dinis

Região de Saúde do Centro H. Infante D. Pedro, Instituto Português Oncologia de Coimbra, H. Distrital da Figueira da Foz, CH da Cova da Beira, H. Santo André, H. S. Teotónio, H. S. Sebastião, CH de Coimbra, H. Distrital de Águeda, H. José Luciano de Castro, H. Visconde de Salreu, H.S. Miguel, H. Dr. Francisco Zagalo, H. Distrital de S. João da Madeira, H. Amato Lusitano, H. da Universidade de Coimbra, H. Arcebispo João Crisóstomo, Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro, H. Rovisco Pais, H. Sousa Martins, H. Nossa Senhora da Assunção, CH das Caldas da Rainha, H. de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira, H.S. Pedro, H. Distrital de Pombal, H. Cândido de Figueiredo

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo CH Lisboa Norte, CH Médio Tejo, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, H. Nossa Senhora do Rosário, H. Distrital de Santarém, H. Garcia de Orta, CH de Lisboa Ocidental, CH de Setúbal, CH de Lisboa Central, H. Curry Cabral, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Instituto Gama Pinto, CH de Cascais, H. Reynaldo dos Santos, H. do Montijo, CH de Torres Vedras, H. do Litoral Alentejano

Região de Saúde do Alentejo ULS Norte Alentejo, CH do Baixo Alentejo, H. Espírito Santo de Évora

Região de Saúde do Algarve CH do Barlavento Algarvio, H. Distrital de Faro

desta população, que também diminuiu 0,8% e 0,6%, respectivamente (Quadro V e Figura III).

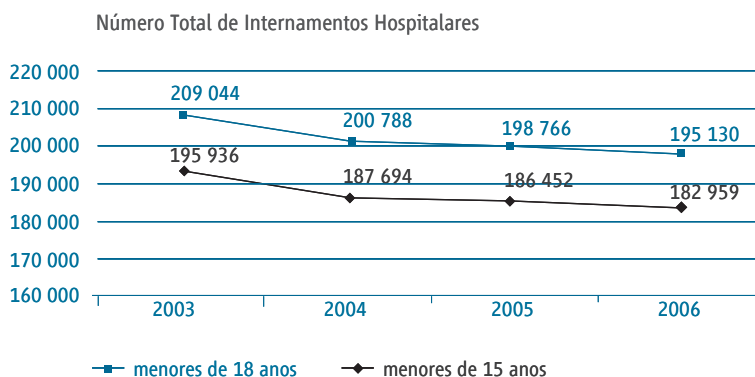
QUADRO V - População e Internamentos <18 anos e <15 anos (2003-2006)

Ano	População dos 0 aos 14 anos*		População dos 0 aos 17 anos*	
	Nº Total	Internamentos	Nº Total	Internamentos
2003	1 555 072	195 936	1 889 083	209 044
2004	1 554 444	187 694	1 883 474	200 788
2005	1 552 128	186 425	1 880 356	198 766
2006	1 546 450	182 959	1 874 754	195 130

*Total de internamentos, incluindo os recém-nascidos normais. Nados-vivos: 112589 em 2003; 109356 em 2004; 109457 em 2005; 105449 em 2006.

Fonte: INE e ACSS (2003 a 2006).

FIGURA III - Internamentos*, de 2003 a 2006, <18 anos e <15 anos



*Total de internamentos, incluindo os recém-nascidos normais. Nados-vivos: 112589 em 2003; 109356 em 2004; 109457 em 2005; 105449 em 2006.

Fonte: INE e ACSS (2003 a 2006)

Estes dados são referidos a todos os internamentos dos 0 aos 18 anos, seja qual for o Serviço ou Departamento e incluem os recém-nascidos normais e o internamento de adolescentes por gravidez e parto.

Excluindo os recém-nascidos normais, 20,7% dos internamentos foram no primeiro ano de vida, 28,6% dos 1 aos 4 anos, 23,2% dos 5 aos 9 anos, 16,5% dos 10 aos 14 anos e 11,0% dos 15 aos 17 anos, tendência que se manteve ao longo dos quatro anos estudados.

Os cinco principais diagnósticos dos internamentos hospitalares, por grupo etário, estão representados no [Quadro VI](#).

Quadro VI

Principais causas dos internamentos hospitalares por grupos de idade. Portugal Continental 2006

Grupo de Idade	Diagnóstico Principal (capítulos da CID9-MC)	N	%
<1 ano*	1- Doenças do aparelho respiratório (460-519)	6 382	30,2%
	2- Condições originárias do período perinatal (760-779)	2 501	11,8%
	3- Doenças do aparelho digestivo (520-579)	2 110	10,0%
	4- Doenças infecciosas e parasitárias (001-139)	2 050	9,7%
	5- Doença do aparelho geniturinário (580-629)	1 789	8,5%
1-4 anos	1- Doenças do aparelho respiratório (460-519)	8 701	29,0%
	2- Doenças do aparelho digestivo (520-579)	4 254	14,2%
	3- Doenças infecciosas e parasitárias (001-139)	3 020	10,1%
	4- Anomalias Congénitas (740-759)	2 362	7,9%
	5- Doença do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (320-389)	2 208	7,4%
5-9 anos	1- Doenças do aparelho respiratório (460-519)	7 591	29,3%
	2- Doenças do aparelho digestivo (520-579)	3 955	15,3%
	3- Doença do aparelho geniturinário (580-629)	2 499	9,6%
	4- Doença do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (320-389)	2 227	8,6%
	5- Lesões e envenenamento (800-999)	2 162	8,3%
10-14 anos**	1- Doenças do aparelho digestivo (520-579)	3 048	18,2%
	2- Doenças do aparelho respiratório (460-519)	2 301	13,7%
	3- Lesões e envenenamento (800-999)	2 267	13,5%
	4- Doença do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (320-389)	1 268	7,6%
	5- Doença do aparelho geniturinário (580-629)	1 259	7,5%
15-17 anos**	1- Lesões e envenenamento (800-999)	1 649	13,5%
	2- Doenças do aparelho digestivo (520-579)	1 643	13,5%
	3- Complicações da gravidez, parto e puerpério (630-677*)	1 589	13,1%
	4- Doenças do aparelho respiratório (460-519)	944	7,8%
	5- Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo	819	6,7%

* excepto os recém-nascidos normais

** excepto os partos normais (CID9-MC 650) e múltipla gestação (CID9-MC 651)

Fonte: ACSS 2006

Quanto à utilização de Hospital de Dia Pediátrico, verifica-se um aumento progressivo e significativo do número de crianças e adolescentes tratados: de 1.934 em 2003 para 5.811 em 2006.

Ainda privilegiando o ambulatório, aumentou o número de consultas hospitalares de Pediatria, mantendo-se estável o número de consultas de saúde infantil e juvenil nos Centros de Saúde ([Quadro VII](#)).

QUADRO VII

Consultas de Pediatria Hospitalares e de Saúde Infantil e Juvenil nos Centros de Saúde, de 2003 a 2006

Ano	Consultas Hospitalares de Pediatria Médica	Consultas de Saúde Infantil e Juvenil nos Centros de Saúde
2002	377 209	2 953 121
2003	418 299	2 786 449
2004	435 037	2 813 145
2005	442 996	2 873 836
2006	491 443	2 843 104

Fonte: INE (2003 a 2006)

Quanto aos episódios nas urgências dos Serviços de Pediatria, têm aumentado de forma consistente. Verificaram-se 783.649 episódios em 2004, 872.330 em 2005 e 1.163.569 em 2006. Não é possível obter informação quanto ao número de crianças e adolescentes que recorreram às urgências de adultos²⁰.

3. OBJECTIVOS DE UM SERVIÇO DE PEDIATRIA

Prestar cuidados hospitalares eficientes, seguros e apropriados à criança e adolescente, por profissionais qualificados, num espaço amigo da criança, do adolescente e da família, privilegiando o atendimento em ambulatório.

4. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA UM SERVIÇO DE PEDIATRIA HOSPITALAR

Todos os Serviços de Pediatria devem cumprir os seguintes critérios mínimos:

- 4.1 ATENDIMENTO ATÉ AOS 18 ANOS DE IDADE (17 ANOS E 364 DIAS).
- 4.2 URGÊNCIA PEDIÁTRICA individualizada e integrada no Serviço ou Departamento de Pediatria.
 - ▶ Assegura a prestação de todos os cuidados, médicos ou cirúrgicos, em ambiente pediátrico, excepto se não desejável (ex: gravidez) ou impossível por indisponibilidade de equipamento (ex: Oftalmologia)

20. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) 2008

- ▶ Inclui uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), de modo a evitar que a criança ou o adolescente sejam submetidos a internamento prolongado e a permitir a monitorização e estabilização de crianças/adolescentes em situação clínica instável. A permanência nestas unidades não deve ser inferior a 12h nem superior a 36h. A UICD deve ser equiparada a Unidade de Cuidados Intermédios para efeitos de equipamento e financiamento.

43 CONSULTA EXTERNA destinada a crianças e adolescentes, em espaço próprio e ambiente pediátrico.

44 INTERNAMENTO de todas as crianças e adolescentes até aos 18 anos num serviço de pediatria, seja a patologia, médica ou cirúrgica. Dos 15 aos 18 anos, o adolescente poderá optar por um serviço de adultos.

Condições de internamento adequadas às crianças e adolescentes:

- ▶ Espaços próprios, zonas de brincar para as crianças e salas de estar para os adolescentes.
- ▶ Condições para a permanência de um acompanhante durante 24h.
- ▶ Refeições com menus agradáveis e adequados aos diferentes grupos etários.
- ▶ Educador de infância/animador permanente, envolvido também na informação às crianças e acompanhantes no âmbito do trabalho de equipa multidisciplinar.
- ▶ Professor do ensino básico em tempo parcial.
- ▶ Relatório na alta que deve ser discutido e entregue aos pais e adolescente e enviado a todos os profissionais continuadores dos cuidados de saúde.
- ▶ Apoio de outros técnicos nomeadamente Serviço Social, Psicologia e Nutrição.

46 Hospital de Dia Pediátrico (HDP) conforme documento da CNSCA²¹

- ▶ Deve ser previsto HDP Médico e/ou Médico-Cirúrgico.

21. www.acs.min-saude.pt/cnsca Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente. Hospital de Dia Pediátrico, 2008

4.7 Auditoria interna periódica às condições de segurança das instalações e equipamentos.

4.8 Formação especializada e contínua de todos os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes.

4.9 Avaliação periódica do grau de satisfação dos pais e adolescentes.

4.10 Patologia Clínica, Imuno-hemoterapia e Imagiologia convencional, 24h/dia

5. PARCERIA E CONTINUIDADE DE CUIDADOS.

5.1 Os cuidados à criança e adolescente devem ser prestados em parceria com a família, em continuidade e complementaridade com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)²².

5.2 As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF)²³ mantêm-se como a estrutura de suporte desta articulação.

5.3 O Pediatra Consultor (PC) será um elemento privilegiado desta articulação. É nomeado pelo Director do Serviço de Pediatria²⁴.

- ▶ As funções do PC incluem a discussão de casos problema, a referência directa, a organização da formação contínua ou outras consideradas necessárias. Estas funções são prestadas no horário normal de trabalho, com periodicidade variável, semanal ou mensal, conforme a disponibilidade do serviço e a necessidade dos ACES, a combinar localmente.
- ▶ Esta actividade será objecto de protocolo formal entre o ACES e o Hospital de referência, que deve incluir o modelo de financiamento.

5.4 As equipas de saúde devem integrar pelo menos um enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria, responsável pelas situações de maior complexidade e pela assessoria dos enfermeiros generalistas.

5.5 Todos os actos médicos e de enfermagem devem ser registados no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ), excepto se se considerar que há necessidade de confidencialidade.

22. Agrupamento dos Centros de saúde, Diário da República, 1ª série - nº 38, 22 de Fevereiro de 2008

23. Unidades Coordenadoras Funcionais, Diário da República, 1ª série Despachos 26/91 e 12917/98

24. Pediatra Consultor, Capítulo 4 a), página 63.

6. DIFERENCIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA

6.1 Consideram-se dois níveis de Serviço Hospitalar de Pediatria:

SERVIÇO DE PEDIATRIA GERAL (SPG)

SERVIÇO DE PEDIATRIA ESPECIALIZADO (SPE).

SERVIÇO DE PEDIATRIA GERAL (SPG)

Deve existir um SPG para 40.000 a 60.000 crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos, o que corresponde sensivelmente a uma base populacional de 215.000 a 325.000 habitantes. Por razões geográficas, pode considerar-se a necessidade de um SPG em populações inferiores à estipulada. Também por razões geográficas e/ou educacionais, um SPG pode diferenciar-se em áreas específicas ou Sub Especialidades.

SERVIÇO DE PEDIATRIA ESPECIALIZADO (SPE)

Deve existir um SPE para 300.000 a 350.000 crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos, o que corresponde sensivelmente a uma base populacional de 1.500.000 habitantes. O SPE é médico-cirúrgico.

6.2 Todos os serviços SPE ou SPG devem cumprir as orientações gerais para um serviço de pediatria hospitalar e a articulação entre cuidados primários e secundários (pontos 3-5).

7. HOSPITAIS QUE NÃO INTEGRAM A CARTA HOSPITALAR DE PEDIATRIA

Nalguns hospitais que não integrem a carta hospitalar de pediatria, pode justificar-se a assistência pediátrica em regime de ambulatório.

Estes cuidados podem ser prestados pelos pediatras que ainda estejam colocados nesses hospitais ou por pediatras de outros hospitais, preferencialmente do Serviço de Pediatria mais próximo. Os hospitais envolvidos deverão celebrar protocolo de colaboração, devendo o hospital receptor comprometer-se a assegurar as condições adequadas para a prestação de cuidados às crianças e adolescentes, em ambulatório.

Os lugares de pediatra existentes nos hospitais que não integrem a carta hospitalar de pediatria são a extinguir quando vagarem.

8. BASES DE UM SERVIÇO DE PEDIATRIA GERAL (SPG)

8.1 RECURSOS HUMANOS MÍNIMOS:

Pediatras:

Em SPG sem Maternidade, 7 com idade inferior a 55 anos;

Em SPG com Maternidade, 14 com idade inferior a 55 anos.

O pediatra geral é o especialista de referência para cada criança e sua família em cada instituição hospitalar. Em situações específicas de doença de órgão ou de sistema, deverá articular-se com os pediatras de áreas diferenciadas ou outros especialistas, na procura de um diagnóstico e orientação terapêutica, que garantam cuidados de saúde de excelência a cada criança. Exceptuam-se as situações que pela sua complexidade e raridade devam beneficiar do apoio preferencial do apoio de um especialista diferenciado, sem prejuízo de se manter o pediatra geral de referência para cada criança.

Enfermeiros²⁵:

Enfermaria – 1 Enfermeiro/turno para 6 crianças;

UICD/Cuidados Intermédios - 1 Enfermeiro/turno para 4 crianças.

Consulta Externa – 1 Enfermeiro por cada 3 gabinetes médicos em funcionamento simultâneo.

Tendencialmente, em cada turno, deve ser considerada a existência de um especialista em saúde infantil e pediátrica.

Assistentes Sociais

Apoio de 1 Assistente Social

Auxiliares de Acção Médica

1 Auxiliar por cada 6 crianças

Para além destes recursos humanos mínimos, o Director do Serviço e os Enfermeiros Chefes do Serviço, em conjunto com a Direcção Clínica e de Enfermagem e de acordo com a política, missão e âmbito de intervenção do Serviço de Pediatria, definirão o plano de recursos necessários.

25. O número será calculado de acordo com a fórmula recomendada pelo Ministério da Saúde, em 2006 (recurso às horas de cuidados necessários).

8.2 LOTAÇÃO EM INTERNAMENTO:

Enfermaria

1 cama por cada 3.000 crianças (mínimo 12 camas); 4 destas camas, ou no caso de existirem mais de 12 CAMAS, 30% do total, devem ser em quartos individuais para isolamento e/ou internamento de adolescentes.

UICD/Cuidados Intermédios

1 cama por cada 12.000 crianças e adolescentes (mínimo 4 camas).

Hospital de Dia Pediátrico

2 a 3 camas /postos.

8.3 CONSULTA EXTERNA:

Deve funcionar num espaço próprio e adequado ao grupo etário. Este espaço deverá ser partilhado por todas as especialidades, excepto se a necessidade de equipamento específico o não permitir. Poderá ainda partilhar áreas com o HDP.

Espaço físico: quatro gabinetes de consulta médica; um gabinete de enfermagem; uma sala de tratamentos; uma sala polivalente – reuniões/consulta de grupo/ensino; uma sala de espera para as crianças/adolescentes e acompanhantes; casas de banho para crianças e acompanhantes de ambos os sexos com condições para pessoas deficientes.

8.4 URGÊNCIA PEDIÁTRICA:

8.4.1 RECURSOS HUMANOS

Médicos: 2 em presença física, sendo pelo menos 1, pediatra.

Nos hospitais com maternidade, os dois médicos em presença física deverão ser pediatras. Além destes especialistas, a equipa pode ter ainda na sua constituição médicos de medicina geral e familiar ou de outras especialidades com ou em formação em saúde infantil e juvenil. Para além destes, deve ter o apoio de um cirurgião, um ortopedista e um anestesista.

Enfermeiros: 3 por turno.

Auxiliar de acção médica: 1 por turno.

Assistente social: apoio pelo menos durante 12H do dia.

8.4.2 ESPAÇO FÍSICO

- ▶ Climatizado e cumprindo todas as normas de segurança e higiene em vigor;
- ▶ Dotado de: uma sala de espera exclusiva, casas de banho para crianças e acompanhantes de ambos os sexos com condições para pessoas deficientes;
- ▶ Sala de triagem com privacidade e possibilidade de 2 postos de trabalho;
- ▶ Sala de reanimação equipada com todos os componentes necessários a uma reanimação cárdio-respiratória;
- ▶ 2 a 3 gabinetes médicos;
- ▶ Sala de tratamentos com fonte de O₂;
- ▶ Sala de aerossóis (no mínimo com três fontes de O₂);
- ▶ Sala de pequena cirurgia/ortopedia;
- ▶ Sala de observações;
- ▶ Sala destinada a reuniões e/ou entrevista aos pais em situações particulares;
- ▶ Gabinete para as chefias;
- ▶ Sala de estar para os profissionais e vestiários para profissionais de ambos os sexos;

8.4.3 UNIDADE DE INTERNAMENTO DE CURTA DURAÇÃO: equipada como unidade de cuidados intermédios. Deverá ter pelo menos um quarto individual e casas de banho para crianças e acompanhantes de ambos os sexos com condições para pessoas deficientes.

9. BASES DE UM SERVIÇO DE PEDIATRIA ESPECIALIZADO (SPE)

9.1 Os SPE são referência para cuidados diferenciados. Prestam também os cuidados à população da área do Hospital, inerentes aos Serviços de Pediatria Geral.

9.2 O seguimento em SPE deve ser baseado num conceito de rede de cuidados que permitam à criança ou adolescente continuar o tratamento em SPG perto da sua área de residência.

9.3 A articulação entre o SPE e o SPG deve ser formalizada por protocolos de referência. Sempre que necessário e indicado esses protocolos poderão incluir a possibilidade de deslocação do médico da área diferenciada em causa ao SPG.

9.4 Devem ser elaborados planos individuais de cuidados pelos centros especializados.

9.5 Nos casos de doença crónica, a transição para um serviço especializado de adultos deve ser programada com flexibilidade, em idade variável conforme a vontade do adolescente e as características da doença, mantendo-se os princípios de continuidade e transdisciplinariedade.

9.6 Patologia Clínica, Imuno-hemoterapia e Imagiologia com Ecografia e Tomografia Computorizada, 24H/dia.

10. SERVIÇOS E UNIDADES DOS SPES

10.1 Cada Serviço ou Unidade presta cuidados especializados nomeadamente técnicas específicas de diagnóstico e intervenção. Deverão ter capacidade para executar pelo menos 75% das técnicas específicas dessa área definidas pelo Colégio de Pediatria ou pelos Colégios da Subespecialidade.

10.2 RECURSOS HUMANOS MÍNIMOS

Médicos – 2 com diferenciação nessa área a tempo inteiro.

Enfermeiros – De acordo com o referido em 8.1 e ainda 1 afecto às técnicas efectuadas ou a situações específicas no internamento.

10.3 ESPAÇO FÍSICO

Técnicas – espaço próprio ou em partilha com outros Serviços ou Unidades que permita técnicas ou procedimentos específicos;

Internamento e consultas – espaço próprio ou em partilha com outros Serviços ou Unidades.

11. SERVIÇOS DE PEDIATRIA PARA PORTUGAL CONTINENTAL, POR REGIÕES

De acordo com os rácios definidos no ponto 6.1, propõem-se para Portugal Continente, um mínimo de 33 e um máximo de 37 Serviços de

Pediatria Geral e 6 Serviços de Pediatria Especializados, com a distribuição seguinte, por Região (Quadro VIII):

QUADRO VIII

Número de Serviços de Pediatria por Região

Administrações Regionais de saúde	Serviços de Pediatria Especializados	Serviços de Pediatria Geral
Norte	2	10 a 12
Centro	1	9 a 10
LVT	2	10 a 11
Alentejo	-	3
Algarve	1	1
Total	6	33 a 37

12. SUBESPECIALIDADES E OUTRAS ÁREAS DE DIFERENCIAÇÃO PEDIÁTRICA

Subespecialidades aprovadas pela Ordem dos Médicos

- 12.1 CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
- 12.2 GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA, HEPATOLOGIA E NUTRIÇÃO
- 12.3 NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
- 12.4 NEONATOLOGIA
- 12.5 NEUROPEDIATRIA
- 12.6 ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Outras áreas de diferenciação pediátrica:

- 12.7 ALERGOLOGIA PEDIÁTRICA
- 12.8 DOENÇAS HEREDITÁRIAS DO METABOLISMO
- 12.9 ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA
- 12.10 HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA
- 12.11 INFECIOLOGIA PEDIÁTRICA E IMUNODEFICIÊNCIAS
- 12.12 MEDICINA DO ADOLESCENTE
- 12.13 NEURODESENVOLVIMENTO
- 12.14 PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA
- 12.15 REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

12.1 CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (CIP)²⁶

12.1.1 **CINCO A SEIS UNIDADES:** 2 no Norte, 1 no Centro e 2 em LVT e eventualmente 3 Unidades Polivalentes ou Mistas: 2 em LVT e 1 no Algarve

12.1.2 RECURSOS HUMANOS:

MÉDICOS: 3 com subespecialidade em CIP. Um médico em presença física 24 horas/dia.

ENFERMEIROS: 1 por turno para 1 criança. Em Cuidados Intermédios, 1 para 2 crianças

12.1.3 **ESPAÇO FÍSICO MÍNIMO:** 6 camas nas Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos ou 4 camas pediátricas nas Unidades Mistas com Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais. Preferencialmente em quartos individuais com uma área de 20m². Para cada cama de Cuidados Intensivos, deve existir uma de Cuidados Intermédios, adjacente aos Cuidados Intensivos.

12.1.4 **APOIOS:** apoio permanente de Anestesia, Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, Ortopedia, Cardiologia Pediátrica, Gastreenterologia, Neurologia, Otorrinolaringologia e Pneumologia. Acessibilidade, apoio e possibilidade de discussão interdisciplinar das seguintes especialidades: Cirurgia Córdio-torácica, Hematologia, Infecçiology, Medicina Física e Reabilitação, e Oftalmologia.

12.1.5 **TÉCNICAS:** alimentação parentérica total, broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica, cateterismo arterial e venoso central, diálise peritoneal aguda e hemofiltração, doppler transcraniano ou PIC ou SiO₂, doseamento medicamentos e tóxicos, ecodoppler incluindo transfontanelar, electrocardiografia, electroencefalografia, ventilação mecânica convencional, ventilação não convencional, endoscopia digestiva, monitorização invasiva de TA, PVC ou SVO₂ e capnografia.

12.1.6 **ACTIVIDADE ASSISTENCIAL MÍNIMA:** 200 admissões anuais

12.2 GASTREENTEROLOGIA PEDIÁTRICA, HEPATOLOGIA E NUTRIÇÃO²⁷

12.2.1 **CINCO A SEIS UNIDADES:** 2 no Norte, 1 no Centro, 2 em LVT e eventualmente 1 no Algarve

26. Baseado em documento elaborado pelo Colégio de Cuidados Intensivos Pediátricos e Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos da Sociedade Portuguesa de Pediatria, em Junho de 2007

27. Técnicas definidas pelo Colégio de Gastreenterologia Pediátrica da Ordem dos Médicos

12.2.2 **RECURSOS HUMANOS E ESPAÇO FÍSICO:** de acordo com os pontos 10.2 e 10.3

12.2.3 **TÉCNICAS:** alimentação parentérica e enteral, biópsia jejunal, rectal e hepática percutânea, CPRE, endoscopia digestiva alta e baixa diagnóstica e terapêutica, gastrostomia percutânea, manometria esofágica e ano-rectal, pHmetria esofágica, provas de tolerância alimentar, testes respiratórios de absorção.

12.2.4 **ACTIVIDADE ASSISTENCIAL MÍNIMA:** 75 endoscopias por ano e por médico

12.2.5 **TRANSPLANTE HEPÁTICO – 1** único centro pediátrico

12.3 NEFROLOGIA PEDIÁTRICA²⁸

12.3.1 **CINCO A SEIS UNIDADES:** 2 no Norte, 1 no Centro e 2 em LVT e eventualmente 1 no Algarve

12.3.2 Recursos humanos e Espaço físico: de acordo com os pontos 10.2 e 10.3

12.3.3 **TÉCNICAS:** biópsia renal, diálise peritoneal

12.3.4 **HEMODIÁLISE – 3 CENTROS DE REFERÊNCIA:** 1 no Norte, 1 no Centro e 1 em LVT

12.3.5 **TRANSPLANTE RENAL – 3 CENTROS:** 1 no Norte, 1 no Centro e 1 em LVT; 1 único centro para crianças com peso inferior a 15 kg

12.4 NEONATOLOGIA²⁹

São critérios de idoneidade para a prestação de cuidados hospitalares à grávida e recém-nascido, os definidos pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal e constantes da Rede de Referência Hospitalar publicada pela DGS em 2001, que define os Hospitais de apoio Perinatal e de Apoio Perinatal Diferenciado.

12.5 NEUROPEDIATRIA³⁰

12.5.1 **UNIDADES:** 2 no Norte, 1 no Centro, 2 em LVT e eventualmente 1 no Algarve

28. Técnicas definidas pelo Colégio de Nefrologia Pediátrica da Ordem dos Médicos

29. Rede de Referência Hospitalar, Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, DGS 2001

30. Com o contributo do Colégio de Neuropediatria da Ordem dos Médicos

12.5.2 **RECURSOS HUMANOS E ESPAÇO FÍSICO:** de acordo com os pontos 10.2 e 10.3

12.5.3 **APOIOS:** Articulação com os Centros de Desenvolvimento e de diagnóstico e com os Serviços de Neuroradiologia

12.5.4 **TÉCNICAS:** electroencefalografia, (EEG) vídeo EEG, EEG em ambulatório, electromiografia.

12.6. **ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**³¹

São critérios de idoneidade para o tratamento de crianças e adolescentes com cancro os definidos pela International Society of Pediatric Oncology em Dezembro de 1991 e constantes da Rede de Referência Hospitalar de Oncologia, aprovada por Despacho da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, de 17/1/2006.

12.7 **ALERGOLOGIA PEDIÁTRICA**³²

12.7.1 **CINCO A SEIS UNIDADES:** 2 no Norte, 1 no Centro, 2 em LVT e eventualmente 1 no Algarve.

12.7.2 Recursos humanos de acordo com os pontos 10.2 e 10.3.

12.7.3 **ESPAÇO FÍSICO:** de acordo com o ponto 10.3 e sala para estudo da função respiratória que pode ser em articulação com a Pneumologia.

12.7.4 **TÉCNICAS:** Provas cutâneas e administração de vacinas anti-alérgicas; provas de provocação oral, nasal, conjuntival e brônquica; imunoterapia específica; descensibilização a medicamentos.

12.8 **DOENÇAS HEREDITÁRIAS DO METABOLISMO**³³

12.8.1 **TRÊS UNIDADES:** 1 no Norte, 1 no Centro e 1 em LVT.

12.8.2 Recursos humanos de acordo com o ponto 10.2.

12.8.3 Espaço físico em partilha com outras áreas.

12.8.4 **APOIOS:** Centro de Desenvolvimento, Neuropediatria, Neuroradiologia, Pedopsiquiatria, Psicologia Clínica, Patologia Clínica, Centros de Estudo Bioquímico, Genético e Molecular, Medicina

31. Rede de Referência Hospitalar de Oncologia, DGS, 2006

32. Com o contributo da Secção de Imunoalergologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria

33. Com o contributo da Sociedade Portuguesa de Doenças Metabólicas

Física e Reabilitação, Genética Médica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Pediátrica, Centros de Transplante Pediátrico, Ortopedia e Serviço Social.

12.9 ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA³⁴

12.9.1 **TRÊS A QUATRO UNIDADES:** 1 no Norte, 1 no Centro, 1 em LVT e eventualmente 1 no Algarve.

12.9.2 Recursos humanos e espaço físico de acordo com os pontos 10.2 e 10.3.

12.9.3 **TÉCNICAS:** Provas funcionais endocrinológicas.

12.9.4 **APOIOS:** Patologia Clínica (Hormonologia), Genética Médica, Neuropediatria, Oftalmologia, Cirurgia Pediátrica, Núcleo de Nutrição e Dietética, Pedopsiquiatria, Psicologia Clínica e Serviço Social.

12.10 HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA³⁵

12.10.1 **TRÊS A QUATRO UNIDADES:** 1 no Norte, 1 no Centro, 1 em LVT.

12.10.2 Recursos humanos e espaço físico de acordo com os pontos 10.2 e 10.3.

12.10.3 **TÉCNICAS:** Capacidade de execução e interpretação de todos os procedimentos necessários ao diagnóstico em Hematologia.

12.10.4 **APOIOS:** Laboratório de Hematologia e Coagulação, Biologia Molecular e Anatomia Patológica.

12.11 INFECIOLOGIA PEDIÁTRICA E IMUNODEFICIÊNCIAS³⁶

12.11.1 **CINCO UNIDADES:** 2 no Norte, 1 no Centro, 2 em LVT; destas 5 unidades, 2 com Quartos de Isolamento de Grau VI.

12.11.2 Recursos humanos de acordo com os pontos 10.2.

12.11.3 **ESPAÇO FÍSICO:** 8 camas das quais 4 no mínimo em quartos individuais, com sectores diferenciados de pressão positiva e pressão negativa.

12.11.4 **APOIOS:** Patologia Clínica, Imagiologia.

34. Com o contributo da Secção de Endocrinologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria

35. Com o contributo da Secção de Hemato-Oncologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria

36. Com o contributo da Sociedade de Infecciologia Pediátrica

12.12 MEDICINA DO ADOLESCENTE³⁷

12.12.1 **TRÊS UNIDADES:** 1 no Norte, 1 no Centro, 1 em LVT.

12.12.2 **RECURSOS HUMANOS:** de acordo com o ponto 10.2.

12.12.2.2 **ESPAÇO FÍSICO:** internamento, consulta em área própria com gabinete e sala de estar adequada para o grupo etário.

12.12.3 **APOIOS:** Ginecologia e Obstetria, Nutrição e Dietética, Pedopsiquiatria, Psicologia Clínica e Serviço Social. Outros conforme problemas específicos que envolvem outras especialidades ou subespecialidades.

12.13 NEURODESENVOLVIMENTO³⁸

12.13.1 Rede de prestação de cuidados de saúde de desenvolvimento infantil: A rede de prestação de cuidados de saúde de desenvolvimento infantil compreende 3 níveis de cuidados: **I** – a nível dos Cuidados Primários; **II** – a nível hospitalar; **III** – Centro de Neurodesenvolvimento.

Nível I: Cuidados prestados nos Agrupamentos dos Centros de Saúde, inseridos na comunidade em relação directa e próxima com as famílias. As suas competências envolvem a identificação e encaminhamento para os níveis II ou III das crianças com perturbações do desenvolvimento e o acompanhamento posterior; devem articular-se com a rede de intervenção precoce.

Nível II: Cuidados prestados nas consultas de desenvolvimento dos Hospitais de Apoio Perinatal ou dos Serviços de Pediatria Geral. 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 Cuidados Primários (Nível I) e com os Centros de Desenvolvimento (Nível III).

Nível III: Cuidados prestados nos Centros de Desenvolvimento Infantil, autónomos ou integrados nos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado ou nos Serviços de Pediatria Especializados. As suas competências incluem assegurar uma diversidade de cuidados

37. Com o contributo da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria

38. Com o contributo da Secção de Neurodesenvolvimento da Sociedade Portuguesa de Pediatria

especializados, seja por tipo de patologia ou por grupo específico de crianças, em articulação com os recursos comunitários. Devem articular-se com os níveis I e II, tendo ainda a responsabilidade pela formação e investigação.

12.13.2 **CINCO A SEIS CENTROS DE NÍVEL III:** 2 no Norte, 1 no Centro, 2 em LVT e 1 no Alentejo ou Algarve.

12.13.3 **RECURSOS HUMANOS:** 2 pediatras com formação em neurodesenvolvimento; 1 enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica; 2 professores de ensino especial.

12.13.4 **ESPAÇO FÍSICO:** próprio ou integrado na Consulta de Pediatria com mínimo 2 salas de consulta, uma sala de reuniões multidisciplinar, um espaço lúdico e uma sala de espera não partilhada.

12.13.5 **APOIOS:** Neuropediatria, Neuroradiologia, Pedopsiquiatria, Psicologia Clínica, Patologia Clínica, Medicina Física e Reabilitação, Genética Médica, Doenças Metabólicas, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, Serviço Social.

12.13.6 **TÉCNICAS:** Tabela de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica³⁹.

12.14 PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA⁴⁰

12.14.1 **CINCO UNIDADES:** 2 no Norte, 1 no Centro, 2 em LVT.

12.14.2 Recursos humanos e Espaço físico de acordo com os pontos 10.2 e 10.3 e sala para estudo da função respiratória que pode ser em articulação com a Alergologia ou Pneumologia de adultos.

12.14.3 **TÉCNICAS:** Broncoscopia rígida e flexível. Provas de função respiratória, Ventilação não invasiva. Técnicas de estudo de patologia respiratória do sono e técnicas de reeducação respiratória. Biópsia pleural e pulmonar. Provas de provocação oral, nasal, e brônquica.

12.15 REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA⁴¹

12.15.1 **TRÊS UNIDADES:** 1 no Norte, 1 no Centro, 1 em LVT.

12.15.2 Recursos humanos e espaço físico de acordo com os pontos 10.2 e 10.3.

39. Meios Complementares de Diagnóstico, DR – I Série B n°113 de 12 de Junho de 2006

40. Com o contributo da Secção de Pneumologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria

41. Com o contributo da Secção de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria

12.15.3 **TÉCNICAS:** sinoviaartrose química, biópsia fechada da membrana sinovial e ecografia articular.

12.15.4 **APOIOS:** Cirurgia Maxilo-Facial, Clínica Física e Reabilitação, Imunologia Clínica, Nefrologia Pediátrica, Oftalmologia, Ortopedia, Pedopsiquiatria Reumatologia de Adultos e Psicologia Clínica e Serviço Social.

13 CIRURGIA PEDIÁTRICA⁴²

13.1 A Cirurgia Pediátrica integra a Cirurgia Neonatal, a Visceral que inclui a Pulmonar, Digestiva, Urológica e Oncológica e a de Urgência que inclui Trauma e Queimados.

13.2 A cirurgia das malformações ortopédicas, cardíacas, neurocirúrgicas e plásticas, pela complexidade dos meios que requerem, podem envolver especialistas nessas áreas, mas respeitando o princípio de que os cuidados à criança e adolescente devem ser prestados, sempre que possível, por especialistas do grupo etário pediátrico.

13.3 As orientações gerais para um Serviço de Cirurgia Pediátrica são coincidentes com as exigidas para um Serviço de Pediatria Médica (Pontos 3 e 4).

13.4 Quanto à unidade de Cirurgia Ambulatória, propõe-se um programa específico para os doentes cirúrgicos do grupo etário dos 0 aos 18 anos, em dia fixo, para todas as especialidades.

13.5 Cooperar com os Centros de Saúde da área de influência do Hospital promovendo uma formação mais específica dos médicos de Medicina Geral e Familiar para os problemas cirúrgicos pediátricos, permitindo orientar de modo correcto e atempado o envio dos doentes para a Unidade.

13.6 Consideram-se dois níveis de Serviço Hospitalar de Cirurgia Pediátrica: Serviço de Cirurgia Pediátrica Geral (SCPG) e Serviços de Cirurgia Pediátrica Especializado (SCPE).

42. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Pediátrica. Enviado para parecer do Colégio de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos, sem resposta

13.6.1 SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA GERAL (SCPG)

13.6.1.1 Um SCPG pode justificar-se em alguns Hospitais com Serviço de Pediatria Geral, pelo grande movimento assistencial e/ou pela situação geográfica.

13.6.1.2 Ao SCPG compete a prestação de cuidados diferenciados e continuados na área da cirurgia visceral pediátrica e eventualmente na área da cirurgia neonatal nos SPG com Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

13.6.1.3 Deve ficar assegurada a colaboração com especialistas de outras áreas médicas ou cirúrgicas que também prestem cuidados diferenciados neste grupo etário. O internamento deve ser sempre em ambiente pediátrico.

13.6.1.4 **LOTAÇÃO EM INTERNAMENTO PEDIÁTRICO:** mínimo 6 camas (a partilhar com outras especialidades cirúrgicas) e integradas nos SPG.

13.6.1.5 **RECURSOS HUMANOS:** Médicos – 3 cirurgiões pediatras; Anestesiista preferencialmente com experiência em anestesia pediátrica, para optimização dos resultados; Enfermeiros de acordo com o ponto 8.1.2.

13.6.1.6 **CONDIÇÕES MÍNIMAS:** Bloco Operatório dotado de equipamento adequado 24/24h. Dois períodos semanais planeados de acordo com plano de actividades a estabelecer.

13.6.1.7 **URGÊNCIA DE CIRURGIA PEDIÁTRICA:** a urgência cirúrgica em SPG com SCPG só poderá ser assegurada em regime de chamada ou de prevenção.

13.6.1.8 Nos SPG sem SCPG, poderá justificar-se um consultor de Cirurgia Pediátrica a desempenhar funções na área do ambulatório, incluindo actividade cirúrgica.

13.6.2 SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA ESPECIALIZADO (SCPE)

13.6.2.1 A um Serviço de Pediatria Especializado deve corresponder um Serviço de Cirurgia Pediátrica Especializado (SCPE) que integra o Departamento de Saúde da Criança ou o Departamento de Cirurgia Pediátrica quando a dimensão do Hospital justifique uma agregação de outras especialidades cirúrgicas (Ortopedia, ORL, Oftalmologia).

13.6.2.2 Um SCPE presta cuidados diferenciados e continuados nas áreas da Cirurgia Neonatal e Visceral, aos doentes que recorrem ao hospital no qual se integra, sendo referência para cuidados especializados em áreas de diferenciação específicas.

13.6.2.3 Privilegiar o tratamento em regime ambulatorio em cerca de 50% dos novos casos admitidos pelas Consultas Externas.

13.6.2.4 Cooperar com a Unidade de Diagnóstico Pré-natal com a Unidade de Neonatologia (integrando os especialistas das diversas áreas), de modo a abordar e orientar multidisciplinarmente os casos de patologia fetal malformativa.

13.6.2.5 Um SCPE dotado de todas as suas valências deverá realizar cerca de 2.000 a 2.500 intervenções de Cirurgia Pediátrica/ano, electivas e urgentes, e gerar cerca de 6.000 consultas externas/ano.

13.7 ÁREAS DE DIFERENCIAÇÃO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA

13.7.1 UROLOGIA PEDIÁTRICA

13.7.2 CIRURGIA PLÁSTICA

13.7.3 QUEIMADOS

13.7.1 UROLOGIA PEDIÁTRICA

13.7.2 CIRURGIA PLÁSTICA

13.7.2.1 **LOTAÇÃO EM INTERNAMENTO:** 4 a 6 camas partilhadas ou integradas no Serviço ou Departamento de Cirurgia.

13.7.2.2 **TÉCNICAS:** dispõe ou partilha de um espaço físico que permita técnicas/procedimentos específicos.

13.7.2.3 **RECURSOS HUMANOS:** 2 Cirurgiões com diferenciação na área; 1 Enfermeiro afecto à Unidade e às técnicas

13.7.2.4 **CONSULTAS** – mínimo 3.000/ano

13.7.3 QUEIMADOS

Os queimados pediátricos necessitam de um tratamento específico e multidisciplinar que deverá ser realizado preferencialmente em ambiente pediátrico.

13.7.3.1 **DUAS UNIDADES DE QUEIMADOS:** 1 no Norte e 1 em LVT

13.7.3.2 **ESPAÇO FÍSICO** – 8 a 10 camas em espaço físico próprio, de preferência em quartos individuais.

13.7.3.3 **SALA DE BLOCO OPERATÓRIO** com 1 marquesa para terapêutica em fase aguda, a funcionar 24 horas. Área de Balneoterapia que permita efectuar esta técnica sob Anestesia Geral.

13.7.3.4 **TÉCNICAS:** dispõe ou partilha um espaço físico que permita técnicas/procedimentos específicos nomeadamente a Reabilitação da criança queimada

13.7.3.5 **RECURSOS HUMANOS:** 2 Cirurgiões Pediatras com diferenciação nesta área, em articulação com os médicos da UCIP, MFR, Anestesia, Pedopsiquiatria e outras especialidades

ENFERMEIROS – o numero a afectar deverá ser de acordo com as características da Unidade

13.8 ONCOLOGIA CIRÚRGICA

Deve ficar assegurada a colaboração com especialistas de outras áreas médicas ou cirúrgicas que também prestem cuidados diferenciados neste grupo etário.

13.9 URGÊNCIA CIRÚRGICA EM SCPE

Deverá ser assegurada por Cirurgiões Pediátricos em regime de presença física, podendo estar em regime de chamada ou de prevenção os especialistas das diversas áreas de diferenciação dentro da Especialidade como Urologia ou Plástica.

Esta urgência deverá integrar em regime de presença física a valência de Ortopedia Infantil.

Para garantir a sua missão, em caso de se assumir como referência para Trauma Pediátrico deverá ser assegurado o acesso imediato a cuidados especializados das áreas de Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Vasculiar.

14. OUTRAS ESPECIALIDADES

14.1 UNIDADES DE PEDOPSIQUIATRIA⁴³

Os cuidados de Saúde Mental Infantil e Juvenil são o exemplo paradigmático da necessidade de atendimento em estrutura física apropriada ao grupo etário, e de observação e intervenção não só na criança e adolescente, mas também na família em que está integrada.

O aumento progressivo das patologias do foro mental e comportamental e o reduzido número de Pedopsiquiatras existentes em Portugal, torna obrigatória a articulação preferencial com os Serviços de Pediatria.

Será por isso essencial que todas as estruturas de Saúde Mental Infantil estejam integradas em termos físicos e funcionais nas Unidades de Saúde Pediátricas, sem prejuízo de manterem a sua autonomia.

14.2 OUTRAS ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

Em outras Especialidades, como a Cardiologia Pediátrica⁴⁴, Medicina Física e Reabilitação⁴⁵, Oncologia⁴⁶ e Genética⁴⁷, há Redes de Referência Hospitalar aprovadas pela Direcção-Geral de Saúde. Essas redes devem reger-se pelas normas de cuidados à Criança e Adolescente deste documento.

Nas Especialidades não pediátricas, deve haver sensibilização e formação específica dos profissionais que se dediquem à criança e adolescente e tal como definido anteriormente todo o atendimento dos 0 aos 18 anos deverá ser realizado em espaços destinados às crianças

15. TELEMEDICINA

A Telemedicina tem vindo a ser implementada em diferentes serviços de saúde, em que se incluem vários serviços de Pediatria, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Dermatologia, Genética Médica, Imagiologia, Centros de Saúde entre outros.

43. Organização dos Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência, Circular Normativa da DGS, Junho 2005

44. Rede de Referência de Intervenção Cardiológica da DGS 2004

45. Rede de Referência de Medicina Hospitalar Física e Reabilitação, DGS 2004

46. Rede de Referência Hospitalar de Oncologia da DGS 2006

47. Rede de Referência Hospitalar de Genética, DGS 2004

Pode ser usada como reforço de garantia dos direitos de cidadania no acesso aos cuidados de saúde, colocando o cidadão em geral e em particular a criança e a família no centro do sistema de saúde e ser um instrumento de aproximação entre cuidados de saúde em qualquer dos níveis de diferenciação.

Os Serviços de Pediatria deverão promover a incorporação da Telemedicina na sua actividade sempre que tal permita melhorar a oferta e a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a formação dos seus profissionais.

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Pediatrics. *The Future of Pediatric Education II: Organizing Pediatric Education to Meet the Needs of Infants, Children, Adolescents, and Young Adults in the 21st Century*. *Pediatr* 2000; 105: (suplement)
2. American Academy of Pediatrics. *Final Report of the FOPE II Pediatric Workforce Workgroup*. *Pediatr* 2000; 106: (suplement)
3. *Getting the right start: National Service Framework for Children*. Standard for Hospital Services, United Kingdom 2003
4. Katz M, Rubino A, Collier J. *Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training* *Pediatrics* 2002;109:788 –796
5. Lutz W, Scherbov S. *Europe and its immigrants in the 21st century*. Edition Migration Policy Institute, Lisbon 2006
6. Organização Perinatal Nacional. *Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Comissão Nacional Materna e Neonatal. <http://www.min-saude.pt>
7. *Rede de Referência Hospitalar Materna e Infantil*. Divisão da Saúde Materna Infantil e Adolescentes. Direcção Geral da Saúde, Novembro 2000.
8. *Relatório da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil*, 1989.
9. *Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil*, 1993
10. Virella D. *Cálculo de Vagas para o Internato de Pediatria em 2006-2015* *Acta Pediatr Port* 2005; 36:101-103
11. Zipes D. *What is a hospitalist*. *Pediatric Hospital Medicine*. Lippincot WW, 2003

B. HOSPITAL DE DIA PEDIÁTRICO

1. INTRODUÇÃO
 2. DEFINIÇÃO
 3. OBJECTIVOS
 4. RECURSOS, ORGANIZAÇÃO E GESTÃO
 5. FINANCIAMENTO
 6. PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS
-

1. INTRODUÇÃO

A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em Hospital de Dia.

Este é o primeiro dos dez princípios da Carta da Criança Hospitalizada, promovida pela EACH, aprovada em Leiden, em 1988, por várias associações europeias e seguida por todos os profissionais que prestam cuidados hospitalares à criança e adolescente.

A criação de um **Hospital de Dia Pediátrico (HDP)** facilita o cumprimento deste princípio pois possibilita a prestação de cuidados especializados sem internamento assim como altas precoces, factores importantes neste grupo etário e na família.

Citando ainda a Carta da Criança Hospitalizada, salienta-se o sexto princípio: *As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários ...*

É aceite actualmente, e mesmo exigido pelos critérios internacionais de qualidade que todos os internamentos em idade pediátrica devem ser efectuados preferencialmente em serviços de Pediatria, o que coloca problemas complexos por falta de vagas, protelando-se muitas vezes cirurgias programadas em ORL, Oftalmologia, Cirurgia Plástica, Ortopedia. A criação de HDP facilita também o cumprimento destes princípios, seja possibilitando o recobro cirúrgico seja através de uma maior rotatividade das camas no internamento.

Este texto teve por base o documento aprovado pela Direcção-Geral de Saúde (DGS), intitulado “ Hospital de Dia – Recomendações para o seu desenvolvimento”, com as modificações inerentes ao grupo etário dos 0 aos 18 anos.

A listagem de procedimentos em Anexo é o resultado da compilação das listas enviadas previamente por dez serviços de Pediatria com HDP (H.S. João, H. St.º António, H. Maria Pia, H. Pediátrico de Coimbra, H. Dona Estefânia, H. Garcia de Orta, H. Fernando Fonseca, H. St.º André, H. Espírito Santo, H. Faro)

2. DEFINIÇÃO

O **HDP** é uma estrutura organizacional integrada num Serviço de Pediatria, com espaço físico e meios técnicos próprios e recursos humanos qualificados que prestam cuidados de saúde de modo programado, a crianças e jovens dos 0 aos 18 anos, em ambulatório, como alternativa ao internamento, por um período inferior a 12 horas e sem estadia durante a noite.

3. OBJECTIVOS

O principal objectivo do HDP é oferecer um atendimento especializado e tecnicamente qualificado, em regime ambulatório, em alternativa ao internamento hospitalar, nomeadamente:

- 3.1 Permitir altas hospitalares precoces, dando seguimento imediato aos cuidados até à estabilização clínica ou à alta definitiva.
- 3.2 Adaptar a complexa assistência hospitalar às necessidades da criança e adolescente com doença crónica e/ou necessidades especiais.
- 3.3 Permitir administração de fármacos por via parentérica e vigilância de efeitos adversos.
- 3.4 Realizar explorações diagnósticas especiais e outros procedimentos como colheita de amostras microbiológicas, testes cutâneos, provas de provocação, punções lombares e ganglionares, biópsias e pensos complexos.
- 3.5 Manter as vias e meios necessários à administração terapêutica.

3.6 O **HDP** poderá ainda proceder à monitorização e vigilância clínica de curta duração de:

- ▶ procedimentos realizados de acordo com o conceito de cirurgia ambulatória, quando não exista unidade com recobro próprio.
- ▶ procedimentos em que há necessidade de apoio anestésico e vigilância posterior.

4. RECURSOS, ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

O **HDP** requer um espaço físico próprio, que pode ser localizado na área da consulta externa de Pediatria ou na sua proximidade.

Deve dispor das condições mínimas de espaço, funcionalidade e conforto necessários para poder prestar um adequado atendimento.

Os requisitos mínimos para a organização de um Hospital de Dia Pediátrico são desejavelmente os seguintes:

4.1 RECURSOS HUMANOS

O **HDP** deve ter recursos humanos próprios e permanentes, com qualificação e treino específico para o desempenho pretendido, essencialmente enfermeiro (preferencialmente especializado em saúde infantil), auxiliar e administrativo.

Deve haver um Coordenador ou Responsável médico (especialista em Pediatria) e deve ser assegurada uma escala para assistência a eventuais intercorrências que surjam durante a permanência do doente em Hospital de Dia.

Um médico poderá ser suficiente para um **HDP** que tenha capacidade para atender até 40 doentes/dia. Nos casos em que a estrutura seja mais pequena pode admitir-se o apoio médico por chamada, mas sempre mediante uma escala.

Poderá ser necessário o apoio de médicos de outras especialidades ou de outros técnicos nomeadamente dietista, assistente social, psicólogo, farmacêutico ou outros, em função das necessidades próprias de cada doente.

4.2 PROCEDIMENTOS

A característica fundamental dos procedimentos a realizar em **HDP** é a necessidade de vigilância médica ou de enfermagem.

Os procedimentos simples, que não requerem permanência do doente ou vigilância subsequente, devem ser realizados em consulta e não em Hospital de Dia.

As instalações e equipamentos devem ser os adequados aos procedimentos a realizar. O HDP deve, ainda, ser dotado de capacidade de monitorização mínima e de gases medicinais, ainda que não em todos os postos de tratamento, e de ter disponível um carro de emergência que permita manobras de reanimação.

4.3 ESTRUTURA

O HDP deve ter uma dimensão que permita o atendimento de, pelo menos, 20 doentes/dia, em local de fácil acesso, de preferência com acesso directo do exterior e que permita um circuito fácil e rápido com o Serviço com que se articula, para melhor optimização dos profissionais, equipamento e instalações.

As áreas do HDP que podem ser comuns ao serviço de pediatria desde que se situem na proximidade, devem ser as seguintes:

- ▶ Admissão/secretariado clínico;
- ▶ Sala de espera e sala de brincar;
- ▶ Sala de trabalho de enfermagem;
- ▶ Sala de tratamento e vigilância de doentes;
- ▶ Gabinete de enfermagem;
- ▶ Gabinete (s) polivalente (s);
- ▶ Copa, zona de arrumo de macas e cadeiras de rodas;
- ▶ Zona para matérias de higiene e consumo que permita a reposição diária de stocks assente numa boa articulação com o Aproveitamento e o Armazém;
- ▶ Zona de farmácia;
- ▶ Zona de sujos e sanitárias.

Toda a actividade deve ser programada e desenvolver-se ao longo do dia, pelo que não é necessário, nem desejável, um grande espaço para sala de espera.

4.4 ORGANIZAÇÃO

A criação do HDP depende da decisão do Conselho de Administração do Hospital, por proposta da Direcção do Departamento ou Serviço

de Pediatria, de acordo com as normas da constantes neste documento e o tipo de organização a adoptar depende das capacidades e experiência de cada unidade.

O **HDP** deve possuir um secretariado que proceda ao agendamento dos doentes, garanta o registo de todos os procedimentos executados e forneça todos os elementos necessários para a gestão.

O horário de funcionamento do Hospital de Dia será entre as **8H00** e as **20H00**, e se necessário e de acordo com as actividades programadas, sete dias por semana.

4.5 GESTÃO

A modalidade de gestão a adoptar deve ser semelhante à adoptada para áreas de prestação de serviços, como o bloco operatório.

O centro de custos/resultados do HDP movimentará toda a despesa realizada, incluindo os fármacos, as despesas inerentes aos profissionais, às instalações, aos materiais de consumo corrente e ao desgaste de todo o equipamento instalado.

5. FINANCIAMENTO

Os procedimentos realizados são heterogéneos pelo que foram agrupados por semelhança das situações clínicas tratadas e homogeneidade de custos para que o financiamento de cada sessão/episódio/tipo de procedimento de hospital de dia seja um valor médio, com baixo desvio padrão.

Esta listagem foi validada através da recolha de todos os procedimentos realizados em **HDP**, em dez serviços de Pediatria.

6. PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS

GRUPO A (ENVOLVE 1 A 3 TÉCNICOS; DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO \pm 15')

- ▶ Administração de injeção intramuscular, intravenosa ou subcutânea
- ▶ Aerosolterapia
- ▶ Aspiração de secreções
- ▶ Avaliação familiar e redes de apoio para encaminhamento e continuidade de cuidados no domicílio

- ▶ Avaliação e monitorização da dor
- ▶ Avaliação de pulso/temperatura; TA não invasiva; glicémia capilar; cetonúria, glicosúria
- ▶ Cinesiterapia
- ▶ Colheita de urina asséptica por saco/por sonda vesical
- ▶ Colheita para bacteriologia de secreções
- ▶ Colocação de sonda nasogástrica ou duodenal
- ▶ Ensino e treino dos pais sobre o regime terapêutico no domicílio
- ▶ Ensino e treino dos pais sobre utilização de equipamento no domicílio

GRUPO B (ENVOLVE 1 A 4 TÉCNICOS; DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO ATÉ 1 H; DE 1H A 8H; MAIS DE 8H)

- ▶ Administração de sangue ou derivados
- ▶ Execução de teste respiratório para estudo da má absorção
- ▶ Execução de penso ao local de inserção do cateter venoso central
- ▶ Execução de pensos complexos
- ▶ Execução de tratamento a ferida cirúrgica
- ▶ Execução de tratamento a úlcera de pressão (utilização de apósitos hidrocolóides)
- ▶ Execução de tratamento ao estoma
- ▶ Execução de tratamento do local de inserção de cateter venoso central/dreno torácico
- ▶ Heparinização de cateter venoso central
- ▶ Monitorização de saturação de oxigénio
- ▶ Oxigenoterapia
- ▶ Perfusões de fármacos em cateter periférico
- ▶ Perfusões de fármacos em cateter venoso central com reservatório
- ▶ Perfusão de fármacos em infusão prolongada com vigilância até 1h com bomba ou seringa infusora
- ▶ Perfusão de fármacos em infusão prolongada com vigilância até 8h com bomba ou seringa infusora
- ▶ Provas de provocação às proteínas de leite de vaca e outros alimentos
- ▶ Punção em cateter venoso central com reservatório para administração de terapêutica IV/colheitas séricas.

- ▶ Punção venosa periférica para administração de terapêutica IV/colheitas séricas
- ▶ Vacinação em situações específicas

GRUPO C (2 A 5 TÉCNICOS; DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO >15')

- ▶ Biópsias
- ▶ Recobro de crianças submetidas a biópsias, endoscopia ou cirurgia em regime ambulatorio
- ▶ Sedação/anestesia (sem factores de risco; com 1 factor; com 2 factores de risco)
- ▶ Substituição de reservatório do dreno torácico

GRUPO D (UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS ESPECIAIS COM CUSTOS ESPECÍFICOS)

- ▶ Imunoglobulina: IgG policlonal ou específica, anticorpos monoclonais (palivizumab)
- ▶ Interferão: gama interferão, interleucina
- ▶ Quimioterapia: conforme protocolos específicos
- ▶ Outros a identificar



4. ARTICULAÇÃO ENTRE CUIDADOS PRIMÁRIOS E HOSPITALARES

A. PEDIATRA CONSULTOR

B. UNIDADES COORDENADORAS FUNCIONAIS (UCFs)

A. PEDIATRA CONSULTOR

Os Cuidados de Saúde Primários, em Portugal, constituem-se como um pilar essencial do Serviço Nacional de Saúde sendo neste contexto que o médico de família exerce papel de primeira linha na prestação de cuidados médicos à população, incluindo as crianças e os adolescentes. As restantes especialidades clínicas, tradicionalmente colocadas em sede hospitalar, constituem uma segunda linha de intervenção à qual o doente acede após referência pelo médico de família, salvaguardadas as emergências com acesso hospitalar directo.

Este modelo integrado de cuidados – vigilância de saúde infantil pelo médico de família e tratamento da doença mais grave, complexa, ou a necessitar de intervenção tecnologicamente sofisticada no hospital, pelo pediatra – e a articulação através das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) foram dois dos factores que contribuiriam para a queda acentuada das taxas de mortalidade infantil.

O atendimento da criança e do adolescente pelo seu Médico de Família deve ser valorizado mas, tal como em todas as áreas do conhecimento e desempenho médico, o abordar das situações previamente referidas em ambiente hospitalar torna imperiosa a colaboração das unidades de cuidados hospitalares de pediatria com os cuidados primários no sentido de se potenciar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados desde o período perinatal até à adolescência.

Para a sustentabilidade dos resultados actuais e melhoria da prestação de cuidados de saúde infantil e juvenil, em Portugal, será fundamental prever-se:

1. O aumento do número de médicos de família e o necessário rejuvenescimento da sua composição, bem como a sua adequada distribuição, em função da demografia e das necessidades em saúde;
2. O aumento do número de pediatras e a sua adequada distribuição territorial, uma vez mais tomando por referência as necessidades em saúde;
3. O reforço da comunicação e cooperação entre os profissionais e serviços dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares, aumentando a proximidade e facilidade na obtenção de cuidados pelos doentes que deles necessitam.

A Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente e a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) pretendem que esta cooperação e comunicação sejam reforçadas:

1. Estimulando a actividade das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF)
2. Instituinto a figura de **Pediatras Consultores** em sede dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)
3. Aperfeiçoando a formação em Pediatria Geral no pré-graduado e a dos internos de Medicina Geral e Familiar mediante uma melhor rendibilização dos actuais 3 meses de formação que decorrem em sede hospitalar.

Os **Pediatras Consultores** deverão possuir o seguinte perfil de actuação:

1. Disponibilidade para aprofundar os seus níveis de conhecimento das envolventes e estratégias de intervenção comunitárias nas situações de doença pediátrica;
2. Constituírem-se como elementos de proximidade no desenvolvimento profissional contínuo dos Médicos de Família, através da disponibilização de consultadoria e primeira referência pediátrica e da participação na discussão e orientação de casos clínicos, como referência interna dos casos problema e, caso seja necessário, a observação em conjunto destas crianças;
3. Constituírem-se como *pivots* no relacionamento funcional e assistencial entre o ACES e o Serviço de Pediatria de referência e integrarem a respectiva UCF;
4. Cooperarem no desenvolvimento de programas de formação em serviço elaborados com base nas prioridades dos Médicos do Centro de Saúde.

Para a **operacionalização** da proposta, a CNSCA e a MCSP enviaram parecer a todos os Directores de Departamento e Serviços de Pediatria no sentido de promoverem a ligação com os ACES da sua área de influência, recomendando:

1. Os Pediatras Consultores serão pediatras hospitalares seniores colocados no Serviço de Pediatria do Hospital de referência do ACES;

2. Os serviços de pediatria deverão ser compensados pelo desenvolvimento desta actividade acrescida, no âmbito do processo geral de financiamento hospitalar;
3. A periodicidade da deslocação poderá ser semanal ou ajustada conforme as necessidades assistenciais do ACES e a disponibilidade do Serviço de Pediatria;
4. Esta actividade deverá ser objecto de protocolo formal entre o ACES e o Hospital de referência;
5. A sua actividade no ACES efectuar-se-á no âmbito da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP);
6. Esta colaboração deve ter início imediato após a constituição do ACES.

Esta colaboração será seguramente útil para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados prestados, estreitar a cooperação e potenciar o trabalho das duas especialidades e, sobretudo, a prestação de cuidados a crianças e adolescentes numa aposta de proximidade às comunidades.

B. UNIDADES COORDENADORAS FUNCIONAIS (UCFs)

Trabalho desenvolvido pelas CNSMN e CNSCA com as UCFs

1. ORIENTAÇÕES ENVIADAS ÀS REGIÕES DE SAÚDE, SUBREGIÕES E UCFs EM DEZEMBRO DE 2004
 2. REUNIÃO NACIONAL DAS UCFs EM JUNHO 2005
 3. ORIENTAÇÕES PARA 2006
 - 3.1 NOMEAÇÕES
 - 3.2 FUNCIONAMENTO
 - 3.3 OBJECTIVOS PARA 2006
 - 3.4 COM UMA PERIODICIDADE MÍNIMA DE UMA VEZ POR ANO, A CNSCA PROMOVERÁ UMA REUNIÃO NACIONAL E REUNIÕES REGIONAIS PARA DISCUSSÃO DAS ACTIVIDADES DAS UCFs.
-

1. ORIENTAÇÕES ENVIADAS ÀS REGIÕES DE SAÚDE, SUB-REGIÕES E UCFs EM DEZEMBRO DE 2004

As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), criadas em 1991 e reestruturadas em 1998 pelo Despacho 12917/98, têm tido um papel relevante na articulação entre os cuidados primários e hospitalares na área materno-infantil.

As Comissões Nacionais de Saúde Materna-Neonatal e da Criança e Adolescente têm como funções, *...estudar o tipo de ligação entre as diferentes unidades hospitalares e os centros de saúde, independentemente da sua natureza jurídica e modelos de gestão, propondo alterações quanto ao planeamento e organização de serviços...* (Despacho 24 257/03).

É parecer das comissões que se mantenha em vigor o Despacho 12917/98, sugerindo-se algumas orientações complementares, de modo a tornar as UCFs mais eficazes e funcionantes.

Este documento baseia-se no Despacho e na experiência das UCFs, após o encontro nacional de 30 de Junho, promovido pelas Comissões.

Foi, ainda, acordado com a Divisão Materno-Infantil da DGS:

- a) As duas vertentes das UCFs, Saúde da Mulher, Materna e Neonatal e Saúde Infantil e do Adolescente poderão funcionar como uma única UCF nos hospitais de Apoio Perinatal, sendo reduzido o número total de elementos.
- b) As UCFs devem reunir mensalmente e as reuniões poderão ser alargadas regularmente ou no mínimo duas vezes por ano a dois elementos (médico e enfermeiro) de cada um dos Centros de Saúde e/ou extensões da Unidade de Saúde referida.
- c) Cada UCF reporta ao Coordenador de Saúde Infantil e Saúde Materna da Subregião e/ou à Comissão Regional de Saúde Materna e Infantil (nas regiões em que estejam nomeadas), de forma a haver maior facilidade de diálogo e de resolução dos problemas locais.
- d) A CNSCA propõe, para a vertente de Saúde Infantil e do Adolescente, os seguintes objectivos para 2005:
 1. Estabelecer metas concretas adequadas às especificidades locais
 2. Promover a recolha de dados epidemiológicos e estatísticos
 - ▶ Análise das mortes infantis até aos cinco anos de idade
 - ▶ Registo dos acidentes
 3. Fomentar a utilização e preenchimento sistemático do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
 - ▶ No hospital (consultas, internamentos e urgências)
 - ▶ No Centro de Saúde (consultas e urgências)
 4. Apoiar acções de formação continua na área da saúde com formadores e formandos dos dois níveis de cuidados
 5. Nomear um pediatra consultor para cada Centro de saúde (conforme documento anexo)

2. REUNIÃO NACIONAL DAS UCFs EM JUNHO 2005

As Comissões Nacionais de Saúde Materna-Neonatal e da Criança e Adolescente, consideraram importante reunir as 48 UCFs nacionais e discutir de forma alargada as dificuldades, as acções desenvolvidas e a desenvolver nos próximos anos, o que aconteceu em Lisboa, no dia 30 de Junho, no Anfiteatro da Infarmed.

Estiveram presentes 34 UCFs das 5 Regiões de Saúde, representadas por mais de duas dezenas de profissionais entre médicos de família, obstetras, pediatras, enfermeiros de saúde materna e infantil e assistentes sociais. O trabalho de cada uma foi apresentado em comunicação oral ou poster.

Também presentes as coordenadoras da Saúde Materno-Infantil da DGS, coordenadores das subregiões e representantes das ARSs. O Ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, esteve nas conclusões e encerramento dos trabalhos.

Foram consideradas áreas prioritárias a gravidez na adolescência, os estilos de vida das grávidas, os adolescentes, as crianças com necessidades especiais. Algumas UCFs têm programas a decorrer como monitorização de acidentes (Viseu), alcoolismo na gravidez (V. Castelo), Unidades de Saúde Móveis (Almada).

As Comissões apresentaram propostas quanto ao funcionamento das UCFs e propuseram outros níveis de articulação (interhospitalares) de modo a que se possa desenvolver uma verdadeira rede de referênciação materno-infantil.

3. ORIENTAÇÕES PARA 2006

As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCFs), criadas em 1991 e reestruturadas em 1998 pelo Despacho 12917/98, têm tido um papel relevante na articulação entre os cuidados primários e hospitalares, na área materno-infantil.

Tal tem sido a sua importância e funcionalidade que é opinião da CNSCA e do Coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários que as UCFs se mantenham no contexto das novas Unidades de Saúde Familiares e Agrupamentos e Centros de Saúde.

Em 2005, foram nomeadas as UCFs de todas as Unidades de Saúde das ARSs do Norte, Alentejo e Algarve e Subregião de Setúbal da ARS de LVT. Por motivos vários não estão ainda em funcionamento algumas UCFs da ARS do Centro, nem das Subregiões de Santarém e Lisboa.

Tal como no ano anterior propõe-se que se mantenha em vigor o Despacho 12917/98, sugerindo-se algumas orientações que facilitem a sua acção.

3.1 NOMEAÇÕES

3.1.1 Até 28 de Fevereiro de 2006 devem estar nomeadas todas as UCFs nacionais ainda por nomear.

3.1.2 Os elementos constituintes das UCFs podem ser nomeados de novo ou manterem-se os anteriores nos casos em que houve eficácia comprovada e acções concretizadas.

3.1.3 As nomeações são da competência dos Presidentes das ARSs, ouvidas as Direcções dos Serviços de Pediatria e Obstetricia, Direcções de Enfermagem dos mesmos e Directores dos Centros de Saúde das Unidades de Saúde em questão.

3.1.4 As duas vertentes das UCFs, Materna e Neonatal e Saúde Infantil e do Adolescente poderão funcionar como uma única UCF nos hospitais de Apoio Perinatal e de Pediatria Geral, sendo reduzido o número total de elementos.

3.2 FUNCIONAMENTO

3.2.1 As UCFs devem reunir mensalmente e as reuniões poderão ser alargadas regularmente ou no mínimo duas vezes por ano a dois elementos, médico e enfermeiro, de cada um dos Centros de Saúde e/ou extensões da Unidade de Saúde referida.

3.2.2 Cada UCF reporta ao Coordenador de Saúde Infantil e Saúde Materna da Subregião e/ou à Comissão Regional de Saúde Materna e Infantil (nas regiões em que estejam nomeadas), de 6 em 6 meses, de forma a haver maior facilidade de diálogo e de resolução dos problemas locais.

3.3 OBJECTIVOS PARA 2006

3.3.1 Estabelecimento de metas concretas adequadas às especificidades locais.

3.3.2 Alargamento da idade pediátrica em todos os serviços de Pediatria, até aos 15 anos de idade.

3.3.3 Análise das mortes infantis até aos cinco anos de idade.

3.3.4 Monitorização de:

- ▶ Criança e jovem com doença crónica
- ▶ Capacidade instalada para apoio a deficientes e intervenção precoce
- ▶ Obesidade nas escolas; regras alimentares utilizadas nos bares e cantinas das escolas
- ▶ Acidentes nas escolas: (pré-escolar, 1º, 2º e 3º ciclo) que impliquem tratamento médico

3.3.5 Fomentar a utilização e preenchimento sistemático do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

- ▶ No hospital (consultas, internamentos e urgências)
- ▶ No Centro de Saúde (consultas e urgências)

3.3.6 Desenvolver protocolos de actuação e encaminhamento das crianças com suspeita de maus tratos

3.3.7 Apoiar acções de formação continua na área da saúde com formadores e formandos dos dois níveis de cuidados

3.3.8 Nomear um pediatra consultor para cada Centro de Saúde

3.4 Com uma periodicidade mínima de uma vez por ano, a CNSCA promoverá uma reunião nacional e reuniões regionais para discussão das actividades das UCFs.

Lisboa, 16 de Janeiro de 2006



5. RECURSOS HUMANOS

A. O ENFERMEIRO E OS CUIDADOS DE SAÚDE
À CRIANÇA E ADOLESCENTE

B. PROJECTO DE DIPLOMA DO INTERNATO MÉDICO

C. ESPECIALISTAS EM PEDIATRIA MÉDICA

D. CÁLCULO DE VAGAS PARA O INTERNATO DE
PEDIATRIA 2006–2015

A. O ENFERMEIRO E OS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E ADOLESCENTE

1. INTRODUÇÃO
 2. ENFERMEIROS ESPECIALISTAS – SITUAÇÃO EM PORTUGAL
 3. PRINCÍPIOS GERAIS NA DETERMINAÇÃO DA DOTAÇÃO
 - 3.1 PRINCÍPIOS RELACIONADOS COM OS CUIDADOS AO DOENTE
 - 3.2 PRINCÍPIOS RELACIONADOS COM OS PROFISSIONAIS:
 - 3.3 PRINCÍPIOS RELACIONADOS COM A ORGANIZAÇÃO:
 4. RÁCIOS PROPOSTOS
 5. FORMAÇÃO
-

1. INTRODUÇÃO

O internamento das crianças com situações agudas e urgentes, deve ser o mais curto possível e com continuidade de cuidados em Hospital de Dia ou no domicílio.

Por outro lado, o aumento da esperança de vida das crianças com doença crónica exige da comunidade uma resposta mais eficaz na assistência a estas crianças e na preparação e acompanhamento dos pais, para que possam cuidar da criança em casa, promovendo a integração dos filhos na comunidade, e reduzindo a frequência e tempo de internamento.

Na comunidade, as equipas de saúde devem responder às necessidades de promoção de saúde e prevenção da doença das crianças e adolescentes, mas há necessidade de um enfermeiro especialista para situações de maior complexidade: doença crónica, situações clínicas complexas, intervenção em grupos de risco.

Uma maior exigência na qualidade e na acessibilidade aos cuidados requer a garantia de um processo de cuidados continuados e centrados na unidade familiar, que vise a promoção e que envolva tomadas de decisão assentes numa parceria entre criança/jovem, pais e enfermeiro.

Esta nova concepção de cuidar pediátrico – Cuidados Centrados na Família, requer de facto profissionais que orientem equipas e que reconheçam os pais como primeiros prestadores de cuidados parentais, capacitados para a resposta às alterações resultantes do desenvolvimento ou da doença do filho.

Esta filosofia de cuidados pressupõe que as necessidades e objectivos dos pais e crianças sejam centrais ao processo de CUIDAR. Decorre da crença, de que todas as pessoas têm a capacidade e a possibilidade de se tornarem mais competentes e que a família, presença constante na vida da criança, deve estar capacitada para tomar decisões.

Surgem por vezes afirmações de que a presença dos pais durante o internamento facilita o trabalho às equipas, podendo ser reduzido o número de enfermeiros. O desempenho do enfermeiro em pediatria centra-se na ajuda da família em crise, capacitando-a para lidar e/ou se ajustar à doença do filho, proporcionando o desenvolvimento das competências parentais. Os pais não substituem os técnicos, eles próprios necessitam de ser alvo dos cuidados de enfermagem; como principais peritos nos cuidados parentais, durante uma situação de doença ou internamento, sentem limitações das suas capacidades, perdendo muitas vezes o controlo da sua vida familiar e parental.

Compete pois aos técnicos de saúde, respeitar a diversidade socio-económica, cultural, espiritual, linguística, etc., constituírem-se como parceiros dos cuidados, reconhecendo e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades e restituírem-lhe o poder de decisão e de intervenção.

2. ENFERMEIROS ESPECIALISTAS. SITUAÇÃO EM PORTUGAL

Estão inscritos na Ordem dos Enfermeiros 1059 enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (SIP)⁴⁸, dos quais 195 (18,41%) pertencem aos quadros dos Centros de Saúde e 693 a instituições hospitalares (65,44%). Trinta e quatro estão em instituições privadas, 2 em exercício liberal, 113 em estabelecimentos de ensino de enfermagem (10,67%), 17 são aposentados e 5 com situação não declarada.

Do total de enfermeiros especialistas em SIP apenas 571 (54%) estão na prestação de cuidados e 346 na área da gestão (33%). Mais de 66% (771) têm mais de 45 anos de idade.

48. Ordem dos Enfermeiros, Abril de 2007

Segundo um estudo de 2001⁴⁹, haveria 1 Enfermeiro Especialista em SIP para 2.438 crianças e adolescentes mas com grande assimetria por Região, sendo o Alentejo (1/3458) e Algarve (1/4083) as mais carenciadas, com valores muito abaixo do rácio nacional. Esta assimetria também se verifica a nível distrital. O rácio mais baixo (1/5737) em Braga e o mais alto (1/755) em Coimbra. O distrito de Braga tem 2,5 vezes a população do distrito de Coimbra, mas dispõe apenas de um terço do número de enfermeiros especialistas daquele distrito.

A situação agravou-se actualmente e, considerando a população dos 0 aos 18 anos (1.880.356 – INE 2005) e o número de enfermeiros especialistas em Enfermagem de SIP na prestação directa de cuidados (apenas 571), o rácio é de 1 para 3.293 crianças e adolescentes.

Nos 347 Centros de Saúde existentes apenas exercem funções 195 enfermeiros especialistas (na área da gestão ou da prestação de cuidados) pelo que se considerarmos a necessidade de pelo menos 1 enfermeiro Especialista por centro de saúde (como apontava o relatório da última comissão), só para os cuidados de saúde primários faltam pelo menos 152 enfermeiros especialistas.

No que se refere ao número de enfermeiros especialistas pertencentes aos quadros das instituições hospitalares, há 693 enfermeiros (incluindo chefes e supervisores) para cerca de 68 instituições com serviços de pediatria, o que representa 10 enfermeiros especialistas por cada instituição (muitas delas com grande número de unidades).

Considerando que os enfermeiros da área da prestação de cuidados (571) representam cerca de 54% do total de enfermeiros e os da área da gestão (346) cerca de 33%, há apenas cerca de 8 enfermeiros especialistas na prestação de cuidados por instituição.

Defendendo a existência de 1 enfermeiro especialista por equipa de turno e por unidade, a realidade está muito aquém das necessidades (atendendo que muitos dos hospitais são diferenciados e têm mais de uma unidade pediátrica).

3. PRINCÍPIOS GERAIS NA DETERMINAÇÃO DA DOTAÇÃO

Para dar resposta à complexidade do cuidar pediátrico, exige-se uma prática de cuidados de enfermagem competente e fundamentada, numa perspectiva científica, ética e experiencial; requerem-se dotações adequa-

49. Revista da Ordem dos Enfermeiros, Junho de 2001, 46-49

das, enfermeiros experientes na área específica (pediátrica) e pelo menos um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica por turno que oriente as equipas.

A dotação adequada de enfermeiros é um dos factores fundamentais para que se prestem cuidados de qualidade e factor de diminuição da morbilidade e mortalidade.

A determinação da dotação deve procurar alcançar índices de qualidade para o doente, atingir os objectivos da organização e assegurar a qualidade de vida no trabalho aos profissionais. Está provado o grande impacto que esta tem na qualidade dos cuidados prestados.

Actualmente questiona-se a determinação do número de enfermeiros recorrendo só ao conceito de horas de cuidados por doente e por dia. A determinação dos rácios é mais apropriada e significativa quando prevê a intensidade de trabalho de enfermagem (por doente e para o total de doentes da unidade) e ainda toma em atenção aspectos contextuais (como a arquitectura e dispersão geografia dos utentes e a tecnologia disponível) e as competências e responsabilidades dos enfermeiros (o nível de preparação e experiência e outras funções que tenha de desenvolver).

Considerando as dificuldades actuais a CNSCA adaptou à população portuguesa os princípios gerais e os rácios mínimos, encontrados em normas internacionais, a que devem obedecer a determinação das dotações de enfermeiros nas unidades de cuidados pediátricos.

3.1 PRINCÍPIOS RELACIONADOS COM OS CUIDADOS AO DOENTE

- ▶ Considerar o número de doentes e a intensidade de cuidados, as necessidades individuais (aspectos físicos e psicossociais) e as agregadas.
- ▶ Não utilizar exclusivamente o conceito de número de horas de cuidados por doente e por dia. Considerar o contexto em que os cuidados são prestados como a arquitectura dos espaços, a dispersão geográfica e a tecnologia disponível.
- ▶ Considerar que, para prestar cuidados de qualidade, os enfermeiros devem ser envolvidos em actividades de elaboração de normas e protocolos e na avaliação da qualidade, devendo ser considerado tempo para estas actividades.

3.2 PRINCÍPIOS RELACIONADOS COM OS PROFISSIONAIS:

- ▶ As necessidades específicas de cada população determinam a competência clínica necessária à prática de enfermagem. A responsabilidade e competência de cada profissional devem estar bem definidas, documentadas e articuladas.
- ▶ Considerar na dotação as características da equipa como formação/certificação, experiência profissional relativamente à população e patologia, o envolvimento em investigação e iniciativas da qualidade, actividades interdisciplinares relacionadas com as necessidades do doente e o apoio de outros elementos da equipa (auxiliares, secretariado, entre outros).
- ▶ Os enfermeiros devem ter apoio da gestão e intervenção operacional e estratégica.
- ▶ Os enfermeiros com menos experiência devem ter assegurado o apoio clínico e supervisão por peritos/especialistas.

3.3 PRINCÍPIOS RELACIONADOS COM A ORGANIZAÇÃO:

- ▶ As políticas institucionais devem reflectir um clima organizacional que valorize o enfermeiro como um bem estratégico.
- ▶ As vagas devem ser preenchidas de imediato e devem estar previstos processos que facilitem a mudança na organização (integrações).
- ▶ A competência do enfermeiro deve estar documentada e deve ser assegurada a formação e informação a todos.
- ▶ As políticas da organização devem reconhecer as necessidades do doente e do enfermeiro e providenciar serviços de apoio efectivos como os de hotelaria ou de transporte de doentes, de modo a reduzir o tempo dispendido. No tempo do enfermeiro, devem ainda ser contemplados a coordenação e a continuidade dos cuidados.

4. RÁCIOS PROPOSTOS

Atendendo a tudo o que foi dito anteriormente, a dotação deve ser calculada (de acordo com o documento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2006, tendo por base as horas de cuidados necessários) segundo a especificidade das unidades.

Com base na literatura, a Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescente propõe os seguintes rácios mínimos:

Cuidados hospitalares

- ▶ **Enfermaria** – 1 Enf./ 6 crianças
- ▶ **C. Intensivos** - 1 Enf./ 2 crianças
- ▶ **C. Intermédios** - 1 Enf./ 4 crianças
- ▶ **U. I. de Curta Duração** - 1 Enf./ 4 crianças
- ▶ **Urgência Pediátrica** – mínimo 3 elementos/turno

Em cada um dos serviços do hospital, em cada equipa de turno, deve fazer parte 1 Enf. especialista em S. Infantil para assegurar:

- ▶ Cuidados em situações complexas
- ▶ Orientação da equipa (de generalistas) na prestação de cuidados à criança e família
- ▶ **Hospital de dia** – Pelo menos um enfermeiro afecto a este sector (dependente do n.º de atendimentos e preferencialmente especialistas de saúde infantil)
- ▶ **Consulta externa** – Dependente do n.º de horas de cuidados por criança/família atendida do tipo de patologia de base. Nas áreas de maior complexidade como o desenvolvimento, doenças crónicas etc., devem fazer parte da equipa, enfermeiros especialistas.

Cuidados de Saúde Primários

Pelo menos 1 Enf. Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica por cada Unidade de Cuidados na Comunidade para assegurar cuidados a:

- ▶ Crianças com problemas crónicos
- ▶ Crianças de risco (situações familiares e psicossociais complexas)
- ▶ Para outras situações consideradas necessárias
- ▶ Assessoria aos restantes enfermeiros generalistas

5. FORMAÇÃO

O conhecimento e experiência concreta em pediatria, na licenciatura em enfermagem, tem a duração de cerca de um semestre, em contexto hos-

pitalar e de centro de saúde, não atendendo situações complexas. Se os enfermeiros generalistas não tiverem outra experiência ou formação, não estão preparados para atender aquelas situações.

Em 1999 foi publicado o decreto-lei que cria as post-licenciaturas de especialidade em enfermagem.

Foram criadas, entre os anos lectivos de 2004/2005 e 2007/2008, um total de 473 vagas para o curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

RECOMENDAÇÕES:

- ▶ Formação integrando o modelo de desenvolvimento profissional que vise a certificação de competências do enfermeiro e enfermeiro especialista (internato tutorado)
- ▶ Aprofundamento da área de interesse no 4º ano da licenciatura
- ▶ No período de integração nos serviços de pediatria deve haver uma formação curta em pediatria de forma a aprofundar os conhecimentos na área com prática clínica orientada e supervisionada.
- ▶ Continuação dos cursos de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica com aprofundamento de áreas de maior complexidade (doença crónica, neonatologia, cuidados intensivos pediátricos, saúde infantil, adolescência, urgência – triagem, entre outras).

Maria José Araújo

BIBLIOGRAFIA

1. Society of Pediatric nurses – *The Society of Paediatric Nurses Positions Statement Safe Staffing of Paediatric Patients*; acedido em: 30/01/2008; disponível em <http://www.pedsnurses.org>
2. *Kaiser Endorses UNAC/UHCP staffing Ratios*; acedido em 20/06/2005, disponível em <http://www.afscme.org>
3. *Principles for Nurse Staffing*, in NursingWorld Reading Room; acedido em 12/07/2004, disponível em <http://www.needlestick.org>
4. *Hashing out California's staffing ratios*, in NursingWorld, acedido em 1/06/2004, disponível em <http://nursingworld.org>
5. *Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades*, acedido em 23/01/08, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>

B. PROJECTO DE DIPLOMA DO INTERNATO MÉDICO

A CNSCA analisou o projecto de Diploma do internato Médico que “... redefine o regime jurídico de formação após a licenciatura em Medicina ...”.

O capítulo I, Artigo 4º, refere-se ao Ano Comum de 12 meses e ao Tronco Comum, formação subsequente que integra uma fase inicial comum a mais do que uma área de especialização.

Tanto no Ano como no Tronco Comum são considerados os seguintes ramos de diferenciação: a) Cirurgia, b) Medicina, c) Medicina Comunitária, d) Técnicas.

Entende-se, assim, que a Medicina da Criança e Adolescente (MCA) não está incluída na formação básica, nem no tronco comum.

Há 49 especialidades reconhecidas pela Ordem dos Médicos e todas prestam cuidados às crianças e adolescentes na sua área pelo que a MCA deve ser incluída no Ano Comum.

Também quanto ao Tronco comum, deve incluir a MCA que integrará especialidades como Pediatria, Cardiologia Pediátrica, Pedopsiquiatria e Genética.

Assim, a proposta da CNSCA é a seguinte:

1. Incluir no Ano Comum, oito semanas de formação em Medicina da Criança e Adolescente
2. Integrar a Medicina da Criança e Adolescente nos ramos de diferenciação, permitindo uma formação básica às especialidades acima referidas

De salientar que a Pediatria é a Medicina Interna dos 0 aos 18 anos.

Abril 2004

C. ESPECIALISTAS EM PEDIATRIA MÉDICA

O número de Pediatras considerados necessários, é muito variável, quer na Europa, quer no resto do mundo, dependendo da forma como estão estruturados os Sistemas de Saúde.

Na Europa existem essencialmente três sistemas (referido entre parênteses o número aproximado de pediatras por 100.000 habitantes): cuidados de saúde infantil prestados quase na totalidade por pediatras, Espanha (33) e Grécia (26); sistema misto, Áustria e França (11), Bélgica e Portugal (13), Suécia (14), Alemanha (18); e o sistema em que os cuidados de saúde infantil são praticamente assegurados pelos médicos de família, Dinamarca e Holanda (6) e o Reino Unido (10).

Em Espanha, mais de 95% das crianças são acompanhadas por um pediatra no centro de saúde. Até aos 7 anos, exclusivamente pelo pediatra e, entre os 7 e os 14 anos, ou 16, conforme a região, de acordo com a opção da família, pelo pediatra ou pelo médico de família.

Os cuidados na situação de doença aguda são prestados na maioria dos casos no centro de saúde em horário pós laboral. Nos casos em que os centros de saúde encerram às 17H, os pediatras completam o seu horário no hospital e as crianças são aí observadas.

Trabalham nos hospitais 3.403 pediatras e nos centros de saúde 8.763, 72% do total, estimando-se que faltem 720 pediatras para estabelecer a relação pediatra/número de crianças considerada como ideal de 1:1000.

Em Espanha, a mortalidade infantil foi, em 2004, de 3.9/1000NV.

Na Holanda, a estratégia é a oposta. As crianças são seguidas pelo seu médico de família, com um grande investimento na prevenção da doença e na promoção da saúde e no tratamento das situações de doença aguda. A relação pediatra/número de crianças com menos de 18 anos é de 1:3333.

Os médicos de família, para além de terem no internato um período mínimo de formação em saúde infantil de nove meses, têm o apoio multidisciplinar de vários profissionais, em que se incluem psicólogos, terapeutas da fala, fisioterapeutas e nutricionistas. O acesso a estes apoios é no entanto limitado por um tecto financeiro pré estabelecido.

Na Holanda, a mortalidade infantil foi em 2004 de 4.4/1000NV e a taxa de cobertura vacinal superior a 95%.

Em Portugal, a tendência é a aproximação ao sistema de saúde holandês. Os pediatras existentes nos centros de saúde têm vindo a diminuir progressivamente, não ultrapassando actualmente as quatro dezenas

e mais de dois milhões de consultas de saúde infantil são asseguradas pelos médicos de medicina geral e familiar. No entanto, há que referir que metade dos pediatras trabalham exclusivamente fora dos hospitais, assegurando muitas das consultas de saúde infantil do país e muitos dos pediatras hospitalares, que acumulam com a actividade privada, também o fazem.

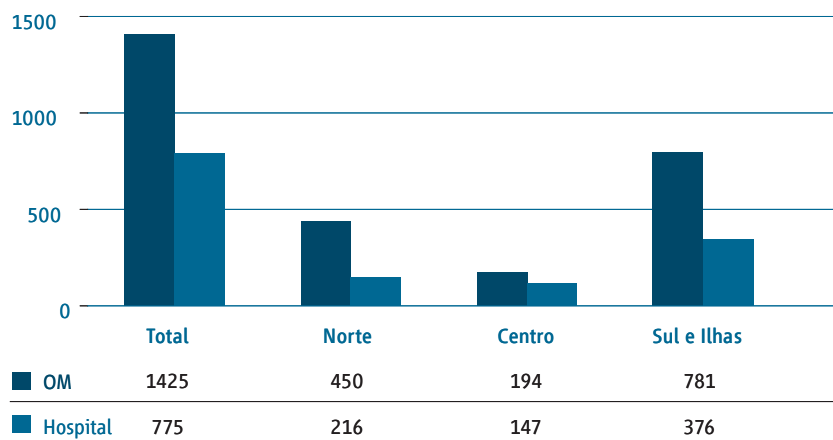
A mortalidade infantil foi em 2007 de 3,4/1000NV, mais baixa do que a da Espanha e da Holanda, uma das mais baixas da Europa, e a taxa de cobertura vacinal superior a 95%.

O número de pediatras em Portugal inscritos na Ordem dos Médicos (OM) era, em 31 de Dezembro de 2007, de 1.486. Os dados apresentados referem-se aos resultados coligidos em 2005, baseados num questionário enviado a todos os Serviços de Pediatria e ao número de pediatras inscritos até Setembro do mesmo ano na OM. Como as diferenças não são relevantes, naquela data estavam registados 1.425 Pediatras, consideram-se aqueles dados como actuais e orientadores.

Cerca de metade dos Pediatras residiam na área de influência da Secção Regional do Sul e 45,6% não exerciam a sua actividade a nível hospitalar. (CRMZC – Comissão Regional de Saúde da Mulher e da Criança da Zona Centro; CNCA – Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente; MJD – Maternidade Júlio Diniz; MAC – Maternidade Alfredo da Costa; IPO – Instituto Português de Oncologia).

RECURSOS EM PEDIATRIAS

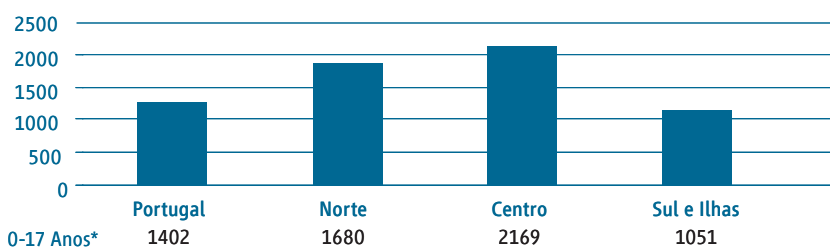
Ordem dos Médicos* e Hospitais**



Actividade extra-hospitalar: 45,6%

A relação pediatra/número de crianças com menos de 18 anos de idade era de 1:1402, o que significa que a seu cargo tinham menos de metade das crianças dos pediatras holandeses, se bem que com uma distribuição por região muito heterogénea. No Sul e Ilhas, o valor era de 1:1051, próximo do almejado em Espanha como ideal de 1:1000 e distorcido pelo menor número de pediatras existentes nas Ilhas, em particular nos Açores, e na Região Centro de 1:2169.

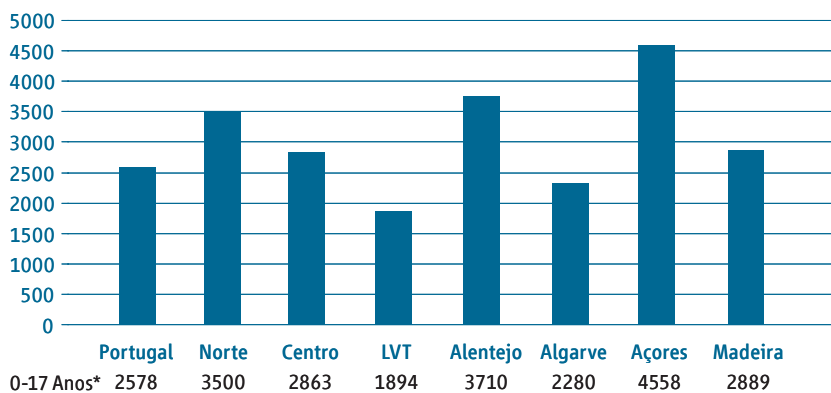
CRIANÇAS POR PEDIATRA** - Distribuição por Zona



Ilhas* Set. 05; ** CRMZC 03 e CNCA 04 (S/ MJD, MAC, IPO)

A relação pediatra hospitalar por número de crianças, também com menos de 18 anos de idade, era de 1:2578. A distribuição por cada Administração Regional de Saúde e pelas Regiões Autónomas, de grande heterogeneidade, varia entre 1:1894 em Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e 1:4558 nos Açores.

CRIANÇAS POR PEDIATRA HOSPITALAR** - Distribuição por Região



INE 2004; ** CRMZC 03 e CNCA 04 (S/ MJD, MAC, IPO)

Não existem sistemas perfeitos, nem provavelmente alguém saberá qual o melhor sistema de cuidados de saúde às crianças. Com sistemas muito diversos, são obtidos resultados semelhantes.

O Sistema de Saúde que existe em Portugal tem permitido obter resultados, na área da saúde infantil, muito melhores do que os obtidos noutras áreas.

Esses resultados têm servido de exemplo no Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas necessitam de ser consolidados e estudados os factores que permitem a sua sustentabilidade.

A Pediatria, como a especialidade de prestação de cuidados de saúde diferenciados às crianças menores de 18 anos, deve ter o número de pediatras necessários para assegurar os cuidados hospitalares. A abertura de novos hospitais públicos ou privados, não poderá deixar de estar condicionada na área da pediatria à planificação dos recursos necessários.

Aumentar o grau de exigência de qualidade para o funcionamento dos actuais e novos serviços de pediatria, é essencial como factor motivador para os profissionais e necessário para avaliar novas formas de gestão.

Na Medicina Geral e Familiar há também que dignificar a carreira e melhorar os espaços físicos de trabalho, sem esquecer de adequar os espaços à prestação de cuidados às crianças. Os médicos de família encontram-se numa situação privilegiada para prestar esses cuidados de saúde, integrados nos cuidados a uma família que bem conhecem, com todas as vantagens que daí advêm. Mas, como na Holanda, as condições de formação e apoio para desenvolver as suas actividades têm de mudar radicalmente.

A criação da figura do pediatra consultor pode ser um valor acrescentado para esse apoio e para ajudar a melhorar a articulação entre cuidados de saúde primários e secundários e, melhor ainda, para esbater as suas diferenças. As Unidades de Saúde Familiar podem também ser uma mais-valia, mas há que adequar o seu horário de funcionamento às necessidades dos pais e estarem abertos em horário pós laboral.

CARTA HOSPITALAR PEDIÁTRICA

Estimativas

		Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira	Total
SPG	Actu	19	18	13	4	2	3	1	60
	Nec*	13 -19	7 - 11	8 - 13	2 - 3	1 - 2	1	1	33-50
SPE	Actu**	4	1	3	0	0	0	0	8
	Nec	2 - 3 1		1 - 2	0	1?	1?	1?	5?
Ped, Ger, Hos	Actu	216	147	268	34	32	13	19	729
	Nec**	302	168	203	50	29	24	22	799

*Para 40-60.000 crianças; **Sem maternidades e IPO; *** 1 pediatra: 2500 crianças

HOSPITAIS COM PEDIATRAS**

Distribuição por Região

Região	Hospitais Total/Pedi ≤7	Crianças 0-17 A*	Crianças / Hospital
Norte	19/6	755.972	39788
Centro	18/10	420.851	23381
LVT	13/2	507.532	39041
Alentejo	4/2	126.150	31538
Algarve	2/0	72.969	36485
Açores	3/2	59.252	19751
Madeira	1/0	54.894	54894
Total	60/22	1.997.620	33294

* INE 2004; ** não inclui maternidades e IPO

J.Bilhota Xavier

D. CÁLCULO DE VAGAS PARA O INTERNATO DE PEDIATRIA EM 2006-2015⁵⁰

CONTEXTO

A Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescente solicitou, em Outubro de 2004, o cálculo da estimativa de vagas a abrir para o Internato de Pediatria, nos anos de 2006 a 2015, com base nas seguintes informações e premissas:

- ▶ partir do número de pediatras registados pelo Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos entre 1996 e 2003, por escalões etários;
- ▶ tentar manter a relação pediatra/população de 13 pediatras por 100.000 habitantes, atingida em 2000;
- ▶ tentar rejuvenescer o conjunto de pediatras portugueses, de modo a garantir o futuro da prestação de cuidados.

Estes dados e premissas de partida exigem as seguintes reflexões prévias:

- ▶ nem todos os pediatras graduados pelo Ministério da Saúde estão inscritos no Colégio de Pediatria;
- ▶ nem todos os pediatras inscritos no Colégio de Pediatria se encontram no activo (ou vivos);
- ▶ nem todos os pediatras no activo exercem actividade clínica;
- ▶ não são fornecidos elementos sobre o número de pediatras que exercem a sua actividade clínica exclusivamente no sector privado ambulatório (extra-hospitalar);
- ▶ não são fornecidos elementos sobre a distribuição geográfica efectiva dos pediatras e qual a distribuição desejada;
- ▶ no cálculo da proporção de pediatras por população são contados no numerador todos os pediatras da lista de inscritos no Colégio de Pediatria, com as incorrecções acima referidas;
- ▶ a criação oficial de subespecialidades pediátricas, em harmonização com a legislação da União Europeia, não é contemplada nestas estimativas, pois ainda não está regulamentada em Portugal;

50. Virella D. Cálculo de Vagas para o Internato de Pediatria em 2006-2015 *Acta Pediatr Port* 2005; 36:101-103

- ▶ não são fornecidas projecções sobre a evolução da população portuguesa para o período visado, particularmente quanto à dimensão prevista da população de idade pediátrica;
- ▶ a evolução demográfica portuguesa está fortemente dependente das tendências de fertilidade e natalidade na nova população imigrante, ainda desconhecida.

Todos os cálculos efectuados foram realizados com conhecimento destes défices de informação, embora sem capacidade de efectuar medidas de correcção de efeito comprovado.

METODOLOGIA

Com base nos dados fornecidos, foram estimadas as tendências de evolução do número de pediatras em cada grupo etário, na sua totalidade e para as idades críticas na actividade profissional, participação no serviço de urgência e de maior actividade clínica e científica potencial (40, 50, 55 e 65 anos).

A estas estimativas foi posteriormente adicionado o número de internos que iniciaram (e vão iniciar) o Internato até 2005, já definido anteriormente, partindo do princípio (conscientemente errado, mas provavelmente sem consequências) de que todos terminarão o internato e o farão ao fim de cinco anos (o facto de uma proporção de talvez 20 a 40% terminarem em 6 anos não deve ter consequências numa análise a médio prazo, como é o caso).

Para a estimativa do número de vagas de Internato Complementar de Pediatria a abrir no período visado, assumiram-se ainda estas novas premissas:

- ▶ manter a proporção de pediatras de 31 a 40 anos, no total de pediatras até 65 anos de idade, em cerca de 25%;
- ▶ garantir que os pediatras com menos de 55 anos representem cerca de 2/3 do total de pediatras até 65 anos de idade;
- ▶ fazê-lo aumentando o número absoluto de pediatras de 31 a 40 anos em cerca de 50%, face aos números de 2000, não aumentando em mais de 30% o número total de pediatras até 65 anos de idade.

O número obtido de novos pediatras necessário para atingir as premissas e condições descritas, foi aumentado em 15%, de modo a poder compensar em excesso as carências de informação descritas acima,

nomeadamente a exactidão do número de pediatras existente na realidade, a incerteza da evolução demográfica e a necessidade de compensar discrepâncias geográficas (interioridade e periferia) e o desvio de profissionais para o sector privado.

RESULTADOS

Chegou-se a uma estimativa corrigida do número de vagas do Internato de Pediatria a abrir anualmente de 35 e 40 internos por ano (estimativa não corrigida entre 30 e 35 vagas), numa variação que se pode considerar como parabólica ao longo do período solicitado, com maior número de vagas no início e fim do período e menor no meio.

Com os números estimados e corrigidos:

- ▶ manter-se-á a proporção de pediatras de 31 a 40 anos, no total de pediatras até 65 anos de idade, em cerca de 25%;
- ▶ garantir-se-á que os pediatras com menos de 55 anos representem cerca de 2/3 do total de pediatras até 65 anos de idade;
- ▶ aumenta-se o número absoluto de pediatras de 31 a 40 anos em cerca de 50%, não aumentando em mais de 30% o número total de pediatras até 65 anos de idade;
- ▶ o número de 13 pediatras por 100.000 habitantes, atingida em 2000, calculada para a totalidade da população portuguesa (cerca de 10 milhões de pessoas), com o número total de pediatras estimado será aparentemente ultrapassada e, em números absolutos, o número total de pediatras aumentará cerca de 25%.

INTERPRETAÇÃO

A abertura de vagas para o Internato Complementar de Pediatria nos anos 2000 a 2005 parece ter sido feita com base em fundamentos imediatistas (fornecer rapidamente mão-de-obra aos Serviços) e não de médio ou longo prazo. De facto, ter aberto cerca de 350 vagas em seis anos (2000 a 2005) determina inexoravelmente as vagas a abrir nos dez anos seguintes.

Ter-se-á que corrigir os excessos dos últimos anos, reduzindo drásticamente suavemente o número de internos admitidos cada ano, de modo a garantir simultaneamente a manutenção das capacidades formativas dos Serviços e a previsão dum futuro envelhecimento sustentado deste grupo profissional.

A meta de 13 pediatras por 100.000 habitantes, aparentemente atingida em 2000, será ultrapassada e, em números absolutos, o número total de pediatras aumentará cerca de 25%, devido sobretudo à longevidade dos mais velhos, mas também à entrada do excessivo número de novos internos que terminarão o Internato até 2010-2012.

No entanto, considerando os pediatras verdadeiramente no activo (até aos 65 anos de idade) ou que não podem legalmente pedir dispensa da prestação de serviço de urgência (com menos de 55 anos de idade), o número não aumentará significativamente. De facto, se tivermos em conta os números estimados de pediatras até aos 65 anos de idade, apenas em 2009-2010 se atingirá a proporção de 13 pediatras por 100.000 habitantes.

Estes cálculos não entram em linha de conta com possíveis tendências de aumento da natalidade, pois embora haja a expectativa de que tal aconteça nos próximos dez a quinze anos, devido ao nascimento de filhos de imigrantes, não existem ainda dados que o fundamentem; não se pode excluir por isso a manutenção da taxa de natalidade presente.

Também não são considerados cenários devidos às muito prováveis alterações que deverão acontecer nos programas de formação dos pediatras, nomeadamente a criação das subespecialidades, por adaptação das normas da União Europeia.

RECOMENDAÇÕES

Com base nos cálculos efectuados, recomendo a abertura das seguintes vagas nacionais para o Internato Complementar de Pediatria:

2006	40 vagas
2007	40 vagas
2008	35 vagas
2009	35 vagas
2010	35 vagas
2011	35 vagas
2012	35 vagas
2013	40 vagas
2014	40 vagas
2015	40 vagas

Estes números baseiam-se numa série de pressupostos com fragilidades de fundamentação e referem-se a um período para o qual se prevêem alterações estruturais importantes. Por isso, sugere-se que se verifique anualmente a correcção das estimativas geradas pelo modelo concebido,

com base na realidade verificada, adaptando eventualmente as estimativas do número de vagas a abrir nos anos seguintes.

De qualquer modo, apesar da fundamentação demográfica e de gestão sanitária que gerou este modelo, e que se pretende seja tão objectiva e técnica quanto possível com os dados fornecidos, a decisão final do número de vagas a abrir será sempre política...

Agradecimento

Ao Professor Doutor Altamiro da Costa Pereira, do Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a revisão dos cálculos e as inestimáveis sugestões dadas.

Daniel Virella
Janeiro de 2005



6. MEDICAMENTOS FORMULAÇÕES INFANTIS

1. INTRODUÇÃO
 2. TRABALHO DESENVOLVIDO
 3. PROCEDIMENTOS LEGAIS PARA OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS QUE NÃO TÊM AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO EM PORTUGAL
 4. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES
-

1. INTRODUÇÃO

A Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente identificou a necessidade de prover o mercado nacional de medicamentos nas Formas Farmacêuticas (FF) de suspensão, solução oral, xarope, elixir ou outras, consideradas indispensáveis para utilização em pediatria, alguns medicamentos que não tinham Autorização de Introdução no Mercado (AIM) em Portugal ou que não estavam a ser comercializados nas referidas FF.

Foram identificadas diversas substâncias activas, sendo que algumas não estavam no mercado nas formas de suspensão ou solução oral, nomeadamente:

- ▶ Fenoximetilpenicilina
- ▶ Doxiciclina
- ▶ Metronidazol
- ▶ Nitrofurantoína
- ▶ Fenitoína
- ▶ Trimetoprim
- ▶ Aciclovir
- ▶ Amoxicilina/ácido clavulâmico (na proporção de 7/1)
- ▶ Claritromicina
- ▶ Eritromicina
- ▶ Azitromicina
- ▶ Ranitidina
- ▶ Captopril
- ▶ Furosemida

Ou sob a forma de outras FF, nomeadamente:

- ▶ Dexametasona – elixir ou comprimidos de 4 ou 6 mg
- ▶ Prednisolona – gotas
- ▶ ADEK – gotas pediátricas
- ▶ Didanosina – pó
- ▶ Fludrocortisona – comprimidos
- ▶ Indometacina – injectável
- ▶ Labetalol – injectável

2. TRABALHO DESENVOLVIDO

Com o objectivo de colmatar as carências referidas, a CNSCA elaborou um primeiro documento, em Novembro de 2005, que preconizava que aqueles medicamentos pudessem ser autorizados, preferencialmente sob a forma de genéricos. E, ainda que medicamentos de uso corrente hospitalar em Pediatria fossem libertados da obrigatoriedade de se submeterem ao procedimento por Autorização de Utilização Especial (AUE), por constituírem factor de atraso do início do tratamento, em situações por vezes urgentes.

Apesar de várias reuniões com as entidades responsáveis, o documento não produziu efeitos práticos significativos.

Em Fevereiro de 2008, fez-se um levantamento exaustivo da situação de cada uma das substâncias activas supra referidas, no sentido de apurar a sua situação concreta, quanto ao seu estado de autorização. Verificou-se que existiam essencialmente três tipos de medicamentos: a) os que nunca tinham tido Autorização de Introdução no Mercado (AIM) em Portugal, b) os cuja AIM tinha existido anteriormente, mas que tinha sido entretanto Caducada** ou Revogada* e c) os que tinham AIM válida, mas que não estavam a ser comercializados***.

Na sequência deste estudo foi desenvolvida uma nova metodologia de trabalho.

- ▶ Contactar as empresas que já tinham sido detentoras de AIM dos medicamentos em análise (e que entretanto já tinham sido caducados ou revogados) e propor-lhes que voltassem a colocá-los no mercado. Caso os motivos invocados fossem de rentabilidade económica, propor ao INFARMED, I.P. incentivos financeiros para essas empresas, tais como isenção de pagamento de taxa de submissão de processo de AIM, bem como celeridade na aprovação dos processos de AIM,

* AIM REVOGADA: A decisão é do INFARMED, por proposta/pedido do Titular do AIM. Esta situação é irreversível, sendo que para o medicamento voltar para o mercado é necessário submeter um novo processo de AIM.

** AIM CADUCADA: A decisão é do INFARMED, por incumprimento por parte do Titular do AIM relativamente ao pedido de Renovação de AIM ou por não enviar pedido de elementos para completar o processo de Renovação da AIM. (Equivalente a “Não Renovado”). Esta situação é irreversível, sendo que para o medicamento voltar para o mercado é necessário submeter um novo processo de AIM.

*** MEDICAMENTOS COM AIM, MAS NÃO COMERCIALIZADOS: Pode haver medicamentos que, embora tenham AIM, não estejam no mercado por não estarem a ser comercializados. Nestes casos só o Titular de AIM pode esclarecer os motivos da sua opção de não os comercializar (Não rentável do ponto de vista económico? Não participado? A aguardar participação? Autorizado há tão pouco tempo que ainda não está comercializado?).

que entretanto seriam submetidos, e a possibilidade do Titular de AIM submeter um processo abreviado.

- ▶ Contactar as empresas Titulares de AIM das substâncias activas pretendidas, e propor-lhes a submissão de um processo de AIM para as FF pediátricas. Caso os motivos invocados para não estarem no mercado fossem de rentabilidade económica, propor ao INFARMED, I.P. incentivos financeiros, tais como isenção de pagamento de taxa de submissão de processo de AIM, bem como celeridade na aprovação dos processo de AIM, que entretanto seriam submetidos, e a possibilidade de um processo abreviado.
- ▶ No caso das substâncias activas para as quais não fosse possível terem AIM em Portugal e que eram utilizadas apenas por Autorização de Utilização Especial, elaborar um documento para o INFARMED, I.P. a solicitar que pudessem ser obtidas por um processo abreviado e expedito, em que fosse automaticamente concedida, tal como para os medicamentos constantes do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos.
- ▶ No caso de medicamentos que tinham AIM mas não estavam a ser comercializados, contactar o Titular de AIM e saber os motivos, para proceder aos mecanismos necessários ao desbloqueamento.
- ▶ Contactar o grupo de trabalho europeu de medicamentos pediátricos (*Pediatric Committee – PDCO*), no âmbito da EMEA (*European Medicines Agency*), Entidade Reguladora Europeia para o medicamento que emite orientações para todos os estados-membros e que se ocupa da regulamentação dos medicamentos pediátricos no Espaço Europeu.

Todos estes passos partiam do pressuposto que se tratava de medicamentos que já tinham aprovadas indicações terapêuticas para doenças pediátricas. Nas situações em que tal não fosse o caso, o processo seria mais complexo, pois estariam a ser utilizados *off-label*, o que implicaria, para a nova aprovação do processo de AIM, ensaios clínicos de suporte em doentes pediátricos, conforme os protocolos internacionalmente definidos.

Nesta sequência, foram efectuados vários contactos e diversas reuniões, por iniciativa da CNSCA, com as empresas Titulares de AIM ainda detentoras das AIM dos medicamentos supra referenciados, as que já o teriam sido e cujas AIM estavam caducadas ou revogadas e as que eram Titulares de AIM de outras Formulações das mesmas substâncias activas. Estas reuniões tiveram como objectivo sensibilizar estas empresas.

Todavia, não tiveram efeitos práticos, pois apesar dos Titulares de AIM se terem mostrado receptivos à problemática, acabaram por não apresentar qualquer proposta concreta aos membros da CNSCA, nem desenvolveram iniciativas no sentido de habilitar o mercado nacional com os referidos medicamentos.

3. PROCEDIMENTOS LEGAIS PARA OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS QUE NÃO TÊM AIM EM PORTUGAL

Existem, no entanto, vários tipos de procedimentos que se podem efectuar em caso de necessidade de obter um medicamento que não tem AIM em Portugal, nomeadamente:

- ▶ Receita Nominal para importação directa pelas farmácias de oficina – consiste na prescrição médica em nome individual e contacto de uma farmácia de oficina, que importará directamente o medicamento, desde que este esteja registado em pelo menos um Estado-membro da União Europeia.
- ▶ Este procedimento, embora se revista de bastante simplicidade processual, pode ser bastante moroso e encerra o risco de poder tratar-se de ter elevado custo, o que pode fazer com que o doente não o possa suportar. Nestes casos o doente deverá ser encaminhado para um estabelecimento hospitalar ou Administração Regional de Saúde, instituições que podem obter o medicamento através de AUE ou Importação Directa. (Consultar o *site* do INFARMED, I.P. para informação complementar).
- ▶ AUE – Para obter informação acerca dos procedimentos neste contexto, consultar o *site* do INFARMED, I.P., seguindo o caminho: Medicamentos de Uso Humano, Atalhos, Autorização de Utilização Especial, Regulamento das AUE.

Para além destes procedimentos, existem ainda as figuras de Importação Paralela e de Autorização Excepcional, as quais também estão descritas no *site* do INFARMED, I.P., mas que só raramente se aplicarão no contexto agora em análise.

4 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Apesar de todo o trabalho e esforços desenvolvidos pela CNSCA nesta matéria, constata-se que haverá ainda situações em que os pediatras podem ter problemas em efectivar algumas terapêuticas medicamentosas por dificuldade de obtenção de alguns medicamentos em formulação pediátrica, conforme fica claro pelo atrás exposto.

As razões invocadas pelas empresas da Indústria Farmacêutica para a inexistência destes fármacos no mercado nacional são essencialmente de ordem económica, dado que nestes casos o investimento pode não ter retorno significativo, em virtude de serem medicamentos cuja utilização pode ser pontual e portanto sem grande expressão em termos de dados de vendas.

Reforça-se o apelo à responsabilidade social das empresas farmacêuticas e também às Autoridades Reguladoras, no sentido de serem encontrados, conjuntamente, mecanismos facilitadores para o solucionar.

Regina Carmona
Fevereiro de 2009



7. RISCO SOCIAL

A. ESTADIA HOSPITALAR E ENCAMINHAMENTO
DAS CRIANÇAS

B. DIAGNÓSTICO DE MAUS TRATOS

A. ESTADIA HOSPITALAR E ENCAMINHAMENTO DAS CRIANÇAS

INQUÉRIO DA CNSCA AOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA, EM JULHO DE 2004

Várias acções têm sido desenvolvidas no sentido de melhorar o **encaminhamento de crianças em risco social** nomeadamente a criação das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) nos anos 90 e a nova lei da adopção de Agosto de 2003.

As CPCJ têm desempenhado um papel importante na resolução de situações sociais que, anteriormente referidas aos tribunais, se arrastavam por vezes durante meses ou anos.

Quanto ao **encaminhamento das crianças para adopção** era habitualmente rápido por intermédio das Equipas de Adopção mas colocava problemas que se procuraram obviar com a nova lei.

Por um lado, era possível o favorecimento de certas famílias no processo de selecção. Por outro, a mãe biológica tinha seis meses para decidir se queria realmente entregar a criança para adopção e, o recuo na decisão, não podia deixar de ter consequências importantes para a criança e para a família de acolhimento.

Segundo a nova lei, a mãe tem seis semanas para a decisão e a criança é entretanto colocada em centro de acolhimento.

Em Julho de 2004, alguns serviços de Pediatria alertaram a Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente de que se estava a verificar um acréscimo de situações sociais graves e, ao mesmo tempo, um aumento do protelamento da alta social, com internamentos nos hospitais demasiado longos para o crescimento e desenvolvimento adequado destas crianças. Este problema tinha sido anteriormente discutido numa reunião do Instituto de Apoio à Criança em Maio de 2002.

Decidiu-se então avaliar a situação no país, de uma forma pontual, através de um inquérito sumário aos coordenadores do Serviço Social de alguns dos principais Serviços de Pediatria portugueses.

Na primeira folha, referida numa forma genérica às **crianças consideradas de Risco Social** pelos profissionais de saúde e enviadas para avaliação social, era pedido: 1) o número total de crianças em que tinha

sido feita avaliação social em 2003; 2) a evolução desse número de 2000 para 2003; 3) a distribuição por idades; 4) os motivos do pedido.

Na segunda, referida ao **Encaminhamento para Adopção**, era pedido: 1) o número de casos nos últimos 3 anos; 2) o tempo máximo e mínimo de estadia no hospital; 3) o modo de referência; 4) as dificuldades encontradas.

Dos 12 serviços contactados (Hospital de Vila Real, Hospital de S. João, Hospital de Santo António, Hospital Pediátrico de Coimbra, Hospital de Leiria, Hospital de Santa Maria, Hospital de Dona Estefânia, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Hospital Fernando Fonseca, Hospital Garcia de Orta, Hospital de Évora, Hospital de Faro) responderam oito.

Quanto ao risco social, o número de pedidos de avaliação foi muito variável pela grande diferença assistencial entre os vários serviços, verificando-se alguma relação com a actividade assistencial. Assim, maior número no Hospital de Dona Estefânia (1584) e Fernando Fonseca (404) e menor no de Vila Real (58).

No entanto, serviços de dimensão semelhante como Leiria e Évora referiram poucos casos no primeiro (31) e relativamente muitos no segundo (390), o que poderá estar de acordo com a situação socio-económica destes distritos.

Em sete dos oito hospitais, houve um aumento dos pedidos de avaliação social de 2000 para 2003; em quatro, o crescimento foi de 10 a 20% e em três, superior a 20%.

O único hospital em que houve uma diminuição destas situações foi a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (655) mas, em muitos casos, as grávidas são referenciadas nas consultas de alto risco e por isso quando a criança nasce, a família já está a ser avaliada.

Em todos os hospitais, 42 a 59% dos casos referidos tinham idade inferior a dois anos.

Quanto aos motivos que justificaram o pedido ao Serviço Social, também as respostas foram muito variáveis talvez porque não há uniformidade na classificação das situações.

Assim, a percentagem de crianças referidas por maus tratos variou de 4 a 53% (HDE 4%; Vila Real 53%; Amadora 28%; Leiria 30%; Évora 17%)

No entanto, alguns serviços consideraram como maus tratos todas as situações de agressão física, negligência e abuso sexual como é suposto por definição enquanto noutros, a negligência e a carência económica constituíram itens isolados.

A carência económica contém também uma multitudine de situações que incluem a imigração, a toxicoddependência, a pobreza e as famílias de crianças com doença crónica.

Quanto ao encaminhamento para adopção, verificou-se que o número de casos é reduzido, com uma média de 2 por ano em cada serviço, mesmo em grandes maternidades como a Maternidade Dr. Alfredo da Costa ou o Hospital Fernando Fonseca.

O tempo de estadia destas crianças no hospital variou entre 27 a 45 dias, sendo referidos casos de 3 meses por duas das instituições. Um dos hospitais continua a conseguir encaminhar as crianças numa semana, mas referencia para a equipa de adopção do CRS de Évora.

Não há orientações quanto aos procedimentos segundo a nova lei de adopção, estando, no entanto, definido que as equipas de adopção não podem ir buscar a criança directamente ao hospital.

Os serviços sociais hospitalares passaram a encaminhar estas situações para o Tribunal da Família e Menores ou para as CPCJ e o processo passou a ser moroso por várias razões, das quais se destacam as seguintes:

- ▶ a criança é obrigatoriamente colocada num centro de acolhimento antes de ser entregue pela equipa de adopção ao casal adoptante;
- ▶ para que a criança seja entregue, é exigido o consentimento definitivo dado pelo progenitor, o que apenas pode acontecer às seis semanas de vida;
- ▶ parece competir ao hospital a procura da vaga no centro de acolhimento, o que é, por vezes, uma missão muito dificultada;
- ▶ passou a ser também da responsabilidade do hospital, o registo e o encaminhamento da mãe biológica em todo o processo.

Em geral, o tempo de espera que era de duas semanas quando havia intervenção das equipas de adopção, passou para seis a oito semanas.

Nos casos de risco eminente para a criança, é frequente que o processo seja enviado ao Tribunal de Família e Menores que, sem atender ao relatório médico e à gravidade da situação, o reencaminha para a Comissão local.

Nunca é de mais lembrar o papel importantíssimo que as CPCJ têm tido na avaliação das crianças e famílias e no encaminhamento. No entanto, são reconhecidos constrangimentos na composição e funcionamento da comissões:

1. Técnicos com grande diversidade de profissões e falta de experiência;
2. Trabalho em tempo parcial;
3. Falta de formação/supervisão e de uniformização na intervenção desenvolvida;
4. Visibilidade local excessiva e pouco protectora das famílias quanto à confidencialidade
5. Necessidade do consentimento dos pais para iniciar a investigação.

Estas condições têm como consequência que, nos casos de risco grave ou perigo eminente para a criança, as CPCJ não têm resposta pronta e eficaz e, por vezes, nem têm capacidade de apreender o relatório médico.

Se o consentimento dos pais é negado em qualquer fase do processo, a situação passa para o tribunal que reinicia o processo.

Propostas da CNSCA:

1. Em situação de perigo iminente para o menor, conforme relatório dos profissionais de saúde, o processo deve ser conduzido directamente pelo tribunal de menores
2. Os centros de acolhimento devem disponibilizar vaga para os recém-nascidos à espera de adopção, sempre que solicitado
3. As condições de trabalho e meios disponíveis pelas CPCJ devem ser avaliadas regularmente.

Maria do Céu Soares Machado

B. DIAGNÓSTICO DE MAUS TRATOS

1. SINAIS SUSPEITOS DE MAUS TRATOS FÍSICOS
 2. ATITUDE IMEDIATA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
 3. SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL
 4. INDICAÇÕES PARA INTERNAMENTO HOSPITALAR
 5. CONTACTOS
-

1. SINAIS SUSPEITOS DE MAUS TRATOS FÍSICOS:

- ▶ Traumatismos e lesões inexplicáveis, duvidosas ou impossíveis de justificar pela história que a família conta;
- ▶ Lesões bilaterais, simétricas e geométricas, localizadas em zonas protegidas do corpo;
- ▶ Equimoses de diferentes colorações em zonas como nádegas, genitais e dorso das mãos;
- ▶ Queimaduras com padrão definido (cigarros, ferro de engomar);
- ▶ Fracturas crâneo, costelas, ou metafisárias e em espiral nos ossos longos;
- ▶ Atraso na ida ao médico; procura de hospitais diferentes em cada episódio;
- ▶ Lactente com irritabilidade permanente e hemorragias punctiformes do fundo do olho (síndrome da criança abandonada);
- ▶ Comportamento anormal da criança (por ex., docilidade excessiva);
- ▶ Sinais suspeitos de abuso sexual – ver 3;

2. ATITUDE IMEDIATA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU):

O QUE É IMPORTANTE:

Manter um ambiente calmo e privacidade, sem nunca assustar a criança/jovem;

Tentar colher o maior número de dados que identifiquem a criança e os seus responsáveis:

- ▶ Moradas, telefones, escola, directora de turma, ATL;
- ▶ Identificar quem acompanha a criança com morada, telefone, trabalho...;
- ▶ Não fazer juízos de valor ou tentar confirmar a suspeita.

PARTICIPAÇÃO DO EPISÓDIO DE MAUS TRATOS

A família deve participar o mau trato à Polícia Judiciária – Agente de Segurança Pública de serviço no posto mais próximo ou ao Tribunal de Menores.

Os maus tratos e o abuso sexual constituem crimes públicos pelo que a denúncia é uma obrigação legal dos profissionais de saúde (art 242 nº1b Código Processo Penal).

PAPEL DOS DIFERENTES PROFISSIONAIS

AO ENFERMEIRO QUE RECEBE A CRIANÇA, COMPETE:

- ▶ Nos SU em que há triagem de enfermagem, classificar como *laranja*;
- ▶ Colher o maior número de dados que permitam localizar e contactar a criança e responsáveis/testemunhas; ouvir os pais ou possíveis agressores numa atitude neutra;
- ▶ Registar exaustivamente todos os dados colhidos, sem elaborar juízos de valor;
- ▶ Chamar imediatamente um pediatra da equipa de urgência;
- ▶ Se houver necessidade de tratamentos imediatos (ex. feridas sangrantes), levar a criança para a sala de tratamentos e chamar o pediatra antes de iniciar cuidados.

**AO PEDIATRA (NÃO OBRIGATORIAMENTE O CHEFE DE EQUIPA),
COMPETE:**

- ▶ Colher história sucinta; tentar colher alguma informação sobre situações anteriores; saber se há outras crianças em risco;
- ▶ Observação pormenorizada; se dados de observação positivos tentar colher provas: por exemplo fotografia das lesões;
- ▶ Pedir todos os meios auxiliares de diagnóstico que possam confirmar a agressão/negligência (RX, análises);
- ▶ Sempre que necessário, pedir observação ou confirmação por outras especialidades (Cirurgião pediatria, ORL, Oftalmologia, Neurologia ou Ortopedia);
- ▶ Ponderar contacto com o perito da Medicina Legal nas cidades em que haja Instituto de Medicina Legal;
- ▶ Preencher a ficha de Maus Tratos
 - A ficha deve estar na secretária de unidade;
 - Após preenchimento mais completo possível, pedir à secretária para a fotocopiar;
 - A cópia é entregue ao Enfermeiro Chefe que a coloca em dossier próprio;
 - O original é colocado em envelope fechado e entregue à Assistente Social no próprio dia ou no dia seguinte pela Secretária de Unidade;
- ▶ Chamar a assistente social: (deve constar neste protocolo o BIP e o horário em que se encontra no Hospital)
- ▶ Avaliar Risco (em conjunto com os outros profissionais) – com base na cronicidade da situação, na proximidade do agressor, no risco de recidiva, de vida, ou de trauma psicológico.

AO ASSISTENTE SOCIAL, COMPETE:

- ▶ Caracterizar o contexto familiar, social e económico da criança.
- ▶ Iniciar o diálogo possível com os adultos responsáveis pela criança.
- ▶ Colher o maior número possível de dados da criança e adultos responsáveis.
- ▶ Avaliar o risco em que o menor se encontra.
- ▶ Avaliar o conjunto de dados recolhidos com a família e a criança

ou jovem (se tiver idade para tal envolvimento) com vista a delinear um projecto de intervenção.

- ▶ Procurar ir ao encontro das necessidades identificadas pelos intervenientes com o objectivo principal de fazer cessar a situação de perigo.
- ▶ Determinar as medidas a adoptar tendo em vista minorar as consequências, diminuir o risco da recidiva e reintegrar o menor na família.
- ▶ Elaborar Relatório Social pormenorizado da situação.
- ▶ Sinalizar/participar a situação com todo o historial às E.C.M.I.J. (Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude), à C.P.C.J. (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens) do concelho da área de residência, Polícia ou Tribunal.

E ainda:

- Promover o apoio psicossocial e acompanhamento social ao menor e à família, auxiliando-os no desenvolvimento de um projecto de vida;
- Mediar o relacionamento na família e desta com as instituições e com a sociedade local;
- Informar e sensibilizar o menor quando estiver em causa a sua retirada da família;
- Informar e sensibilizar o menor, sempre que possível, para a realização de exames médicos ou para audiências em Tribunal;
- Elaborar Relatórios Sociais para órgãos criminais sempre que se justifique;
- Articular com todos os restantes profissionais envolvidos, estando disponível para participar em reuniões de discussão de caso.

AO PSICÓLOGO/PEDOPSIQUIATRA, COMPETE:

Sempre que haja no hospital equipa de Psicologia/Pedopsiquiatria, deve ser chamada para avaliar e ajudar a criança em todos estes passos.

3. SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL

ASPECTOS ESPECÍFICOS

- ▶ A **colheita da história** e a **observação** devem ser realizadas **apenas uma vez**.

Na área de Lisboa, Porto e Coimbra, deve sempre chamar-se o perito do Instituto de Medicina Legal (IML) . O TM do perito de chamada deve constar deste protocolo.

- ▶ Nos concelhos em que não é possível a observação pelo perito do IML, os pediatras devem ter formação nesta matéria de modo a ser possível a realização do exame nas condições requeridas
- ▶ O exame deve ser realizado < 72H (e de preferência 48H) após o abuso;
- ▶ Preferencialmente deverá ser realizado no IML onde existem o ambiente e material mais adequados; no entanto, se não é possível esperar pelo dia seguinte, o exame deverá ser realizado no hospital, em local com o máximo de privacidade e tranquilidade.

SINAIS DE ABUSO SEXUAL

INEQUÍVOCOS

- ▶ Presença de esperma no corpo do menor;
- ▶ Lesões traumáticas específicas na região do ânus, pénis, vagina;
- ▶ Gravidez, doenças sexualmente transmissíveis;

SINAIS SUSPEITOS

- ▶ Leucorreia persistente ou recorrente;
- ▶ Ruborização/ inflamação/ petéquias/ atrofia cutâneas perineais e/ou perianais;
- ▶ Lacerações ou fissuras; hemorragias;
- ▶ Lesões no pénis: edema/ erosão/ balanite;
- ▶ Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas (lubrificantes) no corpo do menor;
- ▶ Infecções urinárias de repetição; doenças sexualmente transmissíveis (sobretudo gonorreia ou sífilis não congénita);

ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO:

- ▶ Qualquer perturbação funcional (anorexia, bulimia, terrores nocturnos, dores abdominais recorrentes, incontinência dos esfíncteres);
- ▶ Obediência exagerada aos adultos, preocupação em agradar;
- ▶ Pouco interesse no relacionamento com outras crianças;
- ▶ Condutas sexualizadas, comportamento agressivo;
- ▶ Comportamentos bizarros em adolescentes: dormir vestida com a roupa de dia, ocultação dos sinais de feminilidade;

COLHEITA DE VESTÍGIOS FÍSICOS OU BIOLÓGICOS:

Em cerca de 63% dos casos de abuso sexual, os exames são negativos. A recolha deve ser realizada durante o exame objectivo da criança e sempre que possível pelo perito do IML.

Deve incluir:

- ▶ Estudos de Genética e Medicina Forense
- ▶ Exames laboratoriais para estudo de DNA
- ▶ Exames para detecção de doenças sexualmente transmissíveis:
- ▶ 1º à data do episódio; 2º 7 – 14 dias após; 3º 3 a 6 meses depois; 4º 2 anos depois
- ▶ Exames toxicológicos

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA**INDICAÇÕES:**

- ▶ Abuso sexual com relação sexual não protegida há menos de 72h;
- ▶ Último período menstrual de características normais;
- ▶ Se não houve relações não protegidas desde a última menstruação;

MÉTODO CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA :

1. Norlevo® (0.75mg levonorgestrel) 1cp 12/12h, 2x (mais eficaz, menos efeitos acessórios)
2. Tetragynon® (0.1mg etilestradiol+ 0,5mg levonorgestrel) 1 comp. 12/12.

Nota : a eficácia é maior (em ambos os métodos) se o 1º comprimido for tomado nas 1ªs 24h posteriores à relação sexual e é baixa se tomado mais de 48h depois.

4 INDICAÇÕES PARA INTERNAMENTO HOSPITALAR

INDICAÇÕES

- ▶ Clínica – lesões orgânicas que obriguem a internamento;
- ▶ Protecção imediata e urgente da criança: pela gravidade do mau trato, pelo risco de recidiva nas próximas horas, pela pouca fiabilidade dos adultos responsáveis como protectores da criança;
- ▶ Risco de recidiva do mau trato nas próximas horas: por um historial repetido, pela proximidade do agressor (se cohabita com a criança), pela pouca fiabilidade dos adultos responsáveis;
- ▶ Necessidade psiquiátrica de retirar a criança do ambiente familiar.

COMO PROCEDER:

- ▶ Explicar aos pais a necessidade de internamento; usar todos os esforços para convencer os pais sem ter de recorrer a diligências legais (forçar a gravidade clínica da situação);
- ▶ Se os pais se continuarem a opor ao internamento mas a equipa de saúde entender que está indicado, contactar a Comissão de Protecção da Criança e Jovem ou o Tribunal de Família e Menores (Procurador da República de turno) da área de residência, que enviará um fax a apoiar a decisão da equipa de saúde.

LOCAL DE INTERNAMENTO:

- ▶ Enfermaria: sempre que possível, por oferecer um ambiente mais calmo e seguro.
- ▶ Unidade de Internamento de Curta Duração:
 - enquanto aguarda a Assistente Social, por um período inferior a 12H, por exemplo quando a criança é internada durante a noite;
 - enquanto se reúnem todos os elementos para esclarecimento da situação;
 - quando a família concorda em se dirigir à Comissão de Protecção da Criança e Jovem, a criança pode ficar a aguardar na UICD.

5. CONTACTOS ÚTEIS E QUE DEVEM CONSTAR NO PROTOCOLO:

BIP DA ASSISTENTE SOCIAL

BIP DO PEDIATRA

COMISSÃO DE PROTECÇÃO DA CRIANÇA E JOVEM LOCAL

Durante o horário normal, 9h às 16h30, o contacto deve ser feito pela Assistente Social;

TRIBUNAL DE FAMÍLIA E MENORES: (PROCURADOR DA REPÚBLICA DE TURNO) – a partir das 16h30, o contacto pode efectuar-se através do Posto da Polícia.

PERITO DO INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

OS TELEFONES DO DIAPP E DO TRIBUNAL DA COMARCA TAMBÉM PODEM SER ÚTEIS PARA CONTACTAR O CURADOR:

DIAPP: 21 3182200

TRIBUNAL DA COMARCA DE:

OUTROS CONTACTOS ÚTEIS - neste protocolo devem constar ainda todos os telefones que o serviço considerar importantes

Documento elaborado em 2005 por H.I Almeida, M. Barros para o Hospital Fernando Fonseca

Adaptado em Janeiro 2006 pela CNSCA



8. EXEMPLOS DE BOAS PRÁTICAS

A. COMISSÃO REGIONAL DE SAÚDE MATERNA
E INFANTIL DO NORTE

B. UNIDADE COORDENADORA FUNCIONAL
DE ALMADA, SEIXAL E SESIMBRA

A. COMISSÃO REGIONAL DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL⁵¹ DO NORTE⁵²

1. ALARGAMENTO DA IDADE DE ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA
 2. URGÊNCIA PEDIÁTRICA INTEGRADA DO PORTO (UPIP)
 3. REESTRUTURAÇÃO DAS UNIDADES COORDENADORAS FUNCIONAIS
 4. OUTRAS INICIATIVAS
-

COMISSÃO REGIONAL DE SAÚDE DA MULHER DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - ARS NORTE

A Comissão Regional de Saúde Materna e Infantil da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte integra profissionais de saúde destas áreas, é coordenada por um vogal do Conselho Directivo da ARS e tem como objectivos estabelecer as prioridades para a região e adequar as políticas nacionais às especificidades locais.

No âmbito do cumprimento do Perfil de Saúde traçado pelo Conselho Directivo da ARS do Norte, I.P., para a Região, e incidindo especificamente sobre o sector da saúde da Criança e do Adolescente, foi desenvolvido, recentemente, um conjunto de iniciativas com o objectivo de promover a melhoria dos cuidados assistenciais ou de promoção da saúde, abrangendo todo aquele grupo populacional.

51. Fernando Araújo - Médico, Presidente da Comissão e Vice-Presidente do CD da ARSNorte; A Pimenta Marinho - Médico, MGF, Vogal do CD da ARS Norte; Caldas Afonso - Pediatra do HSJ, EPE; Fátima Praça - Pediatra do CHVNGEspinho, EPE; Helena Jardim - Pediatra do HSJ, EPE - Assessora CD da ARSNorte (Saúde da Criança e do Adolescente); João Bernardes - Obstetra HSJ, EPE; Lúcia Pinto - Enfermeira de Saúde Infantil - ACES de Nordeste; Lucinda Antunes - Obstetra - H de S Marcos, Braga; M^a Augusta Areias - Pediatra Neonatologista - CHPorto, EPE; M^a Constantina Silva - Médica, MGF, Assessora CD da ARSNorte (Cuidados de Saúde Primários); Paulo Sarmiento - Obstetra - CHP, EPE - Assessor CD da ARSNorte (Saúde da Mulher e Materna); Pedro Freitas - Pediatra, CH Alto Ave, EPE, Guimarães; Teresa Moreno - Enfermeira de Saúde Materna, ARSNorte;

52. Circular Normativa da ARSN n^o 2 de 2007

O presente documento sintetiza essas iniciativas e os fundamentos que as sustentaram.

1. ALARGAMENTO DA IDADE DE ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA⁵³

Inserido no Plano Nacional de Saúde, o Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ) foi aprovado em 2006. Abrange a população dos 10 aos 24 anos, em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), e tem como horizonte temporal o quinquênio 2006/2010.

O Programa define claramente a promoção da saúde juvenil como um investimento significativo promotor de ganhos em saúde com repercussão no desenvolvimento e bem-estar das populações. Privilegia o adolescente (dos 10 aos 19 anos na classificação da OMS) pelas características deste grupo etário, que associa profundas alterações biológicas a um enriquecimento cognitivo e emocional e de inserção activa na comunidade e na sociedade.

A prestação dos melhores cuidados de saúde ao adolescente passa pela congregação e articulação entre si dos vários níveis de assistência, da Medicina Geral e Familiar aos Serviços Hospitalares, em diálogo com outras instituições e outros sectores que exercem acções no âmbito da promoção da saúde através por exemplo, do ensino e da educação.

Dar resposta às necessidades em saúde do adolescente de hoje, impõe desafios e mudanças de âmbito nacional e regional e requer medidas de adequação e de organização dos serviços nas suas múltiplas vertentes.

No que se refere aos Hospitais, os processos de atendimento em Urgência, Internamento e Consulta Externa mostram uma diversidade assinalável quanto aos modelos adoptados, persistindo elevado número de constrangimentos no que se refere a espaços físicos adequados e preparação dos profissionais.

O Plano de formação em Pediatria da Ordem dos Médicos⁵⁴ define a Pediatria como a Medicina da criança desde o nascimento ao final da adolescência e contempla especificamente a formação em Saúde do Adolescente.

A OMS e mesmo o PNSJ recomendam que os adolescentes sejam internados em serviços de pediatria ou em Unidades de Adolescentes

53. Programa Nacional de Saúde dos Jovens, Direcção-Geral de Saúde, 2006

54. Portaria n° 616/96 de 30 de Outubro

ligadas a serviços de Pediatria. A situação actual de restrição pela idade, pode ainda condicionar formação inadequada dos profissionais.

Estes aspectos adquirem relevância particular no adolescente com doença crónica.

ESTRATÉGIA E DECISÃO

No seguimento da estratégia que tem vindo a ser implementada na Região Norte, com vista a uma melhor aproximação aos objectivos de saúde traçados, no que concerne ao atendimento de crianças e adolescentes nas instituições hospitalares, estão a ser preparadas medidas concertadas e de carácter global que se enquadram numa visão única: melhoria na qualidade da prestação de cuidados às crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade.

Tal estratégia inclui medidas concretas tais como:

1. Aumento marcado na formação de especialistas em pediatria;
2. Investimentos avultados nos serviços de pediatria nomeadamente estruturas físicas e equipamento;
3. Maior humanização dos cuidados;
4. Centralização de recursos nas situações de doença aguda (Urgência Pediátrica do Porto)
5. Forte articulação entre os cuidados primários de saúde e os cuidados hospitalares, promovendo uma verdadeira rede de cuidados de saúde à criança e adolescente.

Uma das medidas consideradas fundamentais relaciona-se com a acessibilidade à rede de cuidados pediátricos dos utentes até aos 18 anos de idade, facto que se verificou ser muito variável nas instituições hospitalares da Região Norte.

Habitualmente é no Serviço de Urgência e no Internamento que a situação é mais restritiva, existindo uma acessibilidade mais alargada na Consulta Externa e Hospital de Dia (que em muitos casos já atinge os 18 anos de idade).

A situação, em 2007, nos Serviços de Urgência de Pediatria / Atendimento Pediátrico Referenciado, e geralmente no Internamento, era a seguinte, quanto à idade máxima de atendimento: até aos 12 anos no Centro Hospitalar (CH) do Alto Minho; 13 anos no Hospital (H.) S. João, na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, no CH do Nordeste

e no H. São Gonçalo, Amarante; 14 anos no H. Santa Maria Maior, Barcelos; 15 anos no CH de Trás-os-Montes e Alto Douro e no H. de São Marcos – Braga; 16 anos no CHP-Hospital St. António; 18 anos no CHP- H. Maria Pia.

A ARS-Norte procedeu ao alargamento de uma forma escalonada, até aos 18 anos, da idade de atendimento pelos Serviços de Pediatria, em convergência com as recomendações nacionais e internacionais. Pretende-se adequar as condições logísticas do Internamento, Consulta Externa, Hospital de Dia, Bloco Operatório e Cuidados Intensivos, para além dos recursos humanos, em número e em formação.

No sentido de se implementar este plano a nível regional, o **Conselho Directivo da ARS Norte, I.P., delibera em 16 de Maio de 2007:**

1. As instituições hospitalares da Região Norte promoverão as condições para que a Idade de Atendimento pelos Serviços de Pediatria, no Serviço de Urgência, Consulta Externa, Hospital de Dia e Internamento, seja implementada de acordo com o seguinte cronograma:

Data de início	Idade de Atendimento
01.01.2008	15 anos e 364 dias
01.01.2009	16 anos e 364 dias
01.01.2010	17 anos e 364 dias

2. A implementação faseada desta medida até 2010, possibilitando que os serviços e os hospitais se adaptem à directiva, conseguirá harmonizar a idade de atendimento à Criança e Adolescente em toda a região até aos 18 anos, normalizando princípios e atitudes, formação e prestação de cuidados de saúde, em consonância com o desenho e objectivo do plano global desta ARS-Norte para a Saúde da Criança e do Adolescente.
3. A concretização destas medidas será avaliada periodicamente pelos serviços da ARS-Norte e terá impacto no processo de contratualização para os anos seguintes.

Por último, a ARSN, reconhece e agradece aos profissionais envolvidos, o esforço e o empenho na aplicação destas decisões e manifesta aos Conselhos de Administração dos Hospitais a responsabilidade, a confiança e a sua disponibilidade para, em consonância e sinergia com as diferentes instituições, desenvolver todos os meios que permitam imple-

mentar estes objectivos, no sentido da melhoria dos cuidados de saúde à criança e ao adolescente.

2. URGÊNCIA PEDIÁTRICA INTEGRADA DO PORTO (UPIP) – 1 DE JUNHO DE 2008

Do Centro de Saúde ao Hospital, uma equipa, ao serviço da Criança e do Adolescente com doença aguda, na área do Porto.

A concepção da Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP) teve início em Outubro de 2006 com o objectivo de reestruturar o atendimento à criança e ao adolescente com doença aguda, na área do Porto.

A UPIP é uma rede de prestação de cuidados de saúde destinada a utentes de idade inferior a 18 anos, inscritos nos Centros de Saúde dos Concelhos de: Porto, Gondomar, Maia, Matosinhos e Valongo. Assenta na articulação entre profissionais dos dois níveis assistenciais, que se constituem em equipa, trabalhando com o suporte de uma rede de comunicação entre instituições e entre profissionais, especificamente traçada para este efeito, com suporte electrónico, fax, telefones fixos e móveis. Por esta via pretende-se sedimentar o conceito de rede e de trabalho de equipa em que a comunicação agilizada e fácil esbate as distâncias físicas, aproximando os profissionais e permitindo a transmissão imediata de dados clínicos.

A rede é constituída por Centros de Saúde (incluindo o funcionamento em SASU), Hospitais com Atendimento Pediátrico Referenciado (APR) e pela Urgência Pediátrica do Porto (UPP).

A articulação entre os diferentes níveis de cuidados pressupõe a identificação da população alvo, dos locais da rede, das respectivas capacidades assistenciais e ainda o desenvolvimento de estratégias de comunicação interinstitucionais e inter profissionais, de transmissão de dados e de informação que permitam uma total interdisciplinaridade e complementaridade funcional.

POPULAÇÃO ALVO

A UPIP é uma rede de prestação de cuidados de saúde destinada a utentes de idade inferior a 18 anos e em situação de doença aguda ou súbita, inscritos nos Centros de Saúde dos Concelhos do Porto, Gondomar, Maia, Matosinhos e Valongo.

A Circular Normativa da ARSN N.º 2/2007 de 18/05/2007 – **Idades**

de Atendimento nos Serviços de Pediatria – determina que a idade limite de 18 anos se atinja de um modo progressivo, como referido anteriormente.

COMPOSIÇÃO DA REDE UPIP

A rede UPIP engloba:

- ▶ Todos os Centros de Saúde (CS) dos Concelhos referidos. Podem ainda ter acesso, de um modo geral, todos os utentes referenciados a partir de médicos assistentes e de clínicas privadas.
- ▶ Os locais de Atendimento Pediátrico Referenciado (APR) do Centro Hospitalar do Porto (Hospital St.º Antónimo e Hospital Maria Pia) e na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Hospital de Pedro Hispano).
- ▶ Urgência Pediátrica do Porto (UPP) no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de S João.

FUNCIONAMENTO DA REDE UPIP

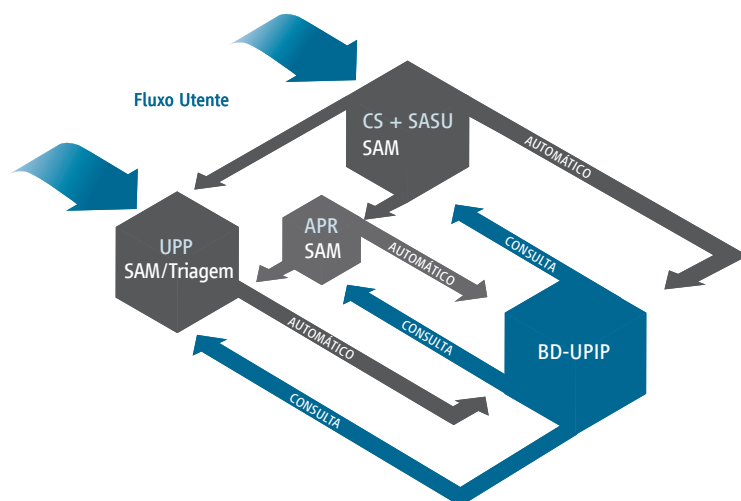
A UPIP é assegurada, em cada dia, por uma equipa que reúne, em estreita complementaridade e articulação, uma vasta rede de profissionais que integra o médico de família, no Centro de Saúde, e o pediatra hospitalar quer na UPP, quer no Atendimento Pediátrico Referenciado do Centro Hospitalar do Porto, EPE e do Hospital Pedro Hispano.

Pretende-se criar nos cidadãos a noção de que, uma vez admitida na rede e independentemente da instituição onde é inicialmente observada, a criança ou o jovem recebem todos os cuidados de saúde adequados e no local próprio, mercê da interdisciplinaridade e complementaridade funcional que se visa implementar entre os vários níveis de assistência.

NÍVEIS DE FUNCIONAMENTO DA REDE UPIP

Nível 1 – Acesso à UPIP – faz-se preferencialmente pelos Cuidados de Saúde Primários que assegurarão o atendimento dos doentes, em situação de doença aguda, que solicitem observação no próprio dia e que será prestado pelos Centros de Saúde, Serviço de Atendimento de Situações Urgentes (SASU) de Gondomar, Ermesinde, Matosinhos, Maia, Porto ou Médico assistente e Clínicas privadas.

Nos dias e horários de funcionamento dos CS e SASU



- APR Atendimento Pediátrico Referenciado
- UPP Urgência Pediátrica do Porto
- UIP Urgência Pediátrica Integrada do Porto
- SAM Sistema de Apoio ao Médico
- SASU Serviço de Atendimento de Situações Urgentes

Nível 2 – Hospitais com Atendimento Pediátrico Referenciado de acordo com o respectivo regulamento contido na Circular Normativa da ARSN N.º 1/2007 do Centro Hospitalar do Porto, EPE e do Hospital Pedro Hispano – ULS de Matosinhos.

Aos APR podem aceder doentes referenciados dos Cuidados Primários todos os dias das 8 às 20 horas.

Nível 3 – Urgência Pediátrica do Porto (UPP) – Hospital de S. João, EPE, onde podem recorrer directamente doentes em situação crítica, transportados pelo INEM, e os doentes referenciados de qualquer dos outros níveis.

Funciona 24 horas por dia com todas as valências pediátricas e terá um sistema de triagem pediátrica próprio.

A UPP foi alvo de obras de ampliação e requalificação dos espaços com adaptação aos novos grupos etários e aumento das áreas de emergência, de espera, de sala de observações. Estas obras foram já planeadas no âmbito UPIP e a sua inauguração coincidiu com a implantação da rede.

COORDENADOR DA EQUIPA UPIP

O coordenador da equipa UPIP é o Chefe da equipa, em escala, na UPP e centraliza toda a informação sobre eventuais constrangimentos de funcionamento, em qualquer nível, da rede de cuidados, articulando-se com os responsáveis locais, no sentido de tomar conhecimento e promover a sua resolução, em tempo útil.

Suportes de comunicação para o funcionamento da UPIP

A UPIP é uma dupla rede. No sentido da articulação de pontos funcionais e também na perspectiva de uma verdadeira rede electrónica de comunicação e transmissão de informação e de acesso a dados.

► A Base de Dados da UPIP (BD-UPIP)

A BD UPIP foi desenvolvida maximizando as funcionalidades do SAM Centro de Saúde e do SAM Hospitalar, estando este em funcionamento nos Hospitais com APR, na UPP e ainda nos SASU dos 5 concelhos, contribuindo assim para se alcançar o objectivo global duma rede de serviços de Saúde *paper-free*, na região.

A BD UPIP foi especificamente construída para a UPIP e permite:

- A referenciação por via electrónica entre instituições,
- A inserção de dados referentes a todos os episódios de doença aguda, registados em qualquer dos pontos da rede, numa base comum (a BD-UPIP),
- A possibilidade de consulta posterior a partir de qualquer dos níveis assistenciais
- O episódio UPIP recente tem, em anexo, os dados mais relevantes do histórico do doente: diagnósticos e problemas, medicação crónica e MCDTs existentes.

BD UPIP E TRIAGEM NA UPP – Na UPP a BD-UPIP, articula-se com o sistema de triagem e com a tabela de prioridades adoptada.

PROCESSO CLÍNICO ELECTRÓNICO – O acesso ao processo clínico electrónico (PCE) do doente permitirá a consulta dos dados clínicos registados no SAM de qualquer dos locais da rede em qualquer ponto UPIP, mesmo nos casos em que o doente tenha vários processos em diferentes instituições.

VISUALIZAÇÃO DE IMAGENS DE RADIOLOGIA CONVENCIONAL E MCDDTs – Será possível o acesso dos médicos UPIP à observação das imagens de radiologia convencional obtidas na UPP ou nos APR, bem como aos relatórios de MCDDT inseridos no SAM.

OUTROS MEIOS DE COMUNICAÇÃO NA UPIP

TELEMÓVEIS UPIP – em todos os locais da rede, que possibilitam a comunicação gratuita entre profissionais.

FAX – disponível em cada instituição e constantes da lista geral de contactos UPIP.

E MAIL : PONTOS DA REDE: constantes da lista geral de contactos UPIP

BD UPIP – upip@arsnorte.min-saude.pt - para onde devem ser dirigidas todas as questões sobre a funcionalidade e disponibilidades da aplicação BD-UIP.

QUADROS ELECTRÓNICOS DE INFORMAÇÃO À POPULAÇÃO

Colocados nos SASU e na UPP darão indicação sobre tempos médios de espera. Acessíveis também em tempo real *on-line* na página da ARS Norte.

OUTROS ELEMENTOS DE ARTICULAÇÃO INTER INSTITUCIONAL E PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA UPIP (PUBLICAÇÕES ARSN, I.P).

- ▶ Formulário Pediátrico UPIP – publicado
- ▶ Protocolos Clínicos I – Cuidados de Saúde Primários – publicado
- ▶ Protocolos Clínicos II – Urgência Pediátrica – em conclusão
- ▶ UPIP - Manual de Apoio – publicado
- ▶ Inquérito de Satisfação da População ao Atendimento na Doença Aguda Pediátrica – Avaliação pré – UPIP - publicado
- ▶ UPIP – A Construção do Projecto – publicado

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA UPIP

O funcionamento da UPIP será monitorizado pela ARSN e terá uma Comissão designada de entre as várias instituições, para o efeito.

REUNIÕES PERIÓDICAS DOS PROFISSIONAIS UPIP – versando matérias clínicas e não clínicas

3. REESTRUTURAÇÃO DAS UNIDADES COORDENADORAS FUNCIONAIS – NOVEMBRO DE 2007

As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), criadas em 1991 e reestruturadas em 1998, têm desempenhado um papel relevante na articulação entre cuidados primários e hospitalares na área da saúde da mulher, materna e neonatal e na vertente da saúde da criança e do adolescente.

A sua consolidação tem coincidido com uma significativa melhoria nos indicadores de saúde materno-infantil e com um alargamento progressivo da sua intervenção a áreas clínicas e organizativas com responsabilidades em número e complexidade crescentes, funcionando como verdadeiro núcleo fulcral de identificação de necessidades e constrangimentos locais.

A importância e funcionalidade que lhes é reconhecida e que importa manter impõem uma reformulação do número e da composição das UCF do Norte em harmonia com a reestruturação da rede Hospitalar e de Cuidados de Saúde Primários em curso. Neste sentido procedeu-se à reestruturação do número e composição das UCF da nos seguintes moldes:

VERTENTE DA SAÚDE DA MULHER, MATERNA E NEONATAL

1. Criação de uma única UCF da vertente da saúde da mulher materna e neonatal articulando Hospital com os Centros de Saúde locais.
2. Nomeação dos elementos hospitalares no cumprimento do determinado no despacho 12 917/98 (2ª série)
3. Para melhor funcionalidade e interligação da UCF com o CA do Hospital, com a coordenação sub-regional e com a ARS Norte, o Director do Serviço de Obstetrícia do Hospital deve integrar a UCF e ser nomeado coordenador da mesma, em rotação anual com o Director do serviço de Neonatologia, onde exista e com o Director de Agrupamento de Centros de Saúde.

4. Qualquer delegação de funções noutro elemento do Serviço assume carácter meramente de organização interna sem prejuízo das funções de coordenação, da responsabilidade do Director.

VERTENTE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

1. Criação de uma única UCF da vertente da criança e do adolescente articulando o Hospital com os CS locais.
2. Nomeação dos elementos hospitalares no cumprimento do determinado no despacho 12 917/98 (2ª série)
3. Para melhor funcionalidade e interligação da UCF com o CA do Hospital, com a coordenação sub-regional e com a ARS Norte, o Director do Serviço de Pediatria deve integrar a UCF e ser nomeado coordenador da mesma em rotação anual com o Director de Agrupamento de Centros de Saúde.
4. Qualquer delegação de funções noutro elemento do Serviço assume carácter meramente de organização interna sem prejuízo das funções de coordenação, da responsabilidade do Director.

ADICIONALMENTE:

- ▶ Programadas reuniões periódicas com elementos da Comissão Regional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente, localmente e em encontro de avaliação anual das actividades e planos para o ano seguinte na sede da ARS Norte.
- ▶ Designação de um interlocutor da CRSMCA para cada UCF.
- ▶ Elaborado, publicado e distribuído livro de apoio com toda a legislação e bases de funcionamento das UCF.

Nos pressupostos definidos, todas as UCF da Região tomaram posse em 29 de Novembro de 2007 em cerimónia perante o Concelho Directivo da ARS Norte, no anfiteatro do Hospital Magalhães Lemos com apresentação dos objectivos de revitalização e dinamização do funcionamento das UCF como estruturas fulcrais de articulação entre níveis de cuidados.

Reunião Magna anual das UCF no dia 26 de Novembro de 2008. Reedição do livro das UCF.

4. OUTRAS INICIATIVAS

1. Funcionamento sustentado da Urgência Pediátrica do Porto e da Urgência de Cirurgia Pediátrica do Norte – com sede no Hospital de S. João – articulando recursos de todos os serviços de pediatria e de cirurgia pediátrica do Porto e ainda o serviço de Cirurgia Pediátrica do CHVNGE.
2. Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (CRSMCA) - Mantida a periodicidade regular das reuniões da CRSMCA com redefinição dos seus objectivos. Maior articulação com as UCF com reuniões regulares locais, designação de um interlocutor preferencial por UCF.
3. Vacinação pelo BCG e contra a hepatite B do recém nascido na maternidade – Em vigor desde 1 de Janeiro de 2007 e em funcionamento regular.
4. Criação dos núcleos de apoio à criança e jovem em risco - A nível de Hospitais e Centros de Saúde, de acordo com despacho do Ministro da Saúde e em colaboração com a DGS.
5. Actividades de formação:
 - ▶ Organização de Cursos de Formação de formadores e de conselheiras em Aleitamento Materno – dentro do projecto de candidatura de Hospitais e Centros de Saúde ao título de “Amigos dos Bebés” – regularidade de 1 curso de formadores e 3 cursos de conselheiras/por ano.
 - ▶ Organização de Cursos de Formação em Desenvolvimento Infantil para Médicos de Família.
 - ▶ Organização da formação para os núcleos de apoio a crianças e jovens em risco.
 - ▶ Colaboração na formação para a prevenção e tratamento do tabagismo na criança e no jovem
 - ▶ Articulação dos Núcleos de apoio à Criança e Jovem em Risco com os Núcleos de Violência Doméstica – SRS Bragança.

B. UNIDADE COORDENADORA FUNCIONAL DE ALMADA, SEIXAL E SESIMBRA⁵⁵

1. OBJECTIVOS
2. FICHAS DE PROJECTO
 - 2.1 MONITORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS E JOVENS NA UNIDADE DE SAÚDE
 - 2.2 PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO
 - 2.3 ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE ENTRE O HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E OS CENTROS DE SAÚDE
 - 2.4 MONITORIZAÇÃO DOS FILHOS DE MÃES AG HBS +, VDRL +, HVC + E HIV +
 - 2.5 DIVULGAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES TÉCNICAS DA DGS RELATIVAS À URGÊNCIA NO AMBULATÓRIO EM IDADE PEDIÁTRICA
 - 2.6 GARANTIR O ACESSO AO PROGRAMA – TIPO DE SAÚDE INFANTIL ÀS CRIANÇAS SEM MÉDICO DE FAMÍLIA

⁵⁵ Composição da UCF de Almada

UCF Almada - Vertente da Saúde da Criança e do Adolescente; António Levy Aires Pediatra C. Saúde dos Conselhos de Seixal e Sesimbra; Filomena Almeida Assistente Social do HGO; José Ferreira da Silva En^o Especialista do C. Saúde dos Conselhos de Seixal e Sesimbra; Maria Ferreira Pediatra Serviço de Pediatria do HGO; M. José Araújo En^o Chefe UCI Neonatal e Pediátrica; Paula Pereira En^o Chefe Urgência Pediátrica HGO.

UCF Almada - Vertente da Saúde Materna- Neonatal; Armandina Horta Neonatologista do HGO; Carolina Tavares Assistente Social do HGO; Ester Casal Obstetra HGO; Isabel Reis Ginecologista do HGO; Manuel Hermida Director do serviço de obstetrícia do HGO; M^a dos Anjos Garcia En^o chefe C. Saúde do Conselho de Almada; Rosália Marques En^o Chefe Bloco Partos HGO

A elaboração do Relatório de Actividades 2004/2005 tem por base o Plano de Actividades respectivo.

A avaliação das actividades desenvolvidas será apresentada por cada ficha projecto do plano de actividades.

1. OBJECTIVOS

SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

- ▶ Monitorizar as necessidades de saúde das crianças e jovens na Unidade de Saúde de Almada , Seixal e Sesimbra.
- ▶ Promover o Aleitamento Materno.
- ▶ Promover a articulação de cuidados de saúde entre o Hospital Garcia de Orta, e os Centros de Saúde.
- ▶ Monitorizar a prevalência de Recém Nascidos, de mães Ag Hbs +, VDRL +, HVC + e HIV +.
- ▶ Garantir o acesso ao Programa tipo de Saúde Infantil às crianças sem Médico de Família.
- ▶ Promover o acesso adequado das população infantil e juvenil à Urgência Pediátrica.

2. FICHAS DE PROJECTO

2.1

<p>DESIGNAÇÃO DO PROJECTO Monitorização das necessidades de saúde das crianças e jovens na Unidade de Saúde</p>	<p>RESPONSÁVEL Dr.ª Alzira Caniça Enf.ª M.ª José Araújo</p>
<p>OBJECTIVOS OPERACIONAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o nível de saúde das crianças/ jovens da Unidade de Saúde 	
<p>AVALIAÇÃO</p> <p>O relatório do Observatório de Saúde da Criança e do Jovem foi elaborado em Junho de 2005, com dados relativos aos anos 2001 – 2003. Este documento foi enviado à Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente, ao Coordenador da Sub- Região de Saúde de Setúbal, ao Conselho de Administração do HGO, EPE, ao Coordenador Distrital das UCF's e aos Directores dos Centros de Saúde para divulgação aos profissionais de Saúde Infantil.</p> <p>Este projecto terá continuidade no próximo biénio (2006/2007), com a actualização de dados referentes a 2004/2005.</p>	

2.2

<p>DESIGNAÇÃO DO PROJECTO Promoção do Aleitamento Materno</p>	<p>RESPONSÁVEL Enf.ª Amélia Silva Enf.ª Rosália Marques</p>
<p>OBJECTIVOS OPERACIONAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articular com o Grupo Distrital Promotor do Aleitamento Materno e a U.C.F • Colaborar na implementação das medidas adoptadas 	
<p>AVALIAÇÃO</p> <p>A reestruturação do Grupo Promotor do Aleitamento Materno, por saída do elemento da área de Saúde Infantil, implicou a passagem deste projecto para a Vertente da Saúde Materna.</p>	

2.3

DESIGNAÇÃO DO PROJECTO Articulação de cuidados de saúde entre o Hospital Garcia de Orta, e os Centros de Saúde	RESPONSÁVEL Dra Ana Pires Enf ^a Paula Pereira
OBJECTIVOS OPERACIONAIS <ul style="list-style-type: none"> • Definir os critérios de referênciação às consultas externas de Oftalmologia e Ortopedia Pediátrica • Estabelecer protocolo de articulação entre o serviço de Pedopsiquiatria e os Centros de Saúde • Estabelecer protocolo de articulação entre o H.G.O e os Centros de Saúde para o fornecimento de material para a continuidade de cuidados pediátricos. • Actualizar protocolo de interligação na área de Saúde Infantil. 	
AVALIAÇÃO <p>Critérios de referênciação à Consulta de Oftalmologia</p> <p>No âmbito da definição dos critérios de referênciação à Consulta de Oftalmologia foram realizadas duas reuniões com a Directora do Serviço de Oftalmologia, em Janeiro e Fevereiro de 2005. Em Março de 2005 foi apresentado um documento “A criança e a visão” (anexo 1) que contem os critérios de despiste, nas idades chave, para suporte à referênciação nos Programas de Saúde Infantil.</p> <p>Após análise deste documento, solicitou-se à Directora do Serviço de Oftalmologia um Protocolo de Articulação entre os Centros de Saúde e a Consulta de Oftalmologia, aguardando-se a sua conclusão e entrega. A par da elaboração deste protocolo foi ainda discutida a pertinência da realização de uma acção de formação sobre os critérios de despiste, nas idades chave, dirigida aos médicos do Centro de Saúde. Aguarda-se o agendamento da referida formação.</p> <p>Critérios de referênciação à Consulta de Ortopedia</p> <p>Efectuou-se novo contacto com a médica responsável pela consulta de ortopedia infantil que referiu estar em fase de conclusão a página Web com os critérios de referênciação à Consulta de Ortopedia, de modo a ser utilizado pelos médicos dos Centros de Saúde.</p> <p>Protocolo de Articulação com a Unidade de Pedopsiquiatria</p> <p>O Protocolo de Articulação foi concluído (anexo 2) e enviado para aprovação pelo Conselho de Administração do HGO, EPE e pelo Coordenador da Sub- Região de Setúbal, para posterior divulgação aos directores dos centros de saúde e aos directores da pediatria do HGO,EPE.</p> <p>Salienta-se que no decorrer do ano 2005, as reuniões com a Equipa de Pedopsiquiatria foram alargadas a todos os Centros de Saúde da Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra.</p> <p>A elaboração deste protocolo identificou a necessidade de formação na área da Saúde Mental, tendo-se promovido a organização e divulgação de um Curso de Formação “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e na Infância” (anexo 3).</p> <p>Protocolo de Articulação para fornecimento de material para a continuidade de cuidados pediátricos.</p> <p>Esta actividade ficou anulada, uma vez que o Conselho de Administração da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em Março de 2005, assume que o fornecimento de material aos doentes em ambulatório, com necessidades especiais é da competência dos hospitais (anexo 4)</p>	

2.4

<p>DESIGNAÇÃO DO PROJECTO Monitorização dos filhos de mães Ag Hbs +, VDRL +, HVC + e HIV +</p>	<p>RESPONSÁVEL Dra. Armandina Horta Dra. Maria Ferreira</p>																														
<p>OBJECTIVOS OPERACIONAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a prevalência e vigilância dos Recém-nascidos filhos de mães Ag Hbs +, VDRL +, HVC + e HIV + • Definir medidas de intervenção necessárias nestas situações 																															
<p>AVALIAÇÃO</p> <p>A monitorização da prevalência e vigilância dos recém-nascidos filhos de mães Ag Hbs+, VDRL +, HVC + e HIV + é apresentada no seguinte quadro:</p> <p>Referência à Consulta de Pediatria Geral e Hematologia (2000 – 2004):</p> <table border="1" data-bbox="144 661 980 772"> <thead> <tr> <th>Ano</th> <th>Ag Hbs +</th> <th>VDRL +</th> <th>HVC +</th> <th>HIV +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2000</td> <td>9</td> <td>12</td> <td>14</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>2001</td> <td>13</td> <td>17</td> <td>9</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>2002</td> <td>29</td> <td>12</td> <td>16</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>2003</td> <td>24</td> <td>6</td> <td>10</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>2004</td> <td>23</td> <td>3</td> <td>10</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Alguns casos são coinfeção HIV+HVC+HVB+, HVB+HIV, HVC+HIV, HVC+HVB.</p> <p>No Serviço de Pediatria, do HGO, existem três protocolos de vigilância que se apresentam em anexo (anexo 3): o protocolo de vigilância RN de mãe Hbs Ag+, o Protocolo de vigilância RN mãe HVC+ e o Protocolo de Seguimento de filhos de mãe com infecção VIH.</p> <p>No que se refere às medidas de intervenção necessárias, nas crianças filhas de mães Hbs+ Ag é importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar o cumprimento da administração da 2ª dose da vacina entre o mês e os dois meses de idade; • Confirmar o estado vacinal / doença do restante agregado familiar. <p>Nas crianças filhas de mães VDRL+, destacam-se as seguintes intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar o diagnóstico / terapêutica na gravidez, em relação à sífilis (consultar Protocolo de Saúde Materna); • Confirmar estado de doença / terapêutica do companheiro. 		Ano	Ag Hbs +	VDRL +	HVC +	HIV +	2000	9	12	14	22	2001	13	17	9	22	2002	29	12	16	30	2003	24	6	10	25	2004	23	3	10	20
Ano	Ag Hbs +	VDRL +	HVC +	HIV +																											
2000	9	12	14	22																											
2001	13	17	9	22																											
2002	29	12	16	30																											
2003	24	6	10	25																											
2004	23	3	10	20																											

2.5

<p>DESIGNAÇÃO DO PROJECTO Divulgação das Orientações Técnicas da D.G.S. relativas à Urgência no Ambulatório em Idade</p>	<p>RESPONSÁVEL Enª Paula Pereira Dra. Maria Ferreira</p>
<p>OBJECTIVOS OPERACIONAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar na divulgação 	
<p>AVALIAÇÃO</p> <p>Esta ficha de projecto será alvo de intervenção no próximo biénio.</p>	

2.6

DESIGNAÇÃO DO PROJECTO		RESPONSÁVEL
Garantir o acesso ao Programa –Tipo de Saúde Infantil às crianças sem Médico de Família		Enf ^o Paula Pereira Enf ^o Amélia Silva
OBJECTIVOS OPERACIONAIS		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o nº de crianças inscritas na Unidade de Almada, Seixal e Sesimbra sem Médico de Família. • Identificar o nº de crianças sem Médico que não frequentam a Consulta de Saúde 		
AVALIAÇÃO		
<p>No sentido de efectuar o diagnóstico de situação referente aos objectivos desta ficha projecto, foi elaborado e enviado aos Directores dos Centros de Saúde um instrumento de recolha de dados.</p> <p>Optou-se ainda por incluir neste instrumento a identificação dos elementos dos Centros de Saúde que integram as estruturas de suporte e apoio à criança / jovem, nomeadamente as Comissões de Protecção de Crianças / Jovens e as equipas de intervenção precoce, bem como os médicos que efectuem a Vigilância de Saúde Infantil, nos Centros de Saúde, a este grupo de utentes.</p> <p>Em seguida apresenta-se os dados obtidos nestes instrumentos de recolha de informação:</p>		
Local	Dados fornecidos	Dados a completar
Centro de Saúde da Cova da Piedade	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de horas de atendimento a crianças, por grupo etário sem Médico de Família, em cada Extensão de Saúde. • Identificação dos médicos que realizam consulta de vigilância de saúde infantil, a crianças sem Médico de Família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Representante que integra a Comissão de Protecção à Criança / Jovem. • Representante que integra o Projecto de Intervenção Precoce. • Nº total de crianças, por grupo etário, inscritas no Centro de Saúde, sem Médico de Família. • Nº total de crianças, por grupo etário, sem Médico de Família atendidas no Centro de Saúde, em 2005.
Centro de Saúde do Seixal	<ul style="list-style-type: none"> • Representante que integra a Comissão de Protecção à Criança / Jovem. • Representante que integra o Projecto de Intervenção Precoce. • Nº de horas de atendimento a crianças, por grupo etário sem Médico de Família, em cada Extensão de Saúde. • Identificação dos médicos que realizam consulta de vigilância de saúde infantil, a crianças sem Médico de Família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº total de crianças, por grupo etário, inscritas no Centro de Saúde, sem Médico de Família • Nº total de crianças, por grupo etário, sem Médico de Família atendidas no Centro de Saúde, em 2005.
Centro de Saúde do Sesimbra	<ul style="list-style-type: none"> • Representante que integra a Comissão de Protecção à Criança / Jovem. • Representante que integra o Projecto de Intervenção Precoce. • Identificação dos médicos que realizam consulta de vigilância de saúde infantil, a crianças sem Médico de Família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº total de crianças, por grupo etário, inscritas no Centro de Saúde, sem Médico de Família • Nº total de crianças, por grupo etário, sem Médico de Família atendidas no Centro de Saúde, em 2005. • Nº de horas de atendimento a crianças, por grupo etário sem Médico de Família, em cada Extensão de Saúde.



II PARTE

A. A SAÚDE INFANTIL E JUVENIL NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2004-2010⁵⁶

B. INDICADORES DO PNS DOS 0 ANOS 18 ANOS

56. www.acs.min-saude.pt

A. A SAÚDE INFANTIL E JUVENIL NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2004-2010

1. PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DO PNS 2004-2010
 2. ABORDAGEM CENTRADA NO CICLO DE VIDA
 3. PRINCIPAL CONTEXTO SOCIAL: A ESCOLA
-

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um guia, com medidas a serem adoptadas entre 2004 e 2010, orientado por prioridades, com metas definidas e que identifica os responsáveis pela sua execução. Estas medidas, a promover pelas instituições do Ministério da Saúde e outros actores no sector da Saúde, devem ser orientadas para a promoção da saúde e prevenção da doença na sua vertente primária, secundária e terciária e para o acesso a cuidados de saúde de qualidade.

O Plano assegura ainda um elevado nível de protecção da saúde humana em todas as políticas e explicita objectivos e metas partilhados com outros sectores, parceiros sociais e todos os envolvidos.

O PNS define linhas de orientação estratégicas que visam sustentar política, técnica e financeiramente o Sistema Nacional de Saúde, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e cooperação entre os múltiplos sectores que contribuem para a saúde.

O Plano visa atingir três objectivos estratégicos:

- ▶ Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo da vida e reduzindo o peso da doença;
- ▶ Utilizar os instrumentos necessários num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;
- ▶ Garantir os mecanismos adequados à sua execução através da cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização.

1. PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DO PNS 2004-2010

I – ESTRATÉGIAS GERAIS

- I. Prioridade aos mais pobres
- II. Abordagem por programas
- III. Abordagem com base em settings

II – ESTRATÉGIAS PARA OBTER MAIS SAÚDE PARA TODOS

- I. Centrado na família e no ciclo de vida
- II. Gestão integrada da doença

III – ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA

- I. Mudança centrada no cidadão
- II. Capacitação do sistema de saúde para a inovação
- III. Reorientação do sistema de saúde
- IV. Acessibilidade e racionalidade na utilização do medicamento

IV – ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A EXECUÇÃO

- I. Acompanhamento
- II. Cativação de recursos
- III. Diálogo
- IV. Quadro de referência legal

2. ABORDAGEM CENTRADA NO CICLO DE VIDA

NASCER COM SAÚDE

ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS E INTERVENÇÕES NECESSÁRIAS

DAR PRIORIDADE AO AUMENTO DE COBERTURA NO PERÍODO PRÉ-CONCEPCIONAL E NO PUERPÉRIO

- ▶ Será desenvolvida legislação sobre a Reprodução Medicamente Assistida, que enquadrará todo o conjunto de actividades e problemáticas que com ela estão associadas.
- ▶ Aumentar-se-á o número de casais que efectua uma consulta médica no período pré-concepcional com o objectivo de preparar uma gravidez.
- ▶ Dar-se-á prioridade ao programa de diagnóstico pré-natal (DPN), de forma a alcançar um número crescente de grávidas, prestando especial atenção ao controlo de qualidade dos exames ecográficos da gravidez.

- ▶ Aumentar-se-ão os esforços dirigidos às adolescentes e às minorias étnicas.
- ▶ Dar-se-á uma maior atenção ao diagnóstico e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).
- ▶ Prestar-se-á uma maior atenção à promoção da saúde mental na gravidez e no primeiro ano pós-parto, através dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).
- ▶ Envidar-se-ão todos os esforços para aumentar ainda mais a taxa de cobertura das puérperas, a um ritmo de 5% ao ano, de modo a atingirem-se valores próximos dos 100%, ao fim de 8 a 10 anos.
- ▶ Dar-se-á continuidade ao reforço das garantias em Saúde Sexual e Reprodutiva.
- ▶ Facilitar-se-á o acesso aos cuidados de planeamento familiar, inclusive nas situações de infertilidade.
- ▶ Continuar-se-ão a desenvolver acções dirigidas a públicos específicos, como, por exemplo, adolescentes e os grupos mais vulneráveis - minorias pobres urbanas - que apresentam piores indicadores na área da saúde reprodutiva, nomeadamente, através das Autoridades Regionais de Saúde; continuar-se-á a investir na utilização de unidades móveis.
- ▶ Propor-se-ão, como medida a incentivar os Centros de Saúde, as actividades de visita ao domicílio em moldes e situações a (re)definir.
- ▶ Reforçar-se-á a promoção de comportamentos saudáveis, durante a gravidez, sobretudo dos que visam a diminuição de risco, nomeadamente quanto ao consumo de tabaco e de álcool e à possibilidade de infecção por IST.
- ▶ Assegurar-se-ão condições de exercício da autodeterminação sexual de mulheres e homens, assente num processo educativo integrado e na progressiva adequação dos serviços prestadores de cuidados.
- ▶ As taxas de cesarianas serão contempladas nos indicadores de qualidade utilizados para monitorizar o desempenho dos hospitais. A preparação para o parto, tanto física como psiquicamente, com equipas de profissionais disponíveis, será feita no sentido de contrariar a elevada percentagem actual, reduzindo-a em 2-5% ao ano, até se atingir os níveis europeus mais baixos.
- ▶ Um excesso de partos por cesariana resultará, inicialmente, em auditorias internas com discussão inter pares.

MELHORAR AINDA MAIS OS INDICADORES NO PERÍODO PERINATAL

- ▶ Será reduzida a mortalidade por anóxia e hipóxia perinatais.
- ▶ Será erradicada a sífilis congénita.
- ▶ Será dado destaque ao aleitamento materno, como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais.

CONTEXTOS SOCIAIS

- ▶ Os contextos sociais a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem a família, a escola, a universidade, o local de trabalho, os locais de lazer e as unidades de saúde.

CRESCER COM SEGURANÇA

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

MELHORAR A ARTICULAÇÃO ENTRE SERVIÇOS

- ▶ Apoiar-se-ão as Unidades Coordenadoras Funcionais, pilares da Rede de Referência Materno-Infantil, para que assumam o seu papel fundamental na avaliação das necessidades, definição das prioridades locais e desenvolvimento de medidas concretas, que promovam a complementaridade dos serviços e a qualidade dos cuidados.
- ▶ Reforçar-se-á a necessidade de a primeira consulta se realizar ainda nos primeiros dias de vida.
- ▶ Generalizar-se-á o Projecto de Reestruturação das Urgências Pediátricas.

PROMOVER A SAÚDE INFANTIL

- ▶ Incentivar-se-á o aleitamento materno.
- ▶ Desenvolver-se-ão intervenções intersectoriais para reduzir a morbilidade e mortalidade por acidentes.
- ▶ As crianças portadoras de deficiência ou que estão em risco de atraso grave de desenvolvimento exigem uma atenção especializada que deve enquadrar-se com o reforço da intervenção precoce e a implementação dos Centros de Desenvolvimento Infantil.

CONTEXTOS SOCIAIS

- ▶ Os contextos sociais a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem a família, o infantário, as amas, o local de trabalho, as instituições de acolhimento e as unidades de saúde.

UMA JUVENTUDE À DESCOBERTA DE UM FUTURO SAUDÁVEL

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

AUMENTAR A QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS AOS JOVENS

- ▶ Os adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST; serão, portanto, reforçadas as iniciativas no sentido de adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes, nos centros de saúde e nos hospitais.
- ▶ Há que persistir, também, no reforço das actividades de educação nas áreas da sexualidade e reprodução, baseadas nas escolas e com o apoio dos serviços de saúde.
- ▶ Para reforçar uma abordagem global preventiva dos comportamentos de risco para a saúde dos jovens serão ampliadas as valências de atendimento dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) e demais estruturas de prevenção do actual Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), de forma a incluir outras possíveis adicções e dependências, bem como outras perturbações comportamentais, sendo promovida a sua completa integração nas demais estruturas do SNS.
- ▶ Serão estabelecidas parcerias com outras instituições e sectores, nomeadamente a educação, para uma abordagem integrada da saúde dos adolescentes, incluindo a possibilidade de se criarem Departamentos de Saúde no seio das próprias instituições de ensino, e do desenvolvimento de actividades de promoção da saúde e prestação de cuidados nos serviços oficiais de saúde.

REFORÇAR AS ACTIVIDADES DE REDUÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO

- ▶ Nesta fase do ciclo da vida, serão priorizadas intervenções a incentivar a adopção de estilos de vida e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura.

CENÁRIOS PRIORITÁRIOS

- ▶ Como grande parte da vida do jovem se concretiza no espaço escolar e universitário, deve-se privilegiar o trabalho com as instituições do Ministério da Educação e do Ministério da Ciência e Ensino Superior.

3. PRINCIPAL CONTEXTO SOCIAL: A ESCOLA

A escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, que a intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo específico das crianças e dos jovens escolarizados, pode favorecer, ao mesmo tempo que complementa a prestação de cuidados personalizados.

No ano lectivo 2006/07, dos 353 Centros de Saúde existentes em Portugal, 98% fizeram Saúde Escolar. Esta actividade foi desenvolvida em 4.143 (87%) jardins-de-infância, 6.217 (92%) escolas do ensino básico e secundário e 69 (52%) escolas profissionais.

A execução de algumas actividades, nomeadamente, a monitorização do estado de saúde dos alunos, não obstante a melhoria nos últimos anos, é ainda baixa, quer aos 6 (74%), quer aos 13 anos (38%). Dos alunos com necessidades de saúde especiais, detectados na escola, 58% tiveram o seu problema de saúde resolvido no final do ano lectivo. A avaliação das condições de segurança, higiene e saúde das escolas é o contributo da saúde para o diagnóstico dos riscos, no ambiente escolar, apontando a avaliação do ano lectivo 2006/07, realizada em 4.344 escolas das 7.819 que têm saúde escolar, para a existência de boas condições de segurança e higiene do meio ambiente em, respectivamente, 66% e 77% das escolas e boas condições de segurança e higiene dos edifícios e recintos em 25% e 30% das escolas, também respectivamente.

O apoio ao desenvolvimento curricular da promoção e educação para a saúde, pelas equipas de saúde escolar, cobre áreas tão diversas como a educação alimentar, vida activa saudável, prevenção da violência, educação para a cidadania e educação sexual e afectiva, SIDA, consumos nocivos, com destaque para o consumo excessivo de álcool, tabaco e drogas, nos diferentes níveis de ensino. No entanto, não existem para todas estas áreas orientações técnicas que guiem a intervenção.

Com uma metodologia de projecto que assenta no diagnóstico das necessidades e com uma estratégia de construção de parcerias, criando ou reforçando redes sociais de integração da escola na comunidade, a Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde (RNEPS) abrangeu, no ano lectivo 2000/2001, um terço da população escolarizada do ensino público, do pré-escolar ao secundário, o que corresponde a 3.722 escolas e 282 centros de saúde (80% do total de centros de saúde). A RNEPS está integrada na Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde, um

projecto conjunto da Organização Mundial de Saúde (OMS), Conselho da Europa e Comissão Europeia.

