



Critérios de atualização da rede de assistência materno-infantil da região norte de Portugal

Introdução

Portugal chegou a uma posição cimeira de assistência materno-infantil, a nível mundial, com excelentes taxas de acesso a cuidados de saúde e de mortalidade e morbidade, como se pode verificar pela consulta das Figuras 1 a 3 [1-3].

Esta situação é, histórica, racional e estatisticamente, indissociável do modelo de assistência materno-infantil implementado no nosso país [2,3]. O modelo assenta, por um lado, numa rede de cuidados primários e hospitalares, equipada com recursos humanos, instalações e equipamentos devidamente validados e auditados pela Direção Geral de Saúde, Colégios da Especialidade de Ginecologia e Obstetria da Ordem dos Médicos e demais organizações profissionais envolvidas [2,3].

Por outro lado, o modelo tem-se ajustado à evolução estrutural, técnico-científica e sócio-demográfica do país, de forma racional e tempestiva, sem decisões radicais, que tenham posto em causa os resultados obtidos [2,3]. