

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL  
DOCUMENTOS DE TRABALHO

CUIDADOS DE SAÚDE  
MATERNA E NEO-NATAL

JUNHO 1989

## C O N T E Ú D O

- . PREFÁCIO
- . DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 1  
OBJECTIVOS DA COMISSÃO
- . DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 2  
ASSISTÊNCIA PRÉ-CONCEPCIONAL E PRÉ-NATAL
- . DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 3  
CONSTITUIÇÃO E FUNÇÕES DAS UNIDADES COORDENADORAS  
FUNCIONAIS PARA A SAÚDE MATERNA E INFANTIL (UCF)
- . DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 4  
CARACTERIZAÇÃO:  
HOSPITAL DE APOIO PERINATAL (HAP)  
HOSPITAL DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO (HAPD)
- . DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 5  
A - IDENTIFICAÇÃO E PROPOSTA DE CRIAÇÃO DOS HAP  
B - QUADROS DE PESSOAL DOS HAP E QUANTIFICAÇÃO DAS CAMAS  
C - HOSPITAIS DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO (HAPD)
- . DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 6  
FORMAÇÃO

# COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE

## MATERNA E INFANTIL

### PREFÁCIO

Em Maio de 1987 um grupo de trabalho coordenado pelo Senhor Dr. Luís de Carvalho e integrando os Senhores Dr. Albino Aroso, Prof. Luís Pereira Leite e Prof. Octávio Ribeiro da Cunha, elaborou por indicação do Secretário de Estado Adjunto da Ministra da Saúde um longo relatório onde se dava conta, a nível nacional, das condições de funcionamento e dos meios humanos e materiais disponíveis na área da Saúde Materna e Neonatal.

Pretendeu-se, com esse trabalho, identificar as principais causas e dificuldades dessa área, seleccionar os principais problemas e apontar desde logo algumas soluções possíveis para o nosso País.

De facto, a constatação de que a mortalidade infantil e em particular a perinatal se situava em níveis dos mais elevados da Europa Comunitária obrigava a que se procedesse a uma análise das condições em que se processava em particular o parto e a assistência ao recém-nascido.

O inquérito então feito foi conduzido pelo DEPS que recolheu, agrupou e tratou os dados recebidos de todos os Hospitais, onde existem Serviços de Obstetrícia.

Foi assim possível chegar a várias conclusões que transcrevemos:

- ① - Deve ser posto em execução a nível nacional o conjunto de normas já elaboradas na DGCSP sobre o relacionamento entre as unidades de cui-

MEMBROS DA COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL

Dr. Antônio Baptista Pereira  
Prof. Doutor Antônio Torrado da Silva  
Dr. João Dória Nóbrega  
Dr. José Manuel Palminha  
Prof. Doutor Luís Pereira Leite  
Drª. Maria da Purificação Araújo  
Prof. Doutor Octávio Cunha  
Dr. Vicente Souto

ENTIDADES E PERSONALIDADES CONSULTADAS OU COLABORANTES

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADM. DA SAÚDE - Engº. Dário Ramos  
DIRECÇÃO-GERAL DOS HOSPITAIS - Engª. Cecília Mendonça  
INSA - DEP. DE ENSINO DE ENFERMAGEM - Enfª. Marília Viterbo de Freitas  
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE - Dr. Luís Magão  
INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - Dr. Francisco Rocha da Silva,  
Dr. Pedro Dias Costa, Dr. Custódio Braz, Prof. Lincoln Justo da Silva  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS - Enfª. Mariana Dinis de Sousa  
DIRECTORES DE SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA E DE PEDIATRIA DOS HOSPITAIS E MATERNIDADES CENTRAIS  
COLÉGIO DE ESP. DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA ORDEM DOS MÉDICOS - Prof. Doutor João Silva Carvalho  
COLÉGIO DE ESP. DE PEDIATRIA DA ORDEM DOS MÉDICOS - Prof. Doutor Norberto Teixeira Santos  
SOCIEDADE PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA - Prof. Doutor Manuel Meirinho  
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - Dr. João Manuel Amaral  
SERVIÇO DE UTILIZAÇÃO COMUM DOS HOSPITAIS - Engº. Maia de Moraes

SECRETARIADO E DACTILOGRAFIA

Maria Isabel do Vale, Natália Bruno, Maria Eduarda Moinhos

dados de saúde primários e os hospitais de apoio vocacionados e dotados de meios para a realização do parto e assistência conveniente ao recém-nascido.

Nomeadamente deve ser generalizado o uso, como suporte de referência médica em ambos os sentidos, dos boletins de saúde da grávida e infantil.

- 2 - Devem ser rapidamente desenvolvidos os serviços de obstetrícia que correspondam às condições de funcionamento propostas e simultaneamente proceder-se à desactivação dos restantes assim como a eliminação do parto nos centros de saúde.
- 3 - Toda a prioridade deve ser dada à criação de novas, e melhoria das existentes unidades de neonatologia, dotadas dos requisitos técnicos mínimos, assim como à criação de condições para monitorização do parto em todos os serviços de obstetrícia.
- 4 - Deve proceder-se à revisão imediata dos quadros de pessoal, nomeadamente no que respeita a médicos obstetras e pediatras e enfermeiras parteiras, de modo a dotar o serviço com os recursos humanos indispensáveis ao seu funcionamento.
- 5 - Devem intensificar-se as acções de formação, generalizando na formação de médicos obstetras e pediatras as normas propostas nos documentos da DGCSP (ver anexo).  
  
Por outro lado deve alargar-se rapidamente a formação de enfermeiras-parteiros nos hospitais distritais em que as carências são gritantes.
- 6 - Se algumas das propostas devem ser executadas o mais rapidamente possível, o horizonte temporal para que o conjunto de medidas referidas sejam executadas deverá ser o fim de 1989, de forma a que no início dos anos 90 se possa dispor de uma rede de serviços mínimamente estruturada, equipada e dotada de recursos humanos indispensáveis.

A importância deste primeiro trabalho parece-nos óbvia dado que, até à altura, não existiam dados sistematizados sobre este problema mas tão sō alguns elementos estatísticos soltos e desencontrados que a serem tidos como base para tomadas de decisão no âmbito de uma definição de Política de Saúde para o sector, poderiam induzir em erro quem o fizesse acarretando com isso despesas inúteis e sobretudo perda de eficácia e eficiência numa área em que ninguém se pode oferecer esse luxo.

O resultado deste trabalho parece ter sido útil já que a análise do relatório de Maio de 87 levou a que o Governo constituísse como um dos objectivos prioritários da sua Política de Saúde o incremento de um programa de investimento a 6 anos cuja incidência se faria sentir na melhoria das instalações e equipamentos, tanto dos Hospitais já em funcionamento, como na perspectivação de novos Hospitais com responsabilidade nas áreas de Obstetrícia e Neonatologia.

As dotações para a execução do programa de investimento foram então inscritas no PIDDAC.

Nesse mesmo âmbito foi ainda criado e desenvolvido, a partir de Janeiro de 1987, sob a responsabilidade do INEM, um sub-sistema de transporte especializado de recém-nascidos de alto risco que dá neste momento cobertura a cerca de 70% dos partos praticados em Portugal.

A urgência e a importância das medidas tomadas não se questiona mas tornava-se importante que essas medidas fossem complementadas com outras, essas estruturais, que tornassem coerente e rentável o investimento feito em construção e equipamentos.

Com esse objectivo foi criada, sob a responsabilidade da Ministra da Saúde, a CNSMI que iniciou os seus trabalhos em Fevereiro de 1989.

Seria quase inútil referir que os cuidados à grávida e ao recém-nascido são em todos os países reconhecidos como da maior importância e não fosse a situação actual no nosso País não teríamos a necessidade permanente de lembrar que é durante a gravidez e em particular no primeiro minu

to de vida que se decide o futuro e a qualidade do futuro intelectual e físico da população do nosso País.

Não vamos repetir as estatísticas da mortalidade dos diferentes grupos etários da população infantil portuguesa mas não podemos deixar de lembrar que se a mortalidade é alta, a morbilidade não o é menos, e arrasta com ela encargos sociais que nunca poderão ser contabilizados mas que são seguramente enormes.

Hoje os intervenientes a todos os escalões dos cuidados de saúde estão correctamente informados sobre os problemas que se lhes colocam. São de todos conhecidas soluções e é hoje também um facto adquirido que existe competência técnica profissional para dar resposta aos principais desafios da Medicina moderna.

Interessava apresentar soluções globais, estruturadas, realistas e economicamente viáveis que nos conduzam pela via larga e rápida do progresso e do desenvolvimento. É não só urgente mas obrigatório sair dos atalhos que nos têm apenas servido para encontrar soluções parciais e pontuais.

São esses alguns dos propósitos da CSMI que para tal trabalhou e recolheu opinião de técnicos de renome de Instituições respeitadas como a Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Portuguesa de Pediatria e Presidente dos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos.

O conjunto de medidas que agora se propõem devem ser vistas como parte integrante de uma política global de saúde para Portugal.

Nenhum resultado positivo poderá de algum modo ser alcançado se não for garantida a participação interessada e responsável de todos - Instituições e Técnicos.

Ao Governo compete a primeira e a última decisão. Sem a sua vontade Política empenhada nada será possível.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA  
E INFANTIL

DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 1

OBJECTIVOS DA COMISSÃO

Da análise dos documentos e propostas apresentadas e discutidas pela Comissão retiram-se as conclusões que se seguem e que nos propomos executar:

1. Reanalisar e actualizar os documentos já existentes, entre os quais o do Grupo de Trabalho para a melhoria dos cuidados em perinatologia da D.G.C.S.P. de 1985, e o Relatório "Saúde Materna e Infantil. Assistência ao parto e ao recém-nascido" do Ministério da Saúde de 1987.
2. Definir claramente, a nível Nacional, a distribuição geográfica e o número de serviços de obstetrícia e maternidades:  
Hospitais de apoio perinatal (HAP) e hospitais de apoio perinatal diferenciados (HAPD).
3. Reformular a consulta pré-natal estabelecendo:
  - 3.1. Programas de informação às grávidas;
  - 3.2. Definição de competências do C.S.P. e dos C.Hospitalares;
  - 3.3. Condição de instalações e equipamento;
  - 3.4. Circulação da informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados;
  - 3.5. Preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida.

/...

4. Rentabilizar os recursos existentes.
  - 4.1. Calcular os recursos humanos necessários;
  - 4.2. Definir e implementar os HAP e os HAPD;
  - 4.3. Estudar e propor um programa que estabeleça as condições destinadas a permitir a exclusividade de funções de um número significativo de médicos hospitalares na área da saúde materna e infantil.
5. Implementar, reajustar e protocolar áreas hospitalares de apoio perinatal e apoio perinatal diferenciado.
6. Criar obrigatoriamente as consultas de referência hospitalares.
  - 6.1. Protocolar a interligação dos Cuidados de Saúde Primários com as consultas de referência hospitalares.
7. Tornar viáveis as Unidades de Cuidados Intermédios e Intensivos Neonatais.
8. Criar quadros próprios (enfermeiras, obstetras, pediatras com competência em neonatologia e anestesistas) nas unidades maternas e neonatais.
9. Criar condições que assegurem a formação contínua dos profissionais de saúde nas áreas da saúde materna e neonatal.
10. Estabelecer e garantir o funcionamento de um sistema que monitorize e avalie os programas propostos.
11. Criar condições e incentivos que permitam o desenvolvimento da investigação epidemiológica no âmbito da saúde materna e infantil.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA  
E INFANTIL

DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 2

ASSISTÊNCIA PRÉ-CONCEPCIONAL E PRÉ-NATAL

1. INTRODUÇÃO

Partindo do princípio indiscutível que a redução da morbilidade e mortalidade perinatais dependem significativamente do modelo e qualidade da assistência pré, peri e neonatal e que a assistência pré-natal se reveste de características singulares no contexto geral dos cuidados médicos comunitários, impõe-se uma análise pormenorizada das mesmas como base para opção do modelo a adoptar e definição dos respectivos aspectos assistenciais.

1.1. A assistência pré-concepcional (incluída a desenvolvida no planeamento familiar) e a assistência pré-natal têm de cobrir todo o território nacional, sabendo-se que neste existem zonas geo-demográficas muito diversas quanto às condições sócio-económicas, hábitos alimentares, condições de higiene habitacional e pública, vias de comunicação, transportes, etc.

1.2. Os C.S.P. devem assegurar a primeira linha da assistência pré-concepcional e da assistência pré-natal.

1.2.1. Tendo em conta a nossa realidade actual e embora tendencialmente se aponte para que a vigilância da grávida seja feita por todos os Clínicos Gerais, a necessidade dum preparação mínima satisfatória, ainda em muitos casos inexistente e as inevitáveis limitações materiais para dotar todos os Centros e Extensões de Saúde com o apetrechamento técnico necessário para o efeito, conduzem a que o Centro de Saúde deverá organizar a vigilância à grávida na sua zona tendo em conta

essas circunstâncias.

Assim:

- a) Cada Centro de Saúde deverá ser responsável pela primeira linha de vigilância da grávida e o seu envio aos Cuidados Diferenciados da sua Zona só se justificará por motivos de risco obstétrico.
- b) Nesse sentido deverá ser atribuído ao Centro de Saúde para além da responsabilidade, a flexibilidade para uma correcta rentabilização dos meios humanos e materiais disponíveis para que a consulta pré-natal tenha padrões mínimos de eficácia e credibilidade que poderá e deverá passar pelo aproveitamento dos médicos e enfermeiras/os já com suficiente grau de preparação a quem serão dadas condições suficientes para o efeito.
- c) O Centro de Saúde estabelecerá com o H.A.P. da sua Zona, com o apoio da U.C.F., protocolos que permitam estágios devidamente estruturados e com um período mínimo julgado suficiente para a preparação dos seus clínicos gerais.

1.3. Tendo em conta a situação actual, impõe-se recriar de imediato o espírito de equipa Clínicos Gerais/Enfermeiros de cuidados de saúde primários com preparação específica em planeamento familiar e em saúde materna e infantil, assim como a ligação à consulta de referência do HAP respectivo.

1.4. Deverão ser dadas condições aos Centros de Saúde para que organizem e generalizem uma visita domiciliária no período do puerpério que passa entre outras medidas por uma melhor gestão dos recursos humanos tantas vezes desviados para tarefas burocráticas.

Só uma visita domiciliária correcta e devidamente articulada com o Hospital, permitirá a este sem riscos apreciáveis para a mãe e o filho uma desejada alta hospitalar precoce.

1.5. Impõe-se executar com rigor as normas estabelecidas nos documentos da D.G.C.S.P. de 11.05.88 "Saúde Materna - Vigilância pré-natal e revisão do puerpério" e "Planeamento Familiar-Rotinas para funcionamento destas actividades".

- 1.5.1. Os cuidados em planeamento familiar e pré-natais implicam a existência de Centros de Saúde e/ou extensões dos Centros de Saúde dotados de meios humanos e materiais qualitativa e quantitativamente adequados.
- 1.5.2. A formação contínua de todos os profissionais dos Centros de Saúde deve obedecer aos critérios estabelecidos no ponto 9 do Documento "Temas e Calendário das Reuniões da Comissão".
- 1.5.3. O equipamento mínimo necessário para a prestação deste tipo de cuidados no Centro de Saúde e/ou extensões de Centros de Saúde terá que ser o seguinte:
  - Local apropriado
  - Aparelho para medição da tensão arterial
  - Estetoscópio
  - Mesa ginecológica
  - Fonte de iluminação
  - Fita métrica adequada
  - Unidade de auscultação fetal por Doppler
  - Luvas
  - Balança
  - Jogo de espéculos vaginais descartáveis
  - Material para colpocervicocitologia
  - Possibilidade de execução de exames semi-quantitativos de urina
- 1.6. Todo o esquema da consulta pré-natal eficiente assenta no princípio da articulação e coordenação entre o escalão de cuidados de saúde primários e o hospital de apoio.
- 1.7. Da referida articulação resultará a definição correcta dos critérios de triagem e transferência atempada, em face dos recursos disponíveis em cada nível de cuidados.
- 1.8. Considera-se um direito da grávida a posse do "Boletim de Saúde da Grávida" devidamente preenchido em face da sua importância no contexto de assistência pré-natal e tocológica.

Neste sentido, o serviço onde se realiza a primeira consulta, in dependentemente do nível assistencial a que pertence, deve respon sabilizar-se pela sua entrega, devidamente preenchido. O "Bole- tim de Saúde da Grávida" deve ser actualizado em cada consulta sub sequente, inclusivē nos serviços hospitalares aos quais a grávida possa ser referenciada.

## 2. MEDIDAS DE CURTO E MÉDIO PRAZO

Partindo dos pressupostos contidos na introdução, entende-se como metas a atingir num período de tempo razoável, o seguinte:

(2.1) Criar de imediato as U.C.F. conforme definidas no Documento de Trabalho nº. 3, a quem caberá garantir a mais adequada forma de concretizar o esquema de articulação e interligação entre os C.S.P. e os cuidados hospitalares, face aos condicionalis mos próprios de cada zona.

2.2. Incrementar, desde já, o funcionamento da equipe Clínico Geral/ /Enfermeiro em cuidados de saúde primários, que terá como fun- ções:

- a) Promoção da saúde.
- b) Educação para a saúde.
- c) Prevenção da doença.
- d) Identificar na zona do Centro de Saúde as famílias de risco social.
- e) Localizar, identificar e orientar as grávidas de risco.
- f) Localizar e identificar as mulheres, em idade fértil, de risco.
- g) Localizar e identificar os nados-vivos de risco que ne cessitam de apoio especial.
- h) Determinar, no sentido de serem atingidos os objectivos atrás referidos, que as enfermeiras dos Centros de Saú de executem de facto a função da visita domiciliária.

2.3. Dotar os Centros de Saúde e/ou as extensões dos Centros de Saú de do equipamento referido em 1.5.3..

- 2.4. Atribuir aos Centros de Saúde a capacidade para cumprir o estabelecido em 1.2.1..
- 2.5. Proceder à reavaliação pelas A.R.S. dos quadros dos Centros de Saúde tendo em conta as necessidades locais e ouvidos os Directores dos Centros de Saúde e as U.C.F. da zona.
- 2.6. Criar nos HAP e nos HAPD consultas de referência destinadas a assegurar, de forma institucionalizada um apoio real aos Centros de Saúde e a efectiva articulação e interligação entre os C.S.P. e os Cuidados Hospitalares na assistência pré-natal.
- 2.7. Pelo menos, conforme as situações concretas, dois médicos do quadro de obstetrícia dos HAP e HAPD desempenharão funções que garantam a interligação regular e permanente com os clínicos gerais, que disporão assim de interlocutores personalizados para os problemas de saúde materna.

Tais funções compreendem:

- Efectivação e coordenação das consultas de referência.
  - O estabelecimento, por todos os meios, da garantia de circulação eficaz da informação clínica entre o clínico geral e o especialista hospitalar.
  - A deslocação de especialistas hospitalares aos Centros de Saúde da respectiva área do HAP ou HAPD, de modo a promover localmente o exame e discussão dos casos clínicos que constituam problema e a formação contínua em serviço.
- 2.8. Estabelecer programas de formação contínua de todos os profissionais dos Centros de Saúde.
- 2.9. Considerar falta grave, passível de procedimento disciplinar o não preenchimento do "Boletim de Saúde da Grávida".

# COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE

## MATERNA E INFANTIL

### DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 3

#### CONSTITUIÇÃO E FUNÇÕES DAS UNIDADES COORDENADORAS FUNCIONAIS PARA A SAÚDE MATERNA E INFANTIL (UCF)

A experiência anterior da organização dos cuidados maternos e infantis torna pacífica a afirmação que sem uma boa interligação e coordenação entre os Cuidados de Saúde Primários, os HAP e os HAPD, qualquer programa de melhoria das condições de saúde materna e infantil é de difícil ou impossível execução. *promover a saúde materna e infantil*

Torna-se pois imperiosa a criação de estruturas que assegurem a articulação e a coordenação funcional entre aqueles níveis de cuidados de saúde, estruturas que se propõe designar por Unidades Coordenadoras e Funcionais para a saúde materna e infantil, abreviadamente UCF, que terão a constituição e funções seguintes:

1. Em cada área, o HAP e/ou HAPD e Centros de Saúde com eles relacionados, constituirão uma Unidade Coordenadora Funcional para a Saúde Materna e Infantil (UCF).
2. As UCF integrarão os seguintes membros:
  - *Enfermeiros: 1.º nível hospitalar + 1.º nível cuidados primários*
  - Director do Serviço de Obstetrícia ou médico do quadro do respectivo serviço por ele designado;
  - Director do Serviço de Pediatria ou médico do quadro do respectivo serviço por ele designado;
  - Coordenador de Saúde Materna da respectiva ARS;
  - Coordenador de Saúde Infantil da respectiva ARS.

3. Os elementos que constituem a UCF nomearão entre si um coordenador a quem compete convocar e presidir às reuniões, definir a respectiva ordem de trabalhos, formular e divulgar as suas conclusões e estabelecer a ligação nos dois sentidos com a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil.

4. As funções das UCF serão as seguintes:

- a) Fomentar as consultas de referência e a interligação regular e permanente entre os Especialistas Hospitalares e os Clínicos Gerais e avaliar a sua eficiência e eficácia;
- b) Garantir a circulação da informação clínica eficaz entre os Clínicos Gerais e os Médicos Hospitalares, nos dois sentidos;
- c) Avaliar, com base no programa proposto pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil e superiormente aprovado, as realidades, as prioridades e as necessidades de cada área;
- d) Coordenar, rendibilizar e verificar a eficiência e a correcta distribuição dos recursos existentes e assegurar a adequada integração dos Serviços;
- e) Assegurar a divulgação, utilização e correcto preenchimento dos documentos de trabalho, nomeadamente o Boletim de Saúde da Grávida e Boletim de Saúde Infantil;
- f) Propor à Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil medidas concretas no sentido da resolução de problemas identificados na respectiva área;
- g) Recolher os dados estatísticos que a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil definir como essenciais e manter a sua actualização.
- h) Estimular a elaboração de estudos epidemiológicos que conduzam a um melhor conhecimento da realidade local.

5. Dado que cada área disporá de um único hospital competirá a este fornecer à UCF todo o apoio logístico necessário ao seu normal funcionamento nomeadamente: instalações, secretariado e arquivos.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE

MATERNA E INFANTIL

DOCUMENTO DE TRABALHO Nº.4

CARACTERIZAÇÃO DOS:

HOSPITAL DE APOIO PERINATAL (HAP)

HOSPITAL DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO (HAPD)

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE  
MATERNA E INFANTIL

DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 4

HOSPITAL DE APOIO PERINATAL (HAP)

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

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

1. Quadros médicos de Obstetrícia e Pediatria suficientes para apoio diário às grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos, e que permitam ainda a articulação com os serviços de cuidados de saúde primários no âmbito dos pressupostos que definem a Unidade Coordenadora e Funcional da Zona (UCF).
2. Os Serviços de Obstetrícia e de Pediatria do HAP não deverão estar alheados do que se passa nos cuidados de saúde primários, cumprindo o estabelecido nas normas de funcionamento das UCF.  
*unidade Coordenadora e Funcional*
3. No que respeita aos serviços de urgência, a meta a atingir deverá ser a presença física permanente, 24/24 horas, de um obstetra, de um médico para o ajudar nos actos cirúrgicos, de um pediatra e de um anestesista de

forma a garantir a assistência clínica adequada a todos os partos.

4. Sistema de colheita de dados clínicos e estatísticos que permitam o tratamento informático oportuno que favoreça a análise periódica dos resultados obtidos e eventuais correcções na articulação com os centros de saúde ou na rotina assistencial hospitalar.

Estes dados devem estar disponíveis para tratamento e análise a nível das Unidades Coordenadoras Funcionais.

5. Compete aos Directores de Serviço de Obstetrícia e Pediatria fomentar, por todos os meios, uma íntima ligação entre os seus respectivos serviços, não apenas através da prática clínica diária mas também de um programa de reuniões periódicas para análise dos problemas clínicos e organizativos comuns.
6. Considerada a amplitude e custos dos meios humanos e materiais necessários e a necessidade de formação permanente em serviço dos técnicos de saúde a todos os níveis, os HAP devem ter um movimento mínimo de 1.500 partos por ano, ressalvadas situações especiais resultantes de determinantes geográficas ou outras.
7. Especificamente, no que se refere aos Serviços de Obstetrícia, propõe-se a existência dos seguintes requisitos:
  - 7.1. Consulta externa diária, com possibilidade de apoio dos meios de monitorização fetal e ecográficos;
  - 7.2. Consulta de referência, destinada a dar apoio específico aos casos seleccionados pelos clínicos gerais;
  - 7.3. Laboratório de análises de apoio permanente, 24/24 horas, com a possibilidade de realização de análises correntes na clínica da especialidade;
  - 7.4. Serviço de transfusão de sangue de apoio permanente, 24/24 horas;
  - 7.5. Corpo de enfermeiras parteiras em número adequado às necessidades do serviço, com diferenciação profissional compatível com as exigências da tologia actual;

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

= 32 Camas

13. Idealmente, na unidade de internamento de obstetrícia, para assegurar a privacidade, conforto e repouso, não devem existir mais do que 2 camas por enfermaria.
14. Quanto ao Bloco de partos, se contemplarmos a alternativa "quartos de parto", o número de camas obstétricas deve corresponder à relação de 3-4 por cada 1.000 partos por ano. Se contemplarmos a alternativa "sala de dilatação" e "sala de parto", o número de camas obstétricas deve corresponder à relação de 2-3 por cada 1.000 partos por ano,

dos quais 2/3 para o período de dilatação e 1/3 para o período expulsivo. Esta divisão não deve prejudicar o princípio de que todas estas camas permitirão a execução do parto.

#### 15. Reanimação do Recém-Nascido

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

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

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

Na reanimação nada deve ser deixado ao acaso: quando necessárias, as intervenções requerem pessoal treinado que disponha de material adequado e que intervenha a tempo e horas.

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

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

- 15.4. As condições mínimas para uma reanimação eficaz incluem:
- Espaço próprio.
  - Mesa com plano inclinado e leito suficientemente firme.
  - Fonte de calor.
  - Relógio visível com indicação de segundos.
  - Iluminação adequada sobre a mesa.
  - Equipamento destinado à administração de oxigênio, intubação endotraqueal, aspiração de secreções, cateterismo dos vasos umbilicais e utilização de medicamentos.
- 15.5. Sala de reanimação: a) deve estar localizada dentro ou adjacente à sala de partos, b) possuir condições para fornecimento de  $O_2$ , ar comprimido, aspiração e 4 tomadas de corrente com ligação à terra, c) ter sempre em atenção o aquecimento do local, fundamental para se impedir a hipotermia do recém-nascido, d) permitir o acesso fácil a uma incubadora ou incubadora de transporte.
16. A zona de internamento do recém-nascido normal que obviamente está implantada na área do serviço de Obstetrícia (o recém-nascido normal deve sempre ficar ao lado da mãe) é da responsabilidade organizativa deste serviço devendo o seu Director estabelecer com o responsável do sector de Neonatologia as normas para o seu funcionamento.
- 16.1. Todas as crianças devem ter pelo menos um exame pediátrico diário enquanto estão na maternidade.
- 16.2. Todas as crianças deverão sair da maternidade com o Boletim de Saúde Infantil preenchido e com indicações precisas sempre que necessário.
17. Especificamente no que diz respeito às unidades de neonatologia, propõe-se que:
- 17.1. O Sector de Neonatologia deve ser parte integrante do Serviço de Pediatria do respectivo HAP. Neste serviço deve haver um número de pediatras que garanta uma efectiva permanência durante todos os dias e noites do ano;
- 17.2. O sector de Neonatologia, sempre que tal seja possível, deve articular-se com o Serviço de Transporte de Recém-Nascidos de Risco (INEM) e colaborar estreitamente com este serviço. Considera-se

urgente e prioritário organizar transporte dos RN de risco nas melhores condições, cobrindo todo o território nacional, à medida que os recursos necessários venham a ser criados e desenvolvidos.

17.3. É importante que o HAP promova a análise das causas de morte perinatal.

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

### 18.1. Cuidados especiais

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

- Recém-nascidos com peso inferior a 1.500 grs. ;  $< 32 \text{ S}$
- Recém-nascidos com dificuldades respiratórias que precisem de ventilação assistida ou  $\text{Fi O}_2$  superior a 40%.
- Recém-nascidos com malformações congénitas que possam ter correcção e ponham a vida da criança em risco imediato.
- Infecções graves (sepsis)
- Recém-nascidos que necessitem de cirurgia ou neuro-cirurgia neonatal.
- Suspeita de doença metabólica neonatal.

- Convulsões

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

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

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

18.1.3. O Sector deve seguir as normas internacionais para cuidados especiais entre as quais assinalamos as seguintes:

- a) Cerca de 5 camas por 1.000 nados vivos, das quais 2 incubadoras.

- b) meios adequados para lavagem de mãos em cada sala.
- c) circuitos de sujos e limpos.
- d) aquecimento.
- e) fornecimento de ar comprimido, oxigênio e aspiração por cada cama.
- f) iluminação correcta

18.1.4. O equipamento deve permitir:

- a) Tratar a hiperbilirrubinemia do recém-nascido (foto terapia e exsanguineotransfusão); ✓
- b) Administrar pequenos volumes líquidos por via i.v. (pelo menos um sistema perfusor); ✓
- c) Monitorizar a frequência cardíaca e respiratória de pelo menos duas crianças; ✓
- d) Determinar a concentração de  $O_2$  no ar inspirado (oxímetros); ✓
- e) Permitir a ventilação de curta duração; ✓
- f) Permitir a reanimação cardio-respiratória (ambu e intubação endotraqueal); ✓
- g) Dispor, pelo menos, de dois monitores de apneia. ✓

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

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

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

18.2. Consulta externa/consulta de desenvolvimento

18.2.1. A consulta tem como função seguir os recém-nascidos que estiverem hospitalizados na Unidade de Cuidados Especiais (estudo prospectivo destas crianças) ou outros

grupos de crianças que sejam objecto dum projecto especial. A consulta do HAP deverá constituir uma consulta de referência para as crianças enviadas pelos centros de saúde e não o seu substituto.

18.2.2. As recomendações já inseridas noutras publicações poderiam ser adaptadas para a implementação duma tal consulta. De salientar, ser indispensável criar canais que facilitem a comunicação da informação entre o HAP e o Centro de Saúde e vice-versa, no âmbito dos pressupostos que definem a actividade da UCF da Zona.

### 18.3. Exames laboratoriais e diagnóstico de imagem

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

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

Exames de sangue: hemograma, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial, gases do sangue arterial, bilirrubina, electrólitos, calcemia, hemocultura.

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

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

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

19. Localização dos Hospitais de Apoio Perinatal

As propostas contidas no relatório do Ministério da Saúde de Maio de 1987 consideram-se adequadas na sua generalidade, apenas se propondo os ajustamentos a indicar no Documento 5.

## HOSPITAL DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO (HPD)

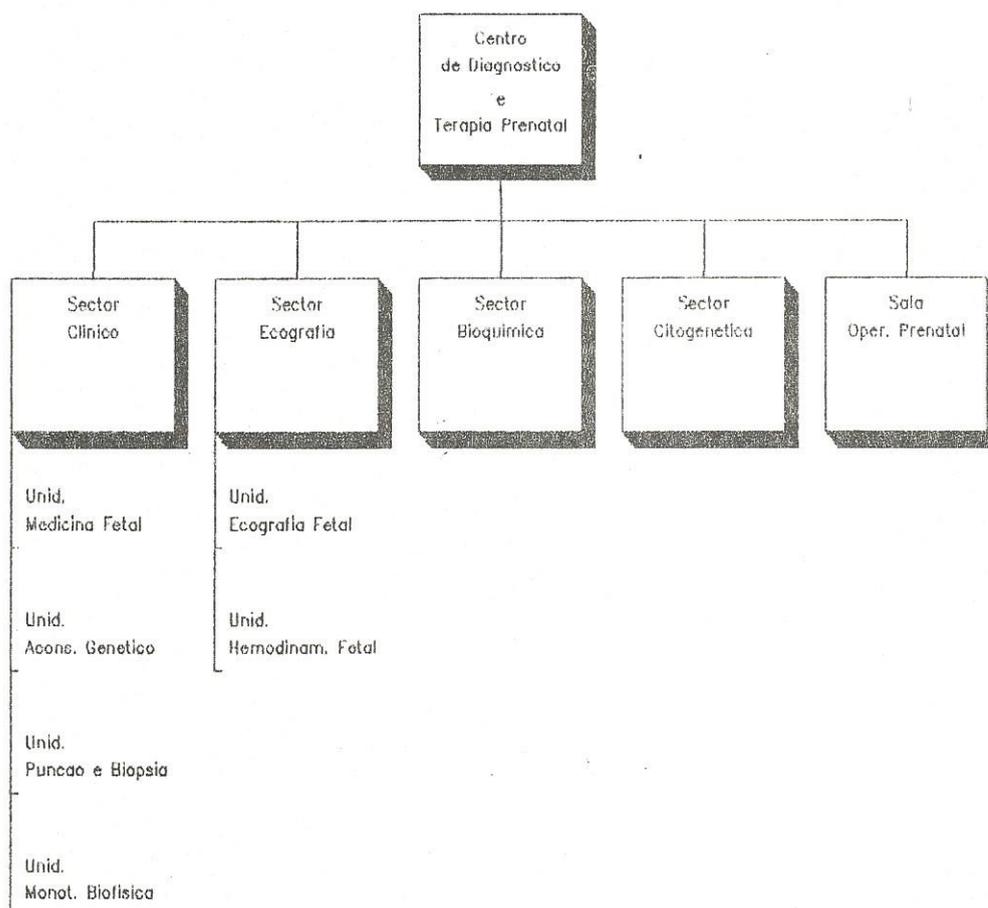
### INTRODUÇÃO

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

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

1. Existência de uma consulta pré-concepcional diferenciada com apoio multidisciplinar e laboratorial especializado e aconselhamento genético.
2. Capacidade de assistência multidisciplinar a todas as situações com patologia associada ou coexistente com a gravidez.
3. Centro de diagnóstico e terapêutica de situações patológicas embrionárias e fetais.

### 3.1. Organigrama exemplificativo dum Centro de Diagnóstico e Terapêutica Prê-Natal.



4. Capacidade técnica e tecnológica para dar resposta adequada a todas as situações de alto risco neo-natal, exigindo-se para tal:

- 4.1. Ventilação assistida (IPPV, IMV, CPAP).
- 4.2. Alimentação parentérica total ou parcial.
- 4.3. Monitorização cardio-respiratória,  $PO_2 T_c$  (contínua) e  $FiO_2$ .

- 4.4. Tratamento do recém-nascido com convulsões.
  - 4.5. Tratamento do recém-nascido com menos de 32 semanas.
  - 4.6. Tratamento do recém-nascido que necessita de intervenção cirúrgica.
  - 4.7. Tratamento dos recém-nascidos com todas as patologias que exijam meios avançados de diagnóstico e tratamento, quer nascidos no próprio hospital onde se encontra implantada a unidade de cuidados intensivos de neonatologia (UCIN), quer transportados de outros hospitais.
  - 4.8. Laboratório de bioquímica e hematologia durante as 24 horas do dia.
  - 4.9. Radiologia clássica e outros meios de diagnóstico de imagem (particularmente ecografia).
5. Localmente, os HAPD devem protocolar a sua interligação de modo a não multiplicar serviços e sectores, aumentando assim a fiabilidade da resposta, a sua eficácia e rendibilidade.

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

Concluindo: nem todos os HAPD poderão de imediato executar todos os parâmetros que os definem mas deverão encontrar os mecanismos de colaboração que conduzam à realização global dos objectivos enunciados através de acordos parcelares em sectores como a bioquímica, a citogenética, a hemodinâmica fetal, etc..

6. Os HAPD integram também funções de HAP.
- 6.1. São hospitais de referência para os Centros de Saúde da área geográfica colaborando nas respectivas Unidades Coordenadoras Funcionais.
  - 6.2. Devem articular-se com HAP que geograficamente com eles se relacionem.

Este relacionamento deverá ser cuidadosamente programado de acordo com critérios de capacidade, acessibilidade e afinidade o que implicará vantagens evidentes para a assistência pré, peri e pós-natal.

7. Da análise da situação actual, verifica-se que se encontram nas condições mínimas para dar resposta aos requisitos enunciados os seguintes hospitais:

- Hospital de S. João
- Hospital Geral de Santo António
- Maternidade Júlio Diniz
- Centro Hospitalar de V. N. Gaia
- Maternidade Bissaya Barreto (CHC)
- Clínica Obs. Dr. Daniel de Matos (HUC)
- Hospital Pediátrico de Coimbra (CHC)
- Maternidade Dr. Alfredo da Costa
- Hospital de Santa Maria
- Hospital D. Estefânia/Mat. Magalhães Coutinho (HCL)
- Hospital de S. Francisco Xavier

8. Tendo em consideração os objectivos globais no âmbito da assistência materna e infantil destes hospitais (diagnóstico, terapêutica, formação de quadros especializados e ensino), propõe-se que:

8.1. De imediato os serviços de Obstetrícia e os sectores de Neonatologia sejam reforçados em termos de espaço, tecnologia e pessoal diferenciado, podendo a Comissão elaborar propostas concretas neste sentido.

8.2. Considera-se habitualmente que cerca de 1 a 2% dos recém-nascidos necessitam de cuidados intensivos e que cerca de 12 a 14% carecem de cuidados especiais.

8.3. As estimativas para o número de camas são:

- Cuidados Intensivos Neonatais -  
1.5/1.000 nados vivos.
- Cuidados especiais -  
4.5/1.000 nados vivos

8.4. Com base nestes dados, considerando o número de nados vivos em Portugal (cerca de 100.000/ano) e a sua distribuição nas zonas Norte (cerca de 40.000/ano), Centro (cerca de 20.000/ano) e Sul (cerca de 40.000/ano) seria necessário o seguinte número de camas para cuidados intensivos:

- Zona Norte: 60 camas
- Zona Centro: 30 camas
- Zona Sul: 60 camas
  
- Total estimado das necessidades em Cuidados Intensivos: - 150 camas.

Estes números devem ser considerados como elementos de referência ideal, embora, a curto ou médio prazo, para o nosso país e dada a situação donde se parte sejam impraticáveis. O mesmo se verifica de resto noutros países europeus.

Com efeito a realidade actual é a que se expressa no Quadro I, e que manifestamente indica não só óbvias carencias como significativas assimetrias.

8.5. Face à situação actual, tendo em conta as possibilidades do país, o custo deste tipo de cuidados, a manifesta carência de recursos humanos com a preparação qualificada para o uso apropriado dos equipamentos necessários, mesmo que estivessem disponíveis todos os recursos estimados ideais de 150 camas de cuidados intensivos, pareceu à Comissão indicado e praticável propor a seguinte quantificação e distribuição de camas de cuidados intensivos neonatais:

Esta proposta está inscrita no Quadro II, para ser concretizada no prazo de 2 anos (1991). Procura corrigir as assimetrias actualmente existentes, corresponde a um acréscimo de 70% da capacidade actual, o que é relevante (das actuais 50 camas, passaria a dispôr-se

QUADRO I

CAMAS DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS - SITUAÇÃO ACTUAL (1989)

ZONAS	HOSPITAIS / CAMAS CUIDADOS INTENSIVOS N. NATAIS						TOTAIS
NORTE	HOSP. SÃO JOÃO 3	HOSP. STª. ANTONIO 5	MAT. JÚLIO DINIZ 3	MAT. JÚLIO DINIZ 2	C. HOSP. V. NOVA GAIA 2		13
CENTRO	MAT. DR. DANIEL DE MATOS 0	MAT. DR. BISSAYA BARRETO 0	HOSP. PEDIÁTRICO 5				5
SUL	HOSP. STA. MARIA 6	HOSP. Da. ESTEFÂNIA 5	HOSP. SÃO FRANCISCO XAVIER 5		MAC 16		32
TOTAL							50

QUADRO II

CAMAS DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS - PROPOSTA

ZONAS	HOSPITAIS / CAMAS CUIDADOS INTENSIVOS N. NATI	
NORTE	H. SÃO JOÃO 6	H. STº ANTONIO 6 MAT. JÚLIO DINIZ 8 C.H.V. NOVA GA 5
CENTRO	MAT. DR. DANIEL DE MAIOS 3 (+3)	
SUI.	H. STA. MARIA 6	H. DA. ESTEFÂNIA 5 MAT. DR. BISSAYA BARRETO 3 (+3) H. PEDI 5 H. S. FRANC. XAVIER 5 MAC 16
TOTAL		

\* A distribuição de camas assinaladas dependerá da criação de unidades em outro/s hospital/s.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE  
MATERNA E INFANTIL

DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 5

- A - IDENTIFICAÇÃO E PROPOSTA DE CRIAÇÃO DOS HAP
- B - QUADROS DE PESSOAL DOS HAP E QUANTIFICAÇÃO DAS CAMAS
  - . OBSTETRAS
  - . ANESTESISTAS
  - . PEDIATRAS COM COMPETÊNCIA EM NEONATOLOGIA
  - . ENFERMEIROS
  - . QUANTIFICAÇÃO DAS CAMAS DE C.INT. E C. ESPECIAIS
- C - HOSPITAIS DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO (HAPD)
  - . QUANTIFICAÇÃO DAS CAMAS DE C.INT. E C. ESPECIAIS
  - . QUADROS DE PESSOAL DOS HAPD
    - . PEDIATRAS COM COMPETÊNCIA EM NEONATOLOGIA
    - . ENFERMEIROS

A - IDENTIFICAÇÃO E PROPOSTA DE CRIAÇÃO DOS  
HOSPITAIS DE APOIO PERINATAL (HAP)

1. Foi efectuada uma análise da proposta contida no Documento do Ministério da Saúde "Saúde Materna e Infantil. Assistência ao Parto e ao Recém-Nascido" de Maio de 1987.
2. Houve acordo quanto aos princípios gerais que informavam a proposta de 43 áreas de obstetrícia e neonatologia (com exclusão da área de Cantanhede também prevista no referido Documento, que se propõe seja incluída em Coimbra).
3. Atendendo à situação actual e às conhecidas carências em meios humanos e materiais recomenda-se o seguinte:
  - 3.1. A criação de HAP obedecerá a um programa de 9 anos dividido em 3 períodos de 3 anos.
  - 3.2. No primeiro período serão criados 18 HAP assim distribuídos:

Zona Norte : Braga  
Guimarães  
Viana do Castelo  
Vila Real  
Bragança  
Chaves

Zona Centro : Aveiro  
Viseu  
~~Leiria~~  
Castelo Branco  
Guarda

Zona Sul : Évora  
Portalegre  
Beja  
Santarém  
Barreiro  
Setúbal  
Faro

+ Paredes!  
Mubomabun  
Zona de Fuz

+ Caldas da Rainha  
Abrantes  
Almada  
Caracas  
VFX

A escolha destes HAP obedeceu à aplicação dos seguintes critérios:

- . Nº. de partos/nados vivos existentes em cada área, meios humanos e materiais já existentes e apoio local no transporte de recém-nascidos (INEM) já em curso ou a iniciar brevemente.
- . Áreas habitualmente desfavorecidas e nº. de partos/nados vivos em cada área.

3.3. No segundo triênio serão criados 14 HAP assim distribuídos:

Zona Norte : Paredes (CH Vale de Sousa)  
 Matosinhos  
 Barcelos  
 Famalicão  
 Espinho (H. de S. Paio de Oleiros)  
 S. João da Madeira (CH Aveiro Norte)

Zona Centro : Lamego  
 Covilhã

Zona Sul : Abrantes  
 Caldas da Rainha  
 Torres Vedras  
 Vila Franca de Xira  
 Cascais  
 Almada

3.4. No terceiro triênio serão criados 7 HAP assim distribuídos:

Zona Norte : Mirandela  
 Amarante  
 Póvoa de Varzim  
 Santo Tirso

Zona Centro : Ovar  
 Figueira da Foz

Zona Sul : Portimão

- 3.5. No horizonte temporal de 9 anos as áreas consideradas nos 2º e 3º. triênios serão apoiadas pelos Hospitais Centrais do Porto, Gaia, Coimbra e Lisboa, como HAPD e pelos HAP que entretanto irão sendo criados durante o 1º. triênio.

Assim teremos:

Os Hospitais do Porto e Gaia apoiarão:

Paredes, Matosinhos, Espinho, S. João da Madeira, Póvoa do Varzim, Santo Tirso, Barcelos, Famalicão, Amarante e Ovar.

- . O Hospital de Bragança apoiarã: Mirandela
- . Os Hospitais de Coimbra apoiarão: Figueira da Foz
- . O Hospital de Viseu ou Vila Real apoiarã: Lamego
- . O Hospital da Guarda apoiarã: Covilhã
- . Os Hospitais de Lisboa apoiarão:

Caldas da Rainha, Torres Vedras, Vila Franca de Xira, Cascais e Almada.

- . O Hospital de Santarém apoiarã: Abrantes
- . O Hospital de Faro apoiarã: Portimão

- 3.6. A Comissão entende que alguns dos Hospitais de Apoio Perinatal a serem criados durante o primeiro triênio (ponto 3.2.) deverão organizar-se no sentido de criarem condições que lhes permitam dar resposta à maioria dos cuidados neonatais previstos nos pontos 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.8 e 4.9 do Documento de Trabalho nº. 4 (HAPD) referente às capacidades técnica e tecnológica necessárias para dar resposta adequada a situações de alto risco neonatal.

- 3.7. Julgamos adequado recomendar desde já que os hospitais indicados em 3.6 sejam, por ordem de prioridade:

- Unidade de puérperas
- Ecografia
- Apoio aos C.S.P. (clínicos gerais)
- . Formação contínua

## 2. Anestesiastas

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

## 3. Pediatras com competência em neonatologia

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

- |   |  |
|---|--|
| a. > 3.000 partos/ano   | - 6 pediatras (1 chefe de serviços e 5 assistentes hospitalares)               |
| <input checked="" type="checkbox"/> b. 2.000 - 3.000 partos/ano | - <u>5</u> pediatras (1 chefe de serviços e <u>4</u> assistentes hospitalares) |
| c. < 2.000 partos/ano   | - 4 pediatras (1 chefe de serviços e 3 assistentes hospitalares)               |

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

3.2. Os referidos quantitativos são justificados para dar resposta às seguintes actividades decorrentes da prática pediátrica:

- Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia
- Reanimação do R.N. em risco na sala de partos
- Apoio aos R.N. normais

- Consulta de desenvolvimento
- Apoio à urgência geral de pediatria, tal como os restantes pediatras darão apoio às necessidades da urgência neonatal
- Apoio aos C.S.P. (Clínicos Gerais)

3.3. No anúncio de abertura de concurso para provimento das vagas que resultarão da proposta, deve ser previsto, além dos critérios habituais, a indicação expressa de os candidatos possuírem formação, experiência e competência especial em neonatologia.

3.4. A competência em neonatologia, que é uma das condições curriculares de habilitação aos referidos concursos, poderá ser obtida das seguintes formas:

- a) Se, após o exame final do internato complementar de pediatria, o candidato tiver prestado serviço num HAPD, na U.C.I. de N.N., incluindo o Serviço de Urgência, durante o período mínimo de 6 meses, devidamente comprovado e com informação favorável do responsável do serviço;
- b) Se, após o exame final do internato complementar, frequentou com aproveitamento, um ciclo de estudos especiais de neonatologia num HAPD, durante 6 meses, incluindo o Serviço de Urgência;
- c) Se, os assistentes dos hospitais distritais que já possuam comprovada experiência anterior em neonatologia, completarem esta experiência com frequência dum HAPD durante 6 meses, incluindo o Serviço de Urgência, devidamente documentada e com informação favorável do responsável do sector.

#### 4. Enfermeiros

4.1. O número de enfermeiros internacionalmente recomendado para um HAP (cuidados especiais) é de 1.5 enfermeiros/cama.

- 4.2. Não existem no nosso País cursos especiais destinados a enfermeiros que vão exercer funções em unidades neonatais. Recomenda-se por isso que tais cursos possam ser implementados. A título de exemplo indica-se a duração de tais cursos na Grã-Bretanha:
- para enfermeiros com o curso geral de enfermagem : 6 meses
  - para enfermeiros com o curso geral de enfermagem e prática anterior em neonatologia: 3 meses.
5. Proposta de criação de novas vagas para os quadros médicos de pediatras com competência em neonatologia, obstetras e anestesistas dos 18 HAP propostos para o primeiro triênio (1989-1991)
- 5.1. A proposta do nº. de vagas, descrita no Quadro 1, teve como base a aplicação dos ratios de médicos pediatras com competência em neonatologia e de obstetras atrás indicados no presente Documento de Trabalho.
- 5.2. Esta proposta corresponde a uma abordagem inicial dado que:
- Para os quadros de obstetrícia foram incluídos, nos quadros actuais, quer os médicos que são praticam ginecologia, quer os obstetras com idade superior a 50 anos, muitos dos quais já não fazem urgências, pelo que a proposta deverá ser ajustada caso a caso com o conhecimento real destes factores.
  - Para os quadros de pediatras com competência em neonatologia, também foram incluídos os médicos pertencentes aos quadros actuais de pediatria com idades superiores a 50 anos. Ainda quanto aos médicos pertencentes aos quadros actuais, falta conhecer aqueles que terão condições de habilitação e interesse em desempenhar funções em neonatologia e que portanto virão a preencher as condições e as vagas propostas.
- Da mesma forma os valores indicados na proposta devem ser considerados como susceptíveis de ajustamento às realidades concretas de cada HAP.

5.3. São propostos para os 18 HAP do primeiro triênio:

- Pediatras com competência em neonatologia

. Total de vagas: 77

Zona Norte: 29

Zona Centro: 23

Zona Sul: 25

- Obstetras

. Total de novas vagas: 45

Zona Norte: 18

Zona Centro: 11

Zona Sul: 16

5.3.1. A análise mais pormenorizada do Quadro 1 permite fazer as seguintes considerações no que se refere aos quadros de pediatria:

- a) Em todos ou na maioria dos HAP referidos, é necessário o apoio de todo o quadro global de pediatria aos cuidados de neonatologia, pois a proposta de novas vagas não é suficiente para assegurar a sua cobertura integral.
- b) 32% dos quadros actuais de pediatria destes HAP não estão preenchidos.
- c) O acréscimo do nº. global de pediatras resultante das 77 novas vagas agora propostas é de + 68% (De 114 lugares actuais passaria a dispor-se de 191).
- d) Por Zonas Norte, Centro e Sul o acréscimo em pediatras seria respectivamente de + 94%, + 70% e +50%, de que resultaria uma correcção ainda que parcial mas apesar de tudo significativa das carências globais e das assimetrias actualmente existentes en-



tre as Zonas Norte, Centro e Sul.

- e) O quadro 2 permite uma leitura mais evidente do que se afirma em c), d) e e).

QUADRO 2 - PEDIATRAS (HAP)

Nº. PARTOS	QUADROS ACTUAIS			PROP. DE NOVAS VAGAS	N. NAT	TOTAL
	P	V	TOTAL	TOTAL (VALOR ABSOLUTO)	± %	
NORTE 17.300	20	11	31	29	+ 94%	60
CENTRO 13.200 ?	22	11	33	23	+ 70%	56
SUL 15.700	36	14	50	25	+ 50%	75
46.200	78	36	114	77	+ 68%	191

P. Preenchidas

V. Vagas

5.3.2. No que respeita aos quadros de obstetrícia propostos:

- a) 29% dos quadros actuais de obstetrícia destes HAP não estão preenchidos.
- b) O acréscimo do nº. global de obstetras resultante das 45 novas vagas agora propostas é de + 34% (De 132 lugares actuais passaria a dispôr-se de 177).

c) Por Zonas Norte, Centro e Sul o acréscimo em obstetras seria respectivamente de + 44%, + 23% e + 30%, também aqui se contribuindo para uma correcção das assimetrias actualmente existentes.

d) O Quadro 3 permite uma leitura mais evidente do que se afirma em f), g) e h).

QUADRO 3 - OBSTETRAS (HAP)

Nº. PARTOS	QUADROS ACTUAIS			PROP. DE NOVAS VAGAS		TOTAL
	P	V	TOTAL	TOTAL (VALOR ABSOLUTO)	± %	
NORTE 17.300	30	11	41	18	+ 44 %	59
CENTRO 13.200	28	10	38	11	+ 23 %	49
SUL 15.700	36	17	53	16	+ 30 %	69
46.200	94	38	132	45	+ 34 %	177

P. Preenchidos

V. Vagas

5.4. A criação de equipas de obstetrícia e de neonatologia nestes 18 HAP permitirã que os objectivos que se propõem neste programa atinjam cerca de 46% do nº. total de partos que ocorre no Continente. Se ao valor atrás referido adicionarmos os partos que se estimam ocorrer nos HAPD (38.200) conseguiremos desta forma que cerca de 84% do total de partos do Continente venham a beneficiar da aplicação deste programa na sua 1ª. fase, ou seja, até 1991.

5.5. Como vem sendo repetidamente salientado nestes Documentos, o nº. de vagas proposto permite não só melhorar as condições de assistência perinatal hospitalar mas também assegurar um dos aspectos essenciais deste programa, ou seja, a interligação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares e o apoio efectivo aos Centros de Saúde.

5.6. Em 31.12.1988 (Documento do D.R.H.) o número de médicos anestesistas dos 18 HAP encontrava-se distribuído conforme o que está inscrito no Quadro 4.

5.6.1. Será necessário adoptar o nº. de vagas para médicos anestesistas de forma a garantir a sua presença física permanente 24/24 horas dando assim resposta integral às necessidades da urgência obstétrica.

Para o efeito não vê a Comissão alternativa que não seja a de recomendar como mínimo, o número de 7 anestesistas por HAP. Recorde-se que o objectivo é assegurar o acesso a permanência física de anestesistas e não a de exigir que os anestesistas sejam "privativos" de S. de Urgência Obstétrica. O que a Comissão recomenda é que os quadros de anestesistas dos HAP sejam dimensionados de molde a que a sua gestão global, dependente das necessidades das actividades programadas e urgentes da acção hospitalar em geral, permita alcançar os padrões desejados.

5.6.2. Da análise dos quadros actuais ressalta que apenas 6 hospitais parecem possuir um quadro de médicos anestesistas que possibilite atingir os objectivos acima indicados. Daqui resulta que se torna imperioso ampliar de imediato os quadros da grande maioria destes 18 HAP. De salientar por exemplo que o Hospital de Bragança, o Hospital de Vila Real, o Hospital de Portalegre e o Hospital de Évora têm actualmente um nº. de tal forma restrito de médicos anestesistas do quadro que inviabiliza o conceito repetidamente expresso de hospital de apoio perinatal. Por outro

QUADRO 4

H A P	MÉDICOS ANESTESISTAS (Quadro Actual)					PRO- POS- TA
	CHEFES DE SERVIÇO		ASSIST. HOSPITALAR		TOTAL	
	P	V	P	V	P + V	
NORTE						
BRAGA	2	0	4	1	7	9
GUIMARÃES	0	1	2	1	4	9
VIANA DO CASTELO	0	1	5	1	7	8
VILA REAL	0	1	3	0	4	7
BRAGANÇA	0	1	2	0	3	7
CHAVES	0	1	2	2	5	7
SUB TOTAL	2	5	18	5	30	47
CENTRO						
AVEIRO	1	1	3	3	8	8
VISEU	1	0	3	2	6	7
LEIRIA	0	1	3	2	6	7
CASTELO BRANCO	0	1	4	0	5	7
GUARDA	0	1	3	1	5	7
SUB TOTAL	2	4	16	8	30	36
SUL						
PORTALEGRE	1	0	2	1	4	7
ÉVORA	1	0	2	1	4	7
BEJA	0	1	3	1	5	7
SANTARÉM	0	2	5	1	8	8
BARREIRO	0	2	2	4	8	8
SETÚBAL	2	0	4	0	6	7
FARO	0	1	8	0	9	9
SUB TOTAL	4	6	26	8	44	50
TOTAL GERAL	8	15	60	21	104	133

P - Lugares Preenchidos

V - Lugares vagos

lado, chama-se a atenção particular para o caso do Hospital de Guimarães, que assegurará no contexto da proposta cerca de 5.000 Partos/ano e já hoje faz cerca de 3.400 Partos/ano, e possui apenas 4 lugares do quadro dos quais estão preenchidos apenas dois.

- 5.6.3. Sem que constitua proposta definitiva que sã poderá ser elaborada confrontando-a com as necessidades de outras valências cirúrgicas, podemos apontar os números indicados no Quadro 4 na coluna sob o título "Proposta", como os valores encontrados para dar resposta aos objectivos pretendidos.

Em síntese propõe-se para os 18 HAP um aumento global de + 29 anestesistas, assim distribuídos:

Zona Norte	+ 17
Zona Centro	+ 6
Zona Sul	+ 6

Procura-se assim não sã melhorar quantitativamente as carências identificadas, como corrigir assimetrias actualmente existentes entre Zonas Norte, Centro e Sul. Igualmente se recomenda o preenchimento prioritário das vagas actualmente existentes; com efeito dos 104 lugares dos quadros existentes, 37% não estão preenchidos.

Face às necessidades estimadas (133 lugares), 47% não estão preenchidos, (ou seja 36 lugares vagos nos quadros actuais + 29 novos lugares propostos).

6. Os números apontados para novas vagas de pediatras com competência em neonatologia, de obstetras e de anestesistas, para os HAP podem parecer de difícil preenchimento no horizonte de três anos, presumindo-se assim irrealista a proposta apresentada. Contudo, a análise dos dados fornecidos pelo DRH referentes a Abril de 1989 e correspondentes ao n.º. de médicos com o grau de assistentes hospitalares e no Internato Complementar, indica o seguinte que se encontra expresso no Quadro 5:

Parece óbvio que existe neste momento o número de médicos nas áreas de recrutamento respectivos para prover, no prazo definido, as necessidades identificadas.

QUADRO 5

Médicos/Especialidade	Hospitais Distritais	Hospitais Centrais	total	Assistentes Hospitalares Vagas actuais não preenchidas + Novas Vagas Propostas		
				HAP	HAPD	HAP + HAPD
Pediatras com o grau de Assistente Hospitalar	39	75	114	88	121	209
Internos do Internato Complementar de Pediatria	89	167	256			
Obstetras com grau de Assistente Hospitalar	38	61	99	42		
Internos do Internato Complementar de Obstetricia	116	171	287			
Anestesista com o grau de Assistente Hospitalar	12	51	63	50		
Internos do Internato Complementar de Anestesia	55	137	192			

7. Quantificação das necessidades em pessoal de enfermagem para os 18 HAP considerados no Triênio 89-91 face às camas propostas.

7.1. No Quadro 6 aponta-se o número estimado de pessoal de enfermagem relacionado com as camas de cuidados especiais e intensivos propostas para os 18 HAP.

Dado que o nº. de enfermeiros estimado resulta da aplicação de um indicador por cama, aproveita-se a circunstância para apresentar aqui a proposta de distribuição quantificada das camas para estes HAP. Em síntese e até 1991, para os 18 HAP propostos na 1ª fase do programa, teremos:

- Camas de cuidados especiais de Neonatologia:

. Zona Norte	80	
. Zona Centro	58	. TOTAL 216
. Zona Sul	78	

- Camas de cuidados intensivos de Neonatologia

. Zona Norte	7	
. Zona Sul	14 *	. TOTAL 21

- Total geral de camas especiais e intensivas 237

- Enfermeiros (para as unidades de cuidados especiais e intensivos)

. Zona Norte	127
. Zona Centro	80
. Zona Sul	148
. Total Geral	355

\* 6 camas na fase de arranque

## QUADRO 6

SERVIÇOS DE CUIDADOS NEONATAIS (HAP)  
PROPOSTA DE CUIDADOS ESPECIAIS E INTENSIVOS E NECESSIDADES EM ENFERMAGEM

HAP	PARTOS/ANO Estimativa em cada área	PROPOSTA DE CAMAS			PROPOSTA DE ENFERMEIROS		
		C.ESPECIAIS	C.INT.	TOTAL	C.ESPECIAIS	C.INT.	TOTAL
<u>NORTE</u>							
BRAGA	4200	20	7	27	20	17	37
GUIMARAES	5100	23	-	23	27	-	27
V.CASTELO	3400	15	-	15	18	-	18
VILA REAL	1800	9	-	9	15	-	15
BRAGANÇA	1100	5	-	5	15	-	15
CHAVES	1700	8	-	8	15	-	15
SUB-TOTAL	17.300	80	7	87	110	17	127
<u>CENTRO</u>							
AVEIRO	2300	10	-	10	15	-	15
UISEU	4000	18	-	18	21	-	21
LEIRIA	3700	16	-	16	19	-	19
C.BRANCO	1200	5	-	5	15	-	15
GUARDA	2000	9	-	9	15	-	15
SUB-TOTAL	13.200	58	-	58	80	-	80
<u>SUL</u>							
PORTALEGRE	1200	5	-	5	15	-	15
ÉVORA	1900	9	7*	16	15	17	32
BEJA	1900	9	-	9	15	-	15
SANTARÉM	3400	15	-	15	18	-	18
BARREIRO	2200	10	-	10	15	-	15
SETÚBAL	2600	12	-	12	15	-	15
FARO	4000	18	7*	25	21	17	38
SUB-TOTAL	17.200	78	14	92	114	34	148
TOTAL GERAL	46.200	216	21	237	304	51	355

\* A Comissão considera que este valor dever ser considerado como uma hipótese de trabalho sujeita a ponderação, propondo realmente, na fase de arranque, o número de 3 camas de cuidados intensivos.

A lâpis dados referentes à reunião em Avulso 9.3.6.19

7.2. Critérios adoptados para o cálculo do nº. de enfermeiros: \*

. Cuidados Especiais Neonatais:

- a. Mínimo para assegurar turnos: 15 enfermeiros  
 b. nº. de partos 2.000 - 4.000 : 1,2 enfermeiros x nº. de camas

. Cuidados Intensivos: 2,5 enfermeiros x nº. de camas.

7.3. No que se refere à Zona Norte, a Comissão reconhece que o nº. de camas proposto para cuidados intensivos, a localizar no Hospital Distrital de Braga é manifestamente insuficiente para as necessidades do Distrito (12.000) mas conhecedora da realidade e condições locais actuais, não vê hipótese se, no horizonte considerado (1991), propôr a abertura de mais do que as 7 camas indicadas, ainda que as necessidades apontassem para o dobro.

No futuro duas alternativas se poderiam colocar no sentido de obviar a esta situação: uma seria a de ampliar para 14 camas de cuidados intensivos a unidade do H.D. Braga; outra seria a de criar no novo Hospital Distrital de Guimarães, cuja construção está em curso, uma outra unidade de cuidados intensivos com 7 camas.

No que se refere à Zona Centro e para este tipo de HAP, a Comissão, analisando a situação presente, optou por privilegiar a criação de cuidados especiais no maior número possível de Hospitais (5), fazendo incidir o esforço no aumento da capacidade de cuidados intensivos nos HAPD da Cidade de Coimbra, cuja capacidade triplicaria (das 5 camas actuais passaria a 15), conforme é proposto adiante neste trabalho.

---

\* Os valores internacionalmente recomendados apontam para 1,5 enfermeiros/cama de cuidados especiais e 5 enfermeiros/camas de cuidados intensivos, mas a Comissão, para os HAP, e tendo em conta a situação actual, utilizou para esta primeira fase, valores inferiores.

Na Zona Sul, a Comissão dispõe de informação que permite presumir com realismo que existem condições locais, nomeadamente no Hospital Distrital de Évora, mas também no Hospital Distrital de Faro, que possibilitam o arranque a curto prazo de cuidados intensivos, nos termos em que se definiu a intervenção destes hospitais.

O cálculo de camas para cuidados intensivos estimado para Évora e Faro foi baseado respectivamente no número de partos do conjunto dos distritos de Portalegre, Évora e Beja e do distrito de Faro.

7.4. Dos elementos obtidos através do D.E.E. do INSA, podemos referir o seguinte:

• Nºs aproximados de alunos das Escolas de Enfermagem do Continente que concluem os Cursos em:

- Dezembro de	1989	920
- Dezembro de	1990	<u>877</u>
- Dezembro de	1991	1.600
- Total de 1989/1991		<u>3.397</u>

7.5. Para o programa dos HAP seriam necessários 355 enfermeiros para os serviços de cuidados especiais e intensivos previstos. Não dispõe a Comissão Nacional neste momento do nº. de enfermeiros já existente em sectores de neonatologia dos 18 hospitais distritais propostos como HAP. Na fase ulterior imediata do seu trabalho, e se a presente proposta fôr aprovada, a comissão fará esse levantamento. No entanto, presume-se que cerca de 100 sobre 355 já se encontrarão em funções. Haverá portanto um déficit global de 255 enfermeiros nestes HAP para concretização das propostas do programa. Se a este valor adicionarmos o de mais cerca de 150 novos enfermeiros para os HAPD, obteremos um total de cerca de 400 enfermeiros como necessários para o 1º. triênio do programa de neonatologia, ou seja, cerca de 12% do número estimado de novos enfermeiros a formar e a recrutar entre 1989 e 1991.

### C - HOSPITAIS DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO (HAPD)

1. No Quadro 7 que a seguir se apresenta, procurou reunir-se um conjunto de informação, desde o número de partos dos HAPD, até à situação actual em camas de Cuidados Intensivos e Cuidados Especiais, Pediatras com competência em neonatologia e enfermeiros qualificados, e uma proposta de mudança imediata ou a curto prazo.

Para a concretização dos objectivos aqui propostos impõe-se a realização de um grande esforço e a tomada de decisões drásticas que conduzam ao aproveitamento total imediato dos recursos humanos médicos que detêm capacidade técnica e não estão a ser actualmente aproveitados, e a admissão preferencial e imediata de enfermeiros para colmatarem as graves carências existentes.

Existem recursos técnicos e capacidade instalada que não estão sendo aproveitados por carências de pessoal e outras de aspecto menor.

Urge ultrapassar os impasses que entravam o total aproveitamento e o desenvolvimento possível dos cuidados neonatais, tanto mais incompressíveis quanto é facto que a situação actual é de grande carência.

2. Cuidados Neonatais (HAPD). Proposta de abertura de vagas para pediatras com competência em Neonatologia e enfermeiros.
  - 2.1. Os quantitativos propostos (Quadro 7) foram obtidos através de consulta aos vários responsáveis dos Serviços e tendo em conta o número de partos, o apoio de cada HAPD à respectiva zona e a situação actual.
  - 2.2. É proposta a abertura de 43 novas camas para cuidados de Neonatologia das quais 22 de cuidados intensivos e 21 de cuidados especiais.

Na Zona Norte propõe-se um aumento de 15 camas, respectivamente mais 12 camas de cuidados intensivos e mais 3 camas de cuidados especiais.

## SERVIÇOS DE CUIDADOS NEONATAIS (HAPD)

QUADRO 7

## QUADRO GERAL - SITUAÇÃO ACTUAL E PROPOSTAS

H A P D	PARTOS/ANO (ESTIMATIVA)	C A M A S N E O N A T O L O G I A						P E D I A T R A S						E N F E R M E I R O S					
		SITUAÇÃO ACTUAL			P R O P O S T A			SITUAÇÃO ACTUAL			P R O P O S T A			D I F +-	SITUAÇÃO ACTUAL	PROPOSTA	D I F +		
		C I.	C E.	TOT.	C I.	C E.	TOT.	D I F +-	C S.	A H.	TOT.	C S.	A H.					TOT.	
NORTE																			
MAT. JÚLIO DINIS	6.000	3	30	33	8	30	38	+ 5	1	7	8	2	14	16	20	30	+ 8		+ 10
HOSP. SÃO JOÃO	3.800	3	9	12	6	12	18	+ 6	1	3	4	1	12	13	15	30	+ 9		+ 15
C. HOSP. V. N. GAIA	2.800	2	12	14	5	12	17	+ 3	1	3	4	1	9	10	16	25	+ 6		+ 9
HOSP. G. STº ANTÓNIO	1.700	5	9	14	6	9	15	+ 1	1	1	2	1	7	8	18	24	+ 6		+ 6
SUBTOTAL	14.300	13	60	73	25	63	88	+ 15	4	14	18	5	42	47	69	109	+ 29		+ 40
CENTRO																			
MAT. DANIEL MATOS	3.000	0	15	15	3	15	18	+ 3	2	5	7	2	10	12	17	25	+ 5		+ 8
MAT. B. BARRETO	2.900	0	15	15	3	15	18	+ 3	1	7	8	2	10	12	15	23	+ 4		+ 8
HOSP. PEDIÁTRICO	—	5	0	5	9	0	9	+ 4	1	3	4	1	6	7	28	38	+ 3		+ 10
SUBTOTAL	5.900	5	30	35	15	30	45	+ 10	4	15	19	5	26	31	60	86	+ 12		+ 26
SUL																			
MAC	9.000	16	33	49	16	33	49	0	2	17	19	2	21	23	70	70	+ 4		0
HOSP. D.ª ESTEFÂNIA	3.500	5	10	15	5	22	27	+ 12	1	5	6	1	13	14	17	47	+ 8		+ 30
HOSP. SÃO F. XAVIER	3.000	5	9	14	5	15	20	+ 6	0	6	6	2	9	11	26	32	+ 5		+ 6
HOSP. STA MARIA	2.500	6	15	21	6	15	21	0	1	8	9	1	10	11	11	34	+ 2		+ 23
SUBTOTAL	18.000	32	67	99	32	85	117	+ 18	4	36	40	6	53	59	124	183	+ 19		+ 59
TOTAL GERAL	38.200	50	157	207	72	178	250	+ 43	12	65	77	16	121	137	253	378	+ 60		+ 125

C I - Camas de Cuidados Intensivos  
C E - Camas de Cuidados EspeciaisC S - Chefes de Serviço  
A H - Assistentes Hospitalares

Na Zona Centro propõe-se um aumento de 10 camas todas elas de cuidados intensivos.

Na Zona Sul propõe-se um aumento de 18 camas todas elas de cuidados especiais.

Pretende-se com esta proposta corrigir assimetrias existentes em cada zona na relação entre camas de cuidados intensivos e especiais.

- 2.3. Para dar resposta a este aumento, propõe-se a criação de 60 novas vagas para pediatras com competência em Neonatologia (29 na Zona Norte, 12 na Zona Centro e 19 na Zona Sul), e de mais 125 enfermeiros (40 na Zona Norte, 26 na Zona Centro e 59 na Zona Sul).
- 2.4. De notar que esta distribuição de novas vagas corresponde às maiores carências actuais na Zona Norte. De notar também que se encontra proposta a curto prazo a abertura dum HAPD em Braga o que implicará oportunamente a adaptação do respectivo quadro médico e de enfermagem.
- 2.5. De notar que os médicos pediatras e enfermeiros do hospital Pediátrico de Coimbra garantem não sō cuidados intensivos neonatais mas igualmente cuidados intensivos pediátricos (atē aos doze anos de vida).

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE  
MATERNA E INFANTIL

DOCUMENTO DE TRABALHO Nº. 6

FORMAÇÃO

1. Formação Prê-Graduada

- 1.1. A formação prê-graduada dos médicos deverá conter uma ênfase especial nos problemas da Saúde Materna e Neonatal (exs. consulta prê-natal, identificação das gestações de risco, adaptação do RN à vida extrauterina, sinais de risco nos primeiros dias de vida);
- 1.2. O aluno deveria possuir conhecimentos sobre a organização dos Cuidados de Saúde Primários em geral e sobre os aspectos mais importantes da organização dos cuidados perinatais, implicações éticas, econômicas e administrativas em Saúde Materna e Neonatal;
- 1.3. Este tipo de ensino/aprendizagem deverá ser ministrado, pelo menos em parte, em Centros de Saúde afiliados a Hospitais Centrais Universitários através de protocolos específicos.

2. Formação Pós-Graduada

- 2.1. Compete aos HAP através das Unidades Coordenadoras Funcionais e em articulação com os Institutos de Clínica Geral o estabelecimento dum programa anual de formação em Serviço quer para os médicos hospitalares quer para os Clínicos Gerais.

Tal programa deveria sobretudo incidir sobre casos clínicos concretos na área da saúde materna e neonatal e sobre a discussão de dados epidemiológicos da respectiva área.

2.2. O programa anual incluiria:

- Sessões clínicas mensais
- Visitas recíprocas mensais entre os médicos hospitalares e os médicos dos centros de saúde
- Reuniões científicas alargadas pelo menos duas vezes por ano

2.3. Compete aos HAPD programar e desenvolver um plano anual de acções na área da Saúde Materna e Neonatal destinadas aos obstetras, anestesistas, pediatras e enfermeiros dos HAP da respectiva área de influência englobando:

- Sessões de actualização científica, pelo menos anuais
- Visitas recíprocas entre os vários hospitais
- Campos de estágio para médicos e enfermeiras dos HAP
- Circulação de informação clínica relevante e disponível
- Recolha de dados epidemiológicos e estudos em colaboração com os vários Hospitais da Zona.

2.3.1. Parece indispensável integrar nestas actividades outros técnicos (ex. bioquímica, microbiologia, radiologia, genética, anatomia patológica, pediatria do desenvolvimento, saneamento básico, economia da saúde, educação para a saúde, epidemiologistas, nutricionistas, assistentes sociais, etc.

2.4. É essencial promover o acesso às carreiras em áreas actualmente carenciadas no nosso país incentivando assim a correcção das assimetrias existentes e desenvolver formação específica por exemplo, em:

- Anatomia patológica pediátrica
- Radiologia pediátrica
- Genética clínica
- Anestesia pediátrica
- Pediatria do desenvolvimento
- Epidemiologia

2.5. Em cada serviço hospitalar de obstetrícia e de pediatria, deve ser nomeado um médico do quadro que coordene a integração dos médicos do internato geral e de clínica geral, durante os respectivos estágios, de forma a otimizar a sua formação.