A estratégia de intervenção em saúde escolar, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, assentará em actividades que serão executadas de forma regular e contínua ao longo de todo o ano lectivo: a vigilância do cumprimento dos exames de saúde, do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e da legislação sobre evicção escolar, a agilização dos encaminhamentos, através de protocolos ou parcerias, dentro e fora do SNS, para a melhoria das respostas às crianças com necessidades de saúde especiais, a promoção da saúde oral e o incentivo de estilos de vida saudáveis.

Com os outros sectores da comunidade, nomeadamente com as autarquias, será reforçada a articulação para a melhoria das condições do ambiente dos estabelecimentos de educação e ensino.

As estratégias da OMS, *Health for All in the 21st century*, apontam para que, no ano 2015, pelo menos 50% das crianças que frequentam o jardim-de-infância e 95% das que frequentam a escolaridade obrigatória e o ensino secundário terão oportunidade de ser educadas em escolas promotoras de saúde. Uma escola promotora de saúde é a que garante a todas as crianças e jovens que a frequentam a oportunidade de adquirirem competências pessoais e sociais que os habilitem a melhorar a gestão da sua saúde e a agir sobre os factores que a influenciam. Para isso, são indispensáveis parcerias, procedimentos democráticos, metodologias participativas e desenvolvimento sustentado.

B. INDICADORES DO PNS DOS 0 ANOS 18 ANOS

1. INTRODUÇÃO
 2. INDICADORES DISPONÍVEIS
 3. EVOLUÇÃO DOS INDICADORES 2001–2007
-

1. INTRODUÇÃO

O PNS prevê a monitorização de 14 áreas de intervenção (baseadas na abordagem por settings; centrada na família e ciclo de vida; gestão integrada da doença; sistema de saúde; acessibilidade do medicamento) para as quais foram definidos 122 indicadores (com metas a alcançar até 2010) de avaliação da sua efectividade.

Numa fase inicial da monitorização e avaliação dos indicadores os dados analisados referiam-se apenas a Portugal Continental, comparando-se os valores de 2001 (início da elaboração do PNS), os de 2004 (primeiro ano de implementação) e a meta preconizada para 2010 (ano de término). No entanto, para uma maior percepção da evolução de Portugal no contexto europeu, os valores nacionais foram, ainda, comparados com os dos países da UE15 em melhor posição.

Reconhecendo-se, igualmente, a importância da análise dos indicadores a uma escala de maior pormenor, os valores das Regiões (NUT II ou ARS, em função da informação disponível) foram, posteriormente, integrados.

Os indicadores do PNS que dizem respeito às crianças e adolescentes integram três fases do ciclo de vida (“Nascer com Saúde”, “Crescer com Segurança” e “Juventude à procura de um Futuro Saudável”) e o cenário escolar.

O grupo *Nascer com Saúde* apresenta indicadores com evoluções muito distintas. A esperança de vida à nascença evoluiu favoravelmente em direcção à Meta estipulada para 2010 e a mortalidade neonatal ultrapassa positivamente a Meta mas os nascimentos pré-termo e os partos por cesariana apresentam um crescimento contrário ao pretendido.

No grupo *Crescer em Segurança* também a mortalidade infantil se encontra no caminho em direcção à Meta. Ganhos assinaláveis observam-se, ainda, nas taxas de mortalidade por grupos de idade que ultrapassam largamente a Meta estipulada para 2010.

As maiores diferenças entre géneros registam-se em alguns indicadores relacionados com os estilos de vida dos adolescentes. O consumo de tabaco e álcool em adolescentes é muito superior no sexo masculino em relação ao feminino, com a única excepção do consumo de álcool na Região de LVT, que é superior nas raparigas.

Na *Saúde Escolar* também se verificam diferentes tipos de progressos. Apesar da evolução recente da cobertura de monitorização do estado

de saúde aos 6 anos ser contrária à pretendida obtiveram-se ganhos consideráveis em alguns indicadores, de que é exemplo o índice de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente) que já ultrapassou positivamente a Meta estipulada. A grande maioria dos indicadores deste grupo encontra-se a caminho da Meta preconizada para 2010.

No site do Alto Comissariado da Saúde⁵⁷, encontram-se os indicadores em Web SIG (Sistema de Informação e Geografia).

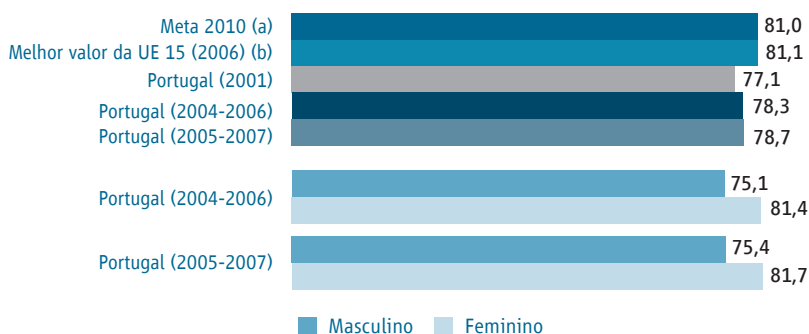
57 www.acs.min-saude.pt

3. EVOLUÇÃO DOS INDICADORES 2001-2010

NAScer COM SAÚDE

1. ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA

ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA (ANOS)



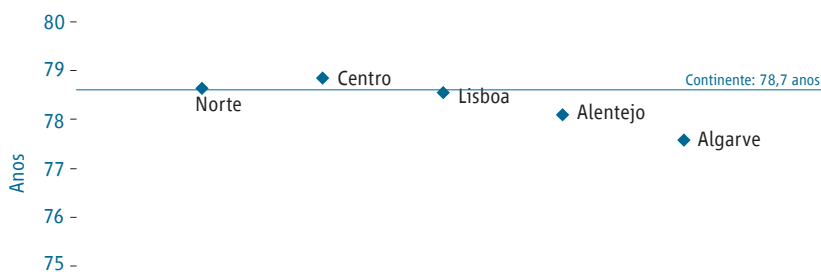
(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental. Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 53.

(b) Espanha, OECD Health Data (2008)
Fonte: INE, 2008

A esperança de vida à nascença em Portugal Continental tem aumentado, quer para o género masculino quer para o género feminino, aproximando-se da meta para 2010 (81,0 anos), bem como dos melhores valores da Europa.

A Região Centro é a que apresenta a esperança de vida à nascença mais elevada, em 2005-2007.

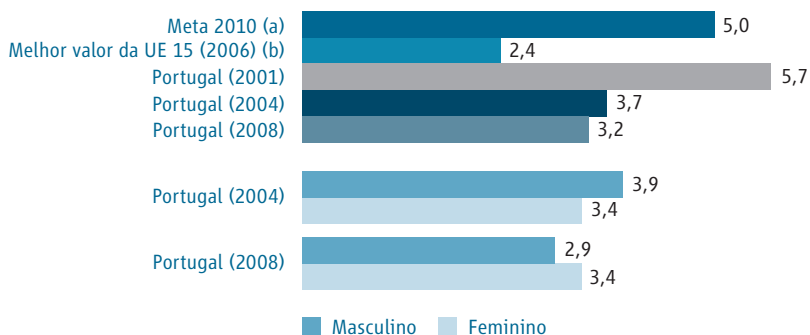
ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA, POR REGIÃO* (2005-2007)



* NUT II do DL. de 2002
Fonte: INE, 2008

2. TAXA DE MORTALIDADE FETAL/1000 NADOS VIVOS

TAXA DE MORTALIDADE FETAL / 1000 NASCIMENTOS



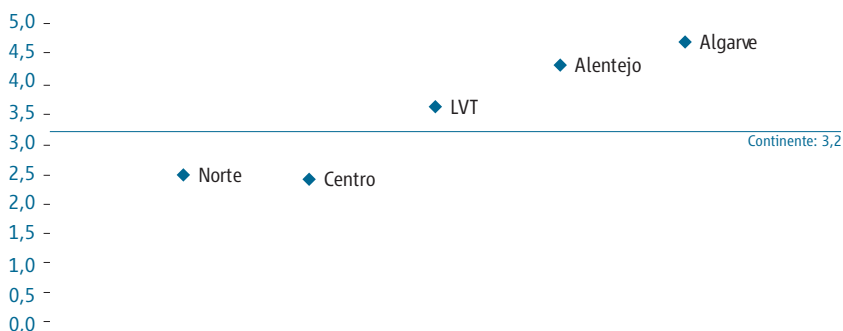
(a) Nova Meta calculada para Portugal Continental (b) Finlândia, Eurostat (2008).

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE (2009).

A taxa de mortalidade fetal em Portugal Continental passou de 3,7% para 3,2%, entre 2004 e 2008. Estes valores são inferiores ao valor apurado em 2001, assim como à Meta para 2010. Este indicador tem registado um ligeiro aumento, no caso do sexo feminino entre 2004 e 2007 (11,8%), seguindo-se um decréscimo em 2008.

Em 2008, os valores de mortalidade fetal (/1000) mais baixos registavam-se na Região Centro (2,5%).

TAXA DE MORTALIDADE FETAL / 1000 NASCIMENTOS, POR REGIÃO* (2008)

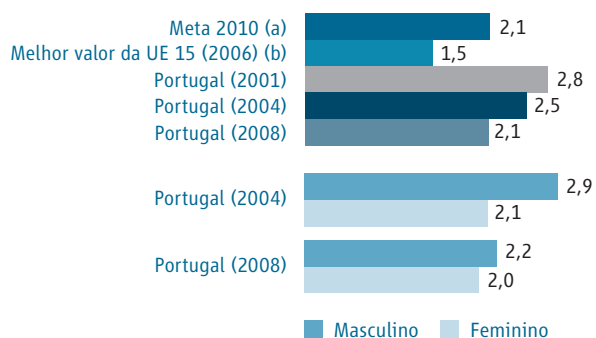


* NUT II do DL. de 1999

Fonte: INE, 2009

3. TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL/1000 NADOS VIVOS

TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL/ 1000 NADOS VIVOS



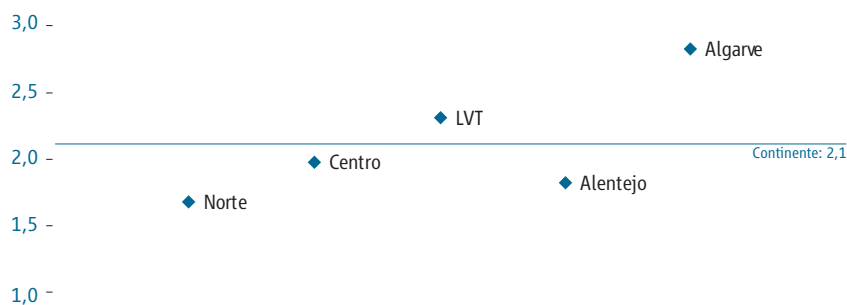
(a) Nova Meta calculada para Portugal Continental (b) Luxemburgo, Eurostat (2008).

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE (2009).

A taxa de mortalidade neonatal, que era 2,8% em 2001, tem apresentado uma tendência sempre decrescente em Portugal Continental, com um decréscimo relativo de 25%, entre 2001 e 2008. Neste ano, a taxa de mortalidade neonatal foi de 2,1 óbitos por mil nascidos vivos, valor já abaixo da Meta calculada para Portugal Continental em 2010. O decréscimo relativo, de 2004 para 2008, foi mais relevante para o sexo masculino (-24,1%) do que para o sexo feminino (-4,8%).

A Região Norte registava em 2008 a menor taxa de mortalidade neonatal.

TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL/ 1000 NADOS VIVOS, POR REGIÃO* (2008)

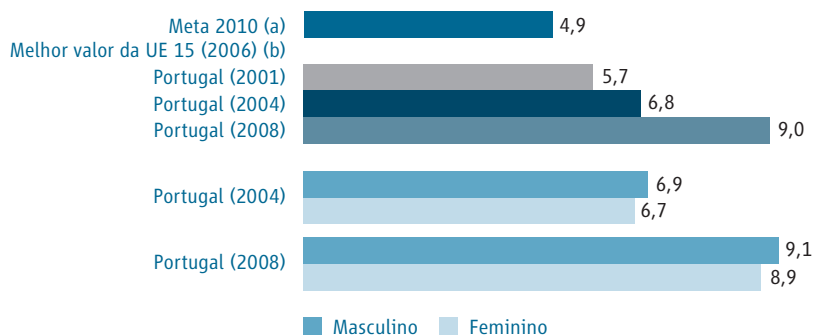


* NUT II do DL. de 1999

Fonte: INE, 2009

4. TAXA DE NASCIMENTOS PRÉ-TERMO/100 NADOS VIVOS

TAXA DE MORTALIDADE PRÉ-TERMO/100 NADOS VIVOS



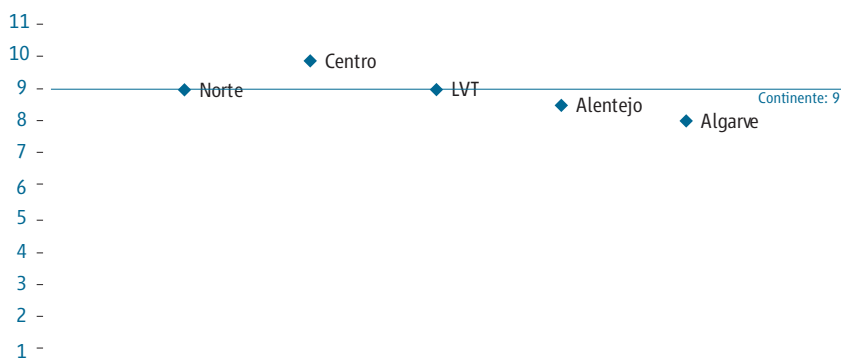
(a) Nova Meta calculada para Portugal Continental (b) Não disponível.

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE (2009).

A taxa de nascimentos pré-termo em Portugal Continental aumentou 57,9%, de 2001 para 2008, afastando-se da Meta estabelecida para 2010. Para o sexo masculino a taxa de nascimentos pré-termo passou de 6,9% em 2004 para 9,1% em 2008 (aumento relativo de 31,8%) e para o sexo feminino passou de 6,7% para 8,9%, no mesmo período (aumento relativo de 32,8%).

Em 2008, a Região do Algarve apresentava a menor proporção de nascimentos pré-termo.

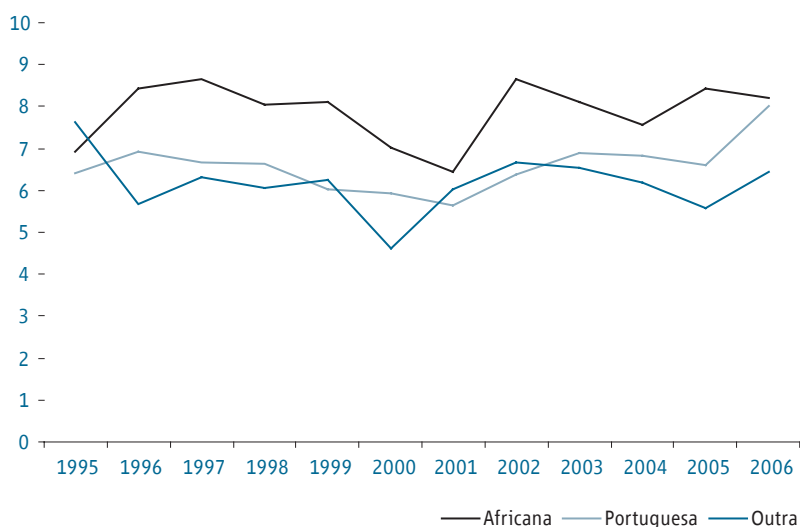
TAXA DE MORTALIDADE PRÉ-TERMO/ 1000 NADOS VIVOS, POR REGIÃO* (2008)



* NUT II do DL. de 1999

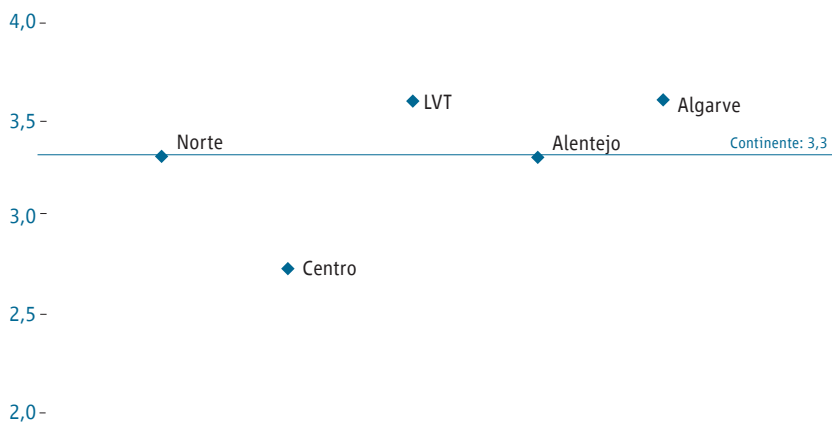
Fonte: INE, 2009

EVOLUÇÃO DA PERCENTAGEM DE NASCIMENTOS PRÉ-TERMO POR PAÍS DE ORIGEM DA MÃE, EM PORTUGAL CONTINENTAL (1995-2006)



Fonte: INE, 1995-2006

A percentagem de nascimentos pré-termo (idade gestacional < 37 semanas) tem vindo a aumentar em Portugal. Ao analisar este indicador tendo em conta o país de origem da mãe, verificou-se que percentagem de nascimentos pré-termo foi, ao longo de todo o período, maior entre as mães de origem africana do que entre as mães de outras nacionalidades. No entanto, o aumento relativo do indicador, entre 1995 e 2006, foi de 25,3% para as mães portuguesas e de 18,7% para as mães africanas, pelo que em 2006 a percentagem de nascimentos pré-termo para um e outro grupo de mães era já muito próxima (8,0 para mães portuguesas e 8,2 para mães africanas). Para as mães de outras nacionalidades registou-se um decréscimo relativo de 15,6%, entre 1995 e 2006.

5. VALOR PERCENTUAL DE CRIANÇAS (≥ 37 SEMANAS DE GESTAÇÃO) COM BAIXO PESO (<2500 G) À NASCENÇAVALOR PERCENTUAL DE CRIANÇAS (≥ 37 SEMANAS DE GESTAÇÃO) COM BAIXO PESO (<2500 G) À NASCENÇA, POR REGIÃO* (2007)

* NUT II do DL. de 1999

Fonte: INE, 2009

Em 2007, o valor percentual de crianças com baixo peso à nascença, em Portugal Continental, era de 3,3%. A Região Centro registou o valor mais baixo (2,7%).

6. PARTOS POR CESARIANA/100 PARTOS

PARTOS POR CESARIANA /100 PARTOS

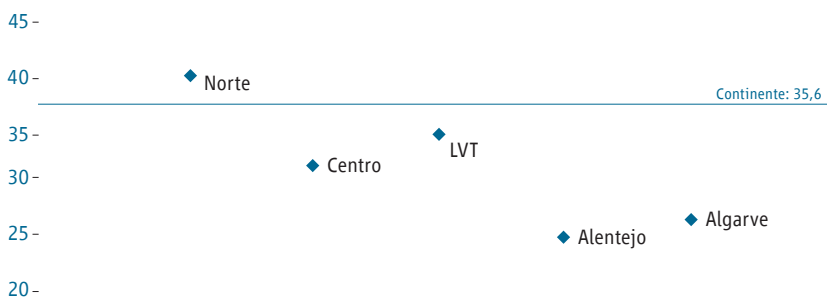


(a) Nova Meta calculada para Portugal Continental. (b) Finlândia, OECD Health Data (2008).
Fonte: INE, 2008

O número de partos por cesariana em Portugal Continental, no ano 2007, foi de 35,6/100 partos ocorridos, mantendo-se a tendência de aumento dos anos anteriores e de divergência em relação à meta definida no PNS para 2010. O valor registado em 2007 representa um aumento de 8,5%, relativamente ao valor deste indicador em 2004.

Em 2007, a menor percentagem de partos por cesariana registou-se na Região do Alentejo.

PARTOS POR CESARIANA /100 PARTOS, POR REGIÃO* (2007)

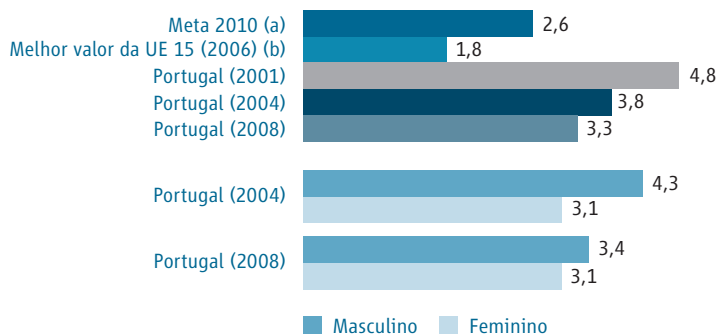


* NUT II do DL. de 1999
Fonte: INE, 2008

CRESCER COM SEGURANÇA

7. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL/1000 NADOS VIVOS

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL/1000 NADOS VIVOS



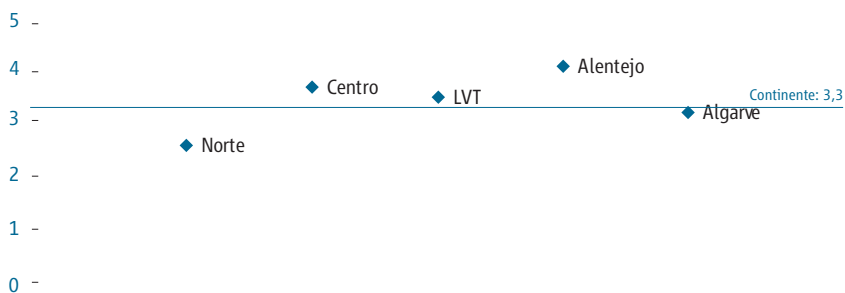
(a) Nova Meta calculada para Portugal Continental (b) Luxemburgo, Eurostat (2008).

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE (2009).

A taxa de mortalidade infantil em Portugal Continental apresenta, no período 2001-2008 tendência decrescente, variando de 4,8‰ para 3,3‰ (-31,3%). Apesar desta tendência o valor de 2008 é superior ao melhor valor registado na Europa dos 15 (Luxemburgo com 1,8‰) e da Meta prevista para Portugal Continental em 2010.

A Região Norte registou a menor taxa de mortalidade infantil, em 2008.

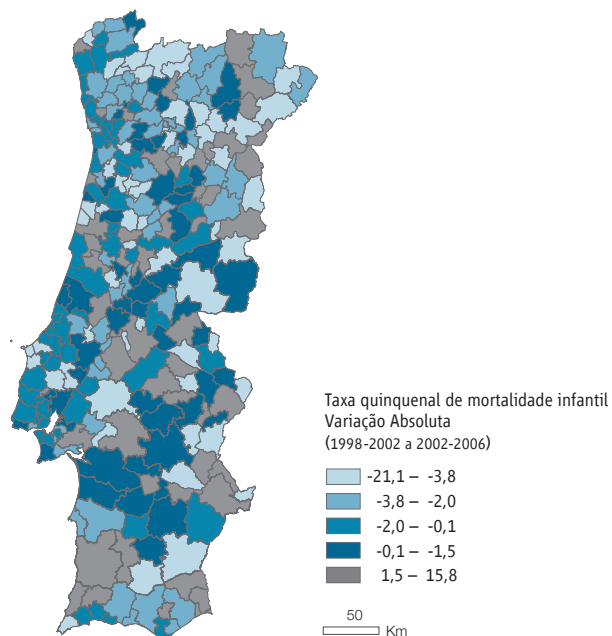
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL/ 1000 NADOS VIVOS, POR REGIÃO* (2008)



* NUT II do DL. de 1999

Fonte: INE, 2009

VARIÇÃO ABSOLUTA DA TAXA QUINQUENAL DE MORTALIDADE INFANTIL, ENTRE 1998-2002 E 2002-2006, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA DA MÃE

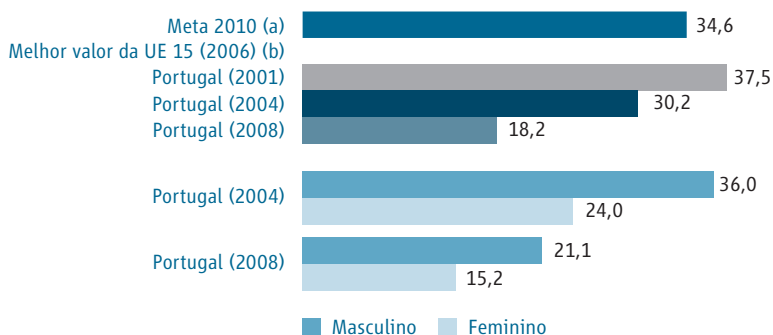


Fonte: INE, 1995-2006

Em 57 dos 278 concelhos de Portugal Continental observou-se um aumento superior a 1,5 óbitos por mil nados vivos, entre os períodos 1998-2002 e 2002-2006. Estes concelhos encontram-se dispersos pelo território. No entanto, dos 57 concelhos, aqueles em que o aumento da taxa quinquenal de mortalidade infantil foi mais acentuado, situam-se no interior do território continental. Por outro lado, os concelhos em que se observaram ganhos neste indicador localizam-se tanto no litoral como no interior.

8. TAXA DE MORTALIDADE 1-4 ANOS/100 000 CRIANÇAS

TAXA DE MORTALIDADE 1-4 ANOS/100 000 CRIANÇAS



(a) Nova Meta calculada para Portugal Continental (b) Não disponível.

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE (2009).

A taxa de mortalidade de crianças com idade entre 1 e 4 anos, em Portugal Continental, diminuiu 51,5%, entre 2001 e 2008. Os valores deste indicador, de 2004 em diante, encontravam-se já abaixo da meta prevista para 2010.

Entre 2004 e 2008 ambos os géneros registaram um decréscimo acentuado desta taxa, sendo este mais evidente no masculino do que no feminino (-41,4% e -36,7%, respectivamente).

A Região Centro registava, em 2008, os mais baixos valores de mortalidade dos 1 aos 4 anos de idade.

TAXA DE MORTALIDADE 1-4 ANOS/100 000 CRIANÇAS, POR REGIÃO* (2008)

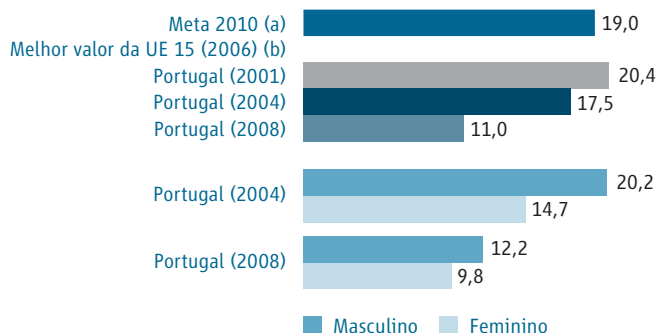


* NUT II do DL. de 1999

Fonte: INE, 2009

9. TAXA DE MORTALIDADE 5-9 ANOS/100 000 CRIANÇAS

TAXA DE MORTALIDADE 5-9 ANOS/100 000 CRIANÇAS

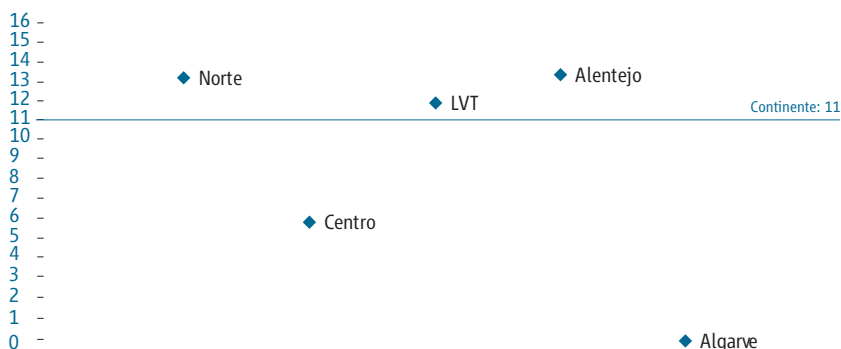


(a) Nova Meta calculada para Portugal Continental (b) Finlândia, Eurostat (2008).
 Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE (2009).

A taxa de mortalidade dos 5 aos 9 anos de idade diminuiu, em Portugal Continental, de 20,4 para 11 óbitos por 100.000 crianças desta faixa etária, entre 2001 e 2008 (decréscimo relativo de 46,1%). Este indicador encontra-se desde 2004 já abaixo da Meta definida para 2010.

Em 2008, o Algarve registava a menor taxa de mortalidade (/100.000) em crianças dos 5 aos 9 anos de idade.

TAXA DE MORTALIDADE 5-9 ANOS/100 000 CRIANÇAS, POR REGIÃO* (2008)

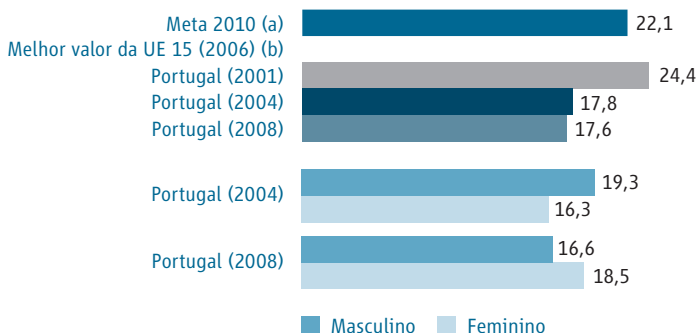


* NUT II do DL de 1999
 Fonte: INE, 2009

UMA JUVENTUDE À PROCURA DE UM FUTURO SAUDÁVEL

10. TAXA DE MORTALIDADE 10-14 ANOS/100 000 CRIANÇAS

TAXA DE MORTALIDADE DOS 10 AOS 14 ANOS/100 000 JOVENS



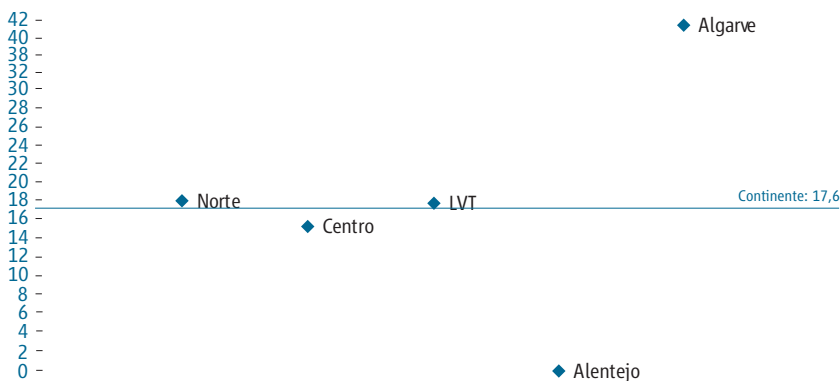
(a) Nova Meta calculada para Portugal Continental (b) Não Disponível

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE (2009).

A taxa de mortalidade dos 10 aos 14 anos em Portugal Continental decresceu 27,9% entre 2001 e 2008 (passando de 24,4% para 17,6% por 100.000 crianças). No período 2004-2008 este indicador registou valores sempre inferiores à Meta definida para 2010, tendo atingido um valor mínimo no ano 2005 (14,8%000), para posteriormente estabilizar em valores próximos de 16%000.

A Região do Alentejo apresentava em 2008, o valor mais baixo de mortalidade (/ 100 000) dos 10 aos 14 anos, sendo esta de 0%000.

TAXA DE MORTALIDADE 10-14 ANOS/100 000 JOVENS, POR REGIÃO* (2008)

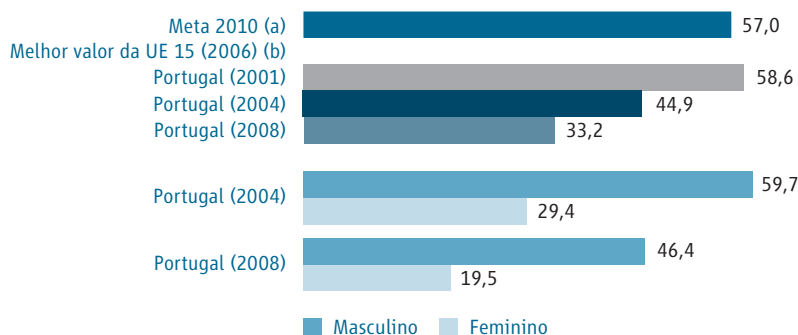


* NUT II do DL. de 1999

Fonte: INE, 2009

11. TAXA DE MORTALIDADE 15-19 ANOS/100 000 JOVENS

TAXA DE MORTALIDADE DOS 15 AOS 19 ANOS/100 000 JOVENS



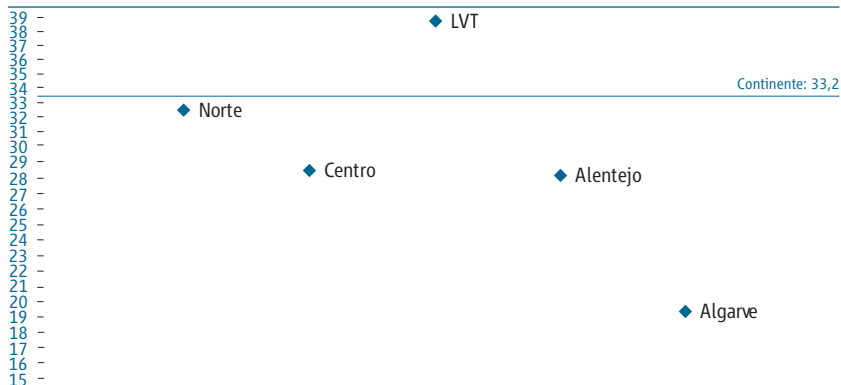
(a) Nova Meta calculada para Portugal Continental (b) Não Disponível
 Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE (2009).

A taxa de mortalidade dos 15 aos 19 anos, em Portugal Continental, decresceu 43,3% entre 2001 e 2008 (passando de 58,6 para 33,2/100.000).

No período 2004-2008 os valores deste indicador encontram-se já nitidamente abaixo da Meta definida para 2010.

Em 2008, a Região do Algarve registava o valor mais baixo de mortalidade (19,5/100 000) em jovens dos 15 aos 19 anos.

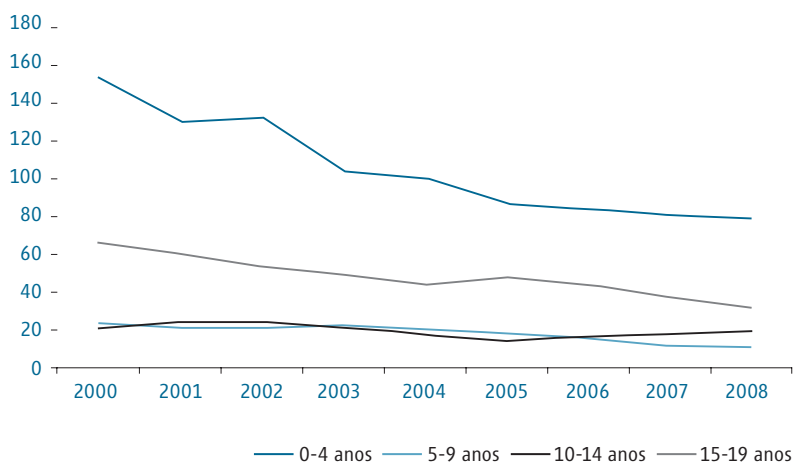
TAXA DE MORTALIDADE DOS 15 AOS 19 ANOS/100 000 JOVENS, POR REGIÃO* (2008)



* NUT II do DL de 1999
 Fonte: INE, 2009

12. TAXA DE MORTALIDADE, POR 100 000 CRIANÇAS E ADOLESCENTES, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO (2000-2008)

TAXA DE MORTALIDADE, POR 100 000 CRIANÇAS E ADOLESCENTES, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO (2000-2008)

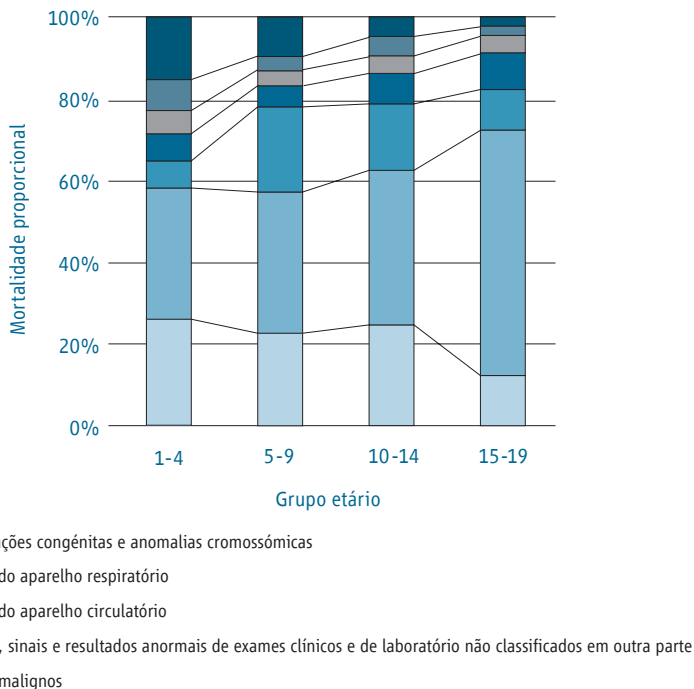


Fonte: INE, 2008

As taxas de mortalidade de crianças e adolescentes decresceram, no período de 2000 a 2008. Para os grupos etários em causa, a taxa de mortalidade é mais elevada para as crianças que ainda não completaram 5 anos, atinge os valores mais baixos na faixa dos 5 aos 14 anos, voltando a ser mais alta acima dos 15 anos.

13. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO (2003-2005)

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, EM PORTUGAL, 2003 A 2005

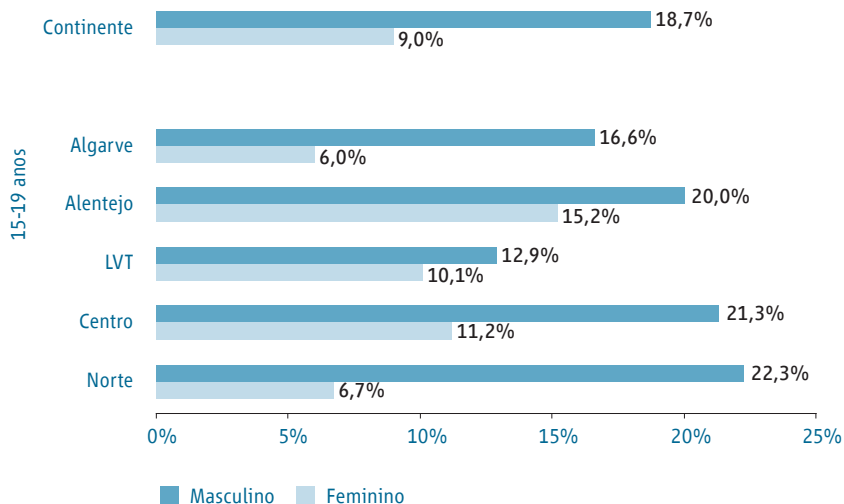


Fonte: Elaborado a partir de Estatísticas da Saúde, 2003-2005, INE

Na faixa etária de 1 a 19 anos a mortalidade por causas externas é a que mais se destaca, aumentando o seu peso relativo à medida que aumenta a idade: de 32% dos óbitos entre 1 e 4 anos para 60% dos óbitos entre 15 e 19 anos. A mortalidade por tumores malignos é mais preponderante nos grupos etários 5-9 e 10-14 anos (respectivamente 21% e 16% da mortalidade nessas idades).

14. CONSUMO DE TABACO EM ADOLESCENTES (15 A 19 ANOS)

VALOR PERCENTUAL DE ADOLESCENTES (15 A 19 ANOS) QUE FUMAM*, POR NUT II (2006)

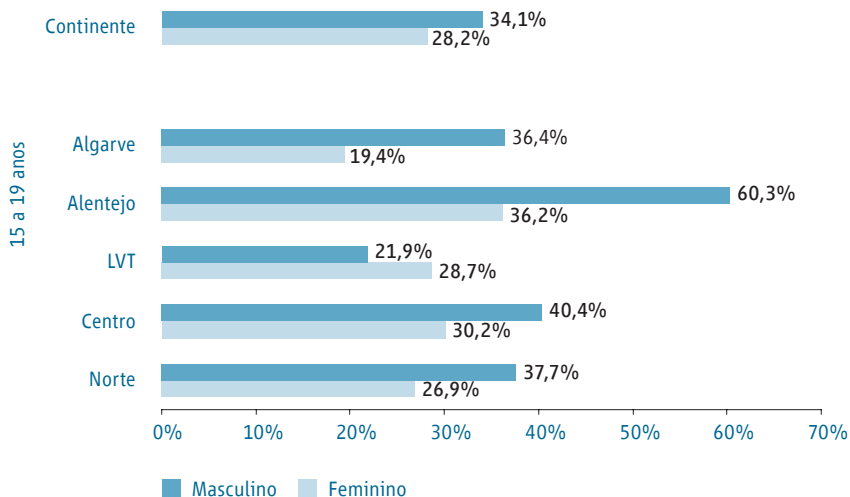


* Inclui tabaco, cachimbo e charuto
 Fonte: INE/INSA, 4º INS

De acordo com a informação recolhida no 4º Inquérito Nacional de Saúde, mais de 20% dos rapazes adolescentes das Regiões do Alentejo, Centro e Norte tem hábitos tabágicos. O consumo é menor na Região de LVT (12,9%). Para as raparigas da mesma faixa etária, as percentagens são mais baixas, variando entre 6,0% no Algarve e 15,2% no Alentejo. A diferença entre géneros é maior na Região Norte e menor em LVT.

15. CONSUMO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES (15 A 19 ANOS)

VALOR PERCENTUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (15-19 ANOS) QUE NOS ÚLTIMOS DOZE MESES BEBERAM ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA, POR NUT II (2006)

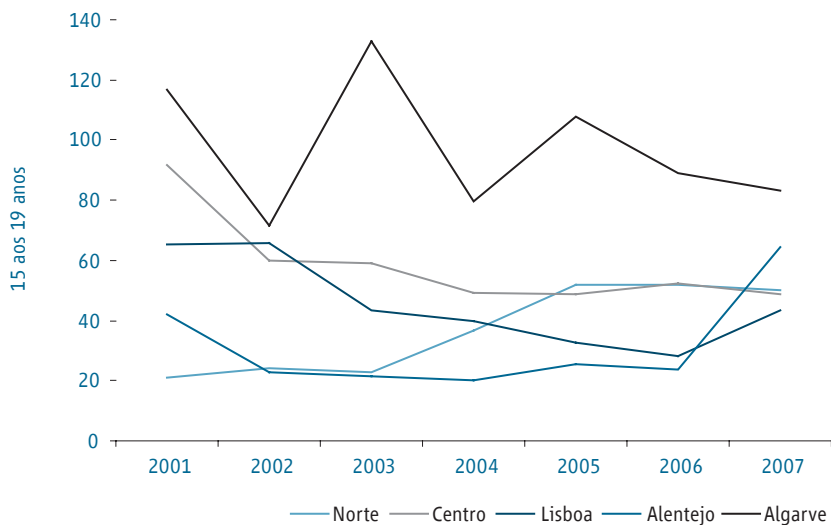


Fonte: INE/INSA, 4º INS

A percentagem de rapazes entre os 15 e os 19 anos que consumiu alguma bebida alcoólica é superior à das raparigas em todas as Regiões, à excepção do verificado em LVT. Para os rapazes a percentagem variou entre 21,9% em LVT e 60,3% no Alentejo. Para as raparigas a variabilidade entre Regiões foi inferior, com a menor percentagem (19,4%) no Algarve e a maior (36,2%) no Alentejo.

16. CONSUMO DE DROGA EM ADOLESCENTES DOS 15 AOS 19 ANOS

NÚMERO DE PRIMEIRAS CONSULTAS DE TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA POR 100 000 ADOLESCENTES (15-19 ANOS), POR NUT II



Fonte: IDT, 2008

Entre 2001 e 2007 o número de primeiras consultas de tratamento da toxicodependência do IDT por 100 000 adolescentes (19 anos) diminuiu 3,6%. No entanto, este decréscimo apenas se registou no grupo etário dos 15 aos 19 anos (diminuição relativa de 5,8%) uma vez que nos adolescentes com idade menor ou igual que 14 anos verificou-se um aumento bastante acentuado (aumento relativo de 189,5%).

Em 2007, a Região Centro apresentava a maior proporção de consultas de tratamento da toxicodependência em jovens com idade 14 anos (8,7‰) e o Algarve no grupo dos 15 aos 19 anos (83,2‰).

SAÚDE ESCOLAR

17. VALOR PERCENTUAL (%) DE COBERTURA DE MONITORIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS ALUNOS AOS 6 ANOS

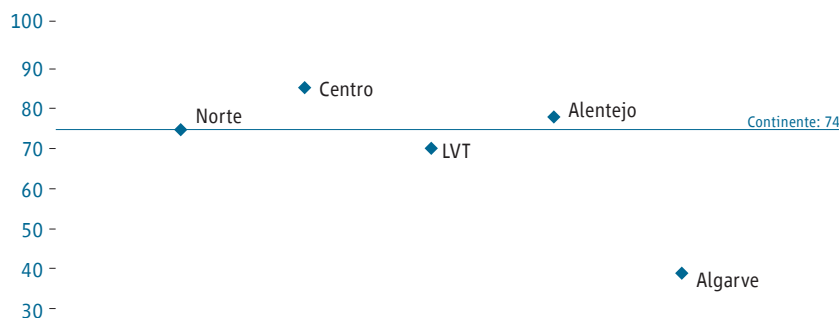
VALOR PERCENTUAL DE COBERTURA DE MONITORIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS ALUNOS AOS 6 ANOS



(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental (b) Não Disponível
 Fonte: DGS e Administrações Regionais de Saúde, 2008
 Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 47.

A percentagem de alunos que no início da escolaridade obrigatória realizaram Exame de Saúde Global variou entre 73% e 76% nos últimos anos lectivos, no Continente. Estes valores do indicador ainda se encontram afastados da meta para 2010. No ano lectivo de 2006/2007 a maior percentagem de cobertura de monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos de idade verificava-se na Região Centro.

VALOR PERCENTUAL DE COBERTURA DE MONITORIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS ALUNOS AOS 6 ANOS, POR REGIÃO* (ANO LECTIVO 2006/2007)



* Região de Saúde
 Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2008

18. VALOR PERCENTUAL (%) DE ALUNOS COM PNV ACTUALIZADO AOS 6 ANOS

VALOR PERCENTUAL DE ALUNOS COM O PNV ACTUALIZADO AOS 6 ANOS

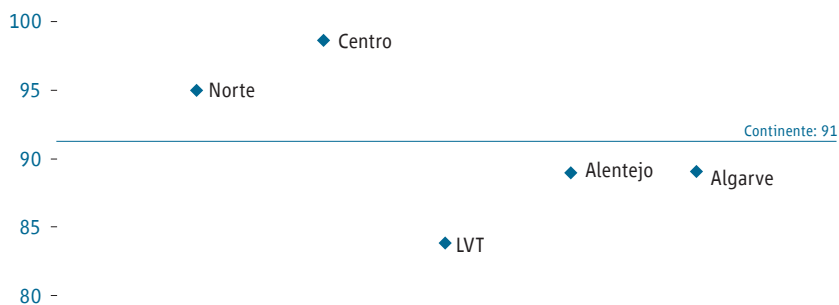


(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental (b) Não Disponível
 Fonte: DGS e Administrações Regionais de Saúde, 2008
 Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 47.

Em Portugal Continental, a percentagem de alunos com o Plano Nacional de Vacinação actualizado aos 6 anos de idade variou entre 90 e 92%, nos últimos anos lectivos. Estes valores, apesar de elevados, encontram-se ainda abaixo da meta para 2010 (99%).

A maior percentagem com o PNS actualizado aos 6 anos de idade verificou-se na Região Centro, no ano lectivo de 2006/2007.

VALOR PERCENTUAL DE ALUNOS COM O PNV ACTUALIZADO AOS 6 ANOS, POR REGIÃO* (ANO LECTIVO 2006/2007)



* Região de Saúde
 Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2008

19. VALOR PERCENTUAL (%) DE CRIANÇAS COM 6 ANOS LIVRES DE CÁRIES

VALOR PERCENTUAL DE CRIANÇAS COM 6 ANOS LIVRES DE CÁRIES

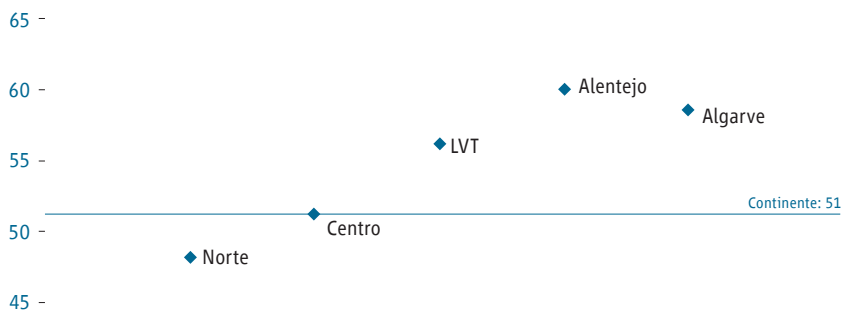


(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental (b) Não Disponível
 Fonte: DGS e Administrações Regionais de Saúde, 2008
 Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 47.

No ano lectivo de 2005/2006, do total de crianças com 6 anos de idade e escolarizadas em Portugal Continental, apenas 51% não apresentavam cáries. Relativamente ao valor registado em 2002/2003, a percentagem de crianças com 6 anos livres de cáries aumentou 54,4%.

Na Região do Alentejo registaram-se as maiores proporções de crianças com 6 anos livres de cáries, no ano lectivo de 2005/2006.

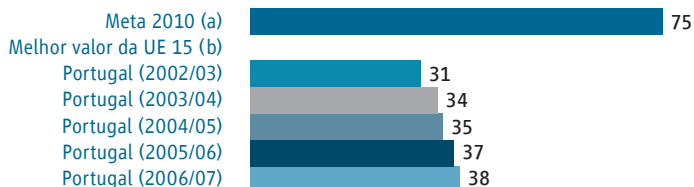
VALOR PERCENTUAL DE CRIANÇAS COM 6 ANOS LIVRES DE CÁRIES, POR REGIÃO* (ANO LECTIVO 2005/2006)



* Região de Saúde
 Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2008

20. VALOR PERCENTUAL (%) DE COBERTURA DE MONITORIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS ALUNOS AOS 13 ANOS

VALOR PERCENTUAL DA COBERTURA DE MONITORIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS ALUNOS AOS 13 ANOS

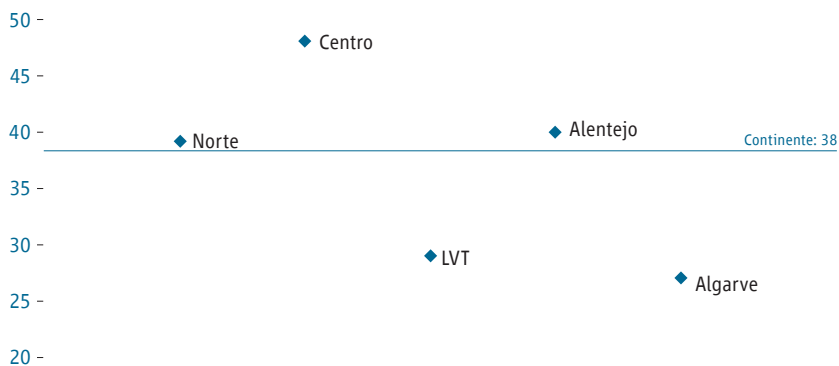


(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental (b) Não Disponível
 Fonte: DGS e Administrações Regionais de Saúde, 2008
 Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 47.

A percentagem de alunos de 13 anos que realizaram Exame de Saúde Global, que era 31% em 2002/2003, aumentou progressivamente nos últimos anos lectivos. Apesar deste aumento o valor do indicador em 2006/2007 (38%) ainda se encontrava muito afastado da meta para 2010.

No ano lectivo de 2006/2007 a Região Centro registada a maior cobertura de monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos.

VALOR PERCENTUAL DA COBERTURA DE MONITORIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS ALUNOS AOS 13 ANOS, POR REGIÃO* (ANO LECTIVO 2006/2007)



* Região de Saúde
 Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2008

21. VALOR PERCENTUAL (%) DE ALUNOS COM PNV ACTUALIZADO AOS 13 ANOS

VALOR PERCENTUAL DE ALUNOS COM O PNV ACTUALIZADO AOS 13 ANOS



(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental (b) Não Disponível

Fonte: DGS e Administrações Regionais de Saúde, 2008

Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 47.

Em Portugal Continental, a percentagem de alunos com o Plano Nacional de Vacinação actualizado aos 13 anos de idade apresentou um aumento relativo de 6,4%, entre 2002/2003 e 2006/2007. Neste último ano lectivo, 83% dos alunos com 13 anos de idade tinham o PNV actualizado.

No ano lectivo de 2006/2007 a Região Norte e o Alentejo registavam a maior proporção de alunos com o PNV actualizados aos 13 anos.

VALOR PERCENTUAL DE ALUNOS COM O PNV ACTUALIZADO AOS 13 ANOS, POR REGIÃO* (ANO LECTIVO 2006/2007)

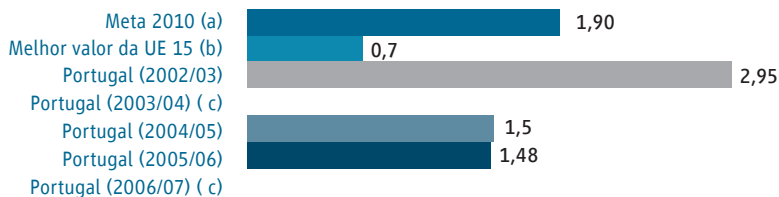


* Região de Saúde

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2008

22. ÍNDICE DE CPOD (DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS NA DENTIÇÃO PERMANENTE) AOS 12 ANOS

ÍNDICE DE CPOD (DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS NA DENTIÇÃO PERMANENTE) AOS 12 ANOS



(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental (b) Alemanha e Reino Unido, WHO/HFA-DB (2008).

(c) Não Disponível.

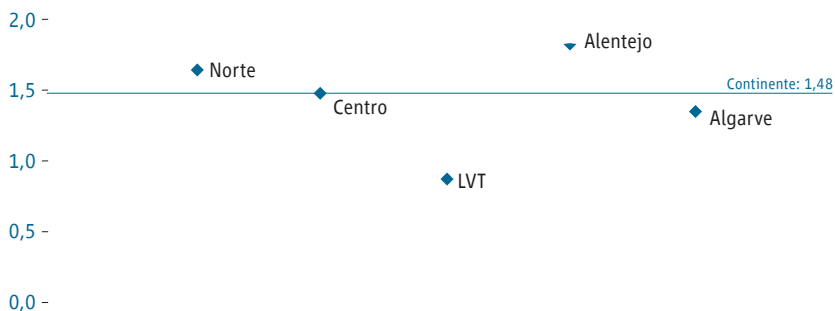
Fonte: DGS e Administrações Regionais de Saúde, 2008

Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 47.

Entre o ano lectivo de 2002/2003 e o de 2005/2006, em Portugal Continental, o índice de CPOD aos 12 anos diminuiu cerca de 50%, passando de 2,95 para 1,48 (número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, por criança de 12 anos examinada).

No ano lectivo de 2005/2006, os valores mais baixos registaram-se na Região de LVT.

ÍNDICE DE CPOD (DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS NA DENTIÇÃO PERMANENTE) AOS 12 ANOS, POR REGIÃO* (ANO LECTIVO 2005/2006)

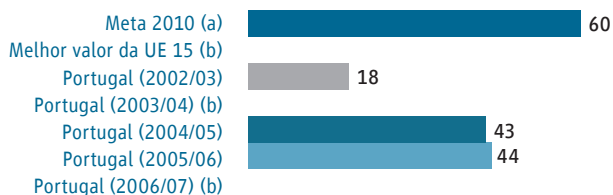


* Região de Saúde

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2008

23. VALOR PERCENTUAL (%) DE JOVENS NECESSITADOS DE TRATAMENTO COM DENTES TRATADOS AOS 12 ANOS

VALOR PERCENTUAL DE JOVENS NECESSITADOS DE TRATAMENTO COM DENTES TRATADOS AOS 12 ANOS



(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental. (b) Não Disponível

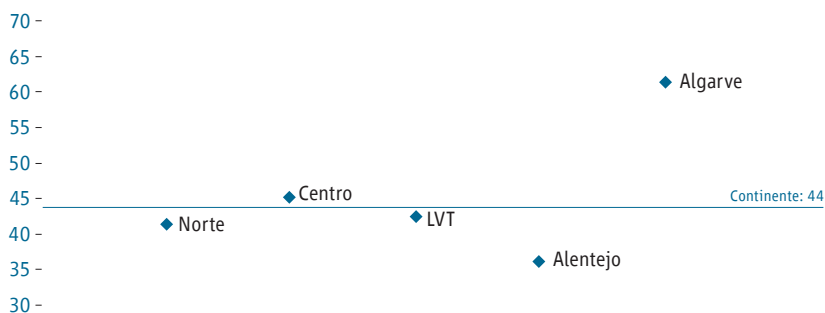
Fonte: DGS e Administrações Regionais de Saúde, 2008

Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 47.

No ano lectivo 2005/2006, em Portugal Continental, do total de alunos com 12 anos de idade que necessitavam de tratamento dentário, apenas 44% apresentavam os dentes tratados. Esta percentagem, no entanto, representa um aumento de 144% relativamente ao valor registado em 2002/2003.

A Região do Algarve apresentava no ano lectivo de 2005/2006 os valores percentuais mais elevados.

VALOR PERCENTUAL DE JOVENS NECESSITADOS DE TRATAMENTO COM DENTES TRATADOS AOS 12 ANOS, POR REGIÃO* (ANO LECTIVO 2005/2006)



* Região de Saúde

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2008

2.4. VALOR PERCENTUAL (%) DE ALUNOS COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS PASSÍVEIS DE RESOLUÇÃO, QUE TÊM, NO FINAL DO ANO LECTIVO, O SEU PROBLEMA DE SAÚDE RESOLVIDO

VALOR PERCENTUAL (%) DE ALUNOS COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS PASSÍVEIS DE RESOLUÇÃO, QUE TÊM, NO FINAL DO ANO LECTIVO, O SEU PROBLEMA DE SAÚDE RESOLVIDO

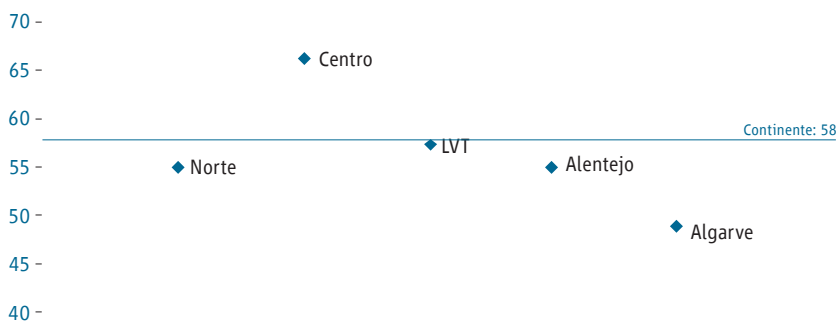


(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental. (b) Não Disponível
 Fonte: DGS e Administrações Regionais de Saúde, 2008
 Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 47.

Nos últimos anos lectivos a percentagem de alunos com necessidades de saúde especiais passíveis de resolução, que tinham no final de cada ano lectivo, o seu problema de saúde resolvido variou entre 51% e 58%. A meta para 2010 (75%) não foi ainda atingida.

A Região Centro registava, no lectivo de 2006/2007, a maior percentagem.

VALOR PERCENTUAL DE ALUNOS COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS PASSÍVEIS DE RESOLUÇÃO, QUE TÊM, NO FINAL DO ANO LECTIVO, O SEU PROBLEMA DE SAÚDE RESOLVIDO, POR REGIÃO* (ANO LECTIVO 2006/2007)



* Região de Saúde
 Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2008

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
2004 – 2008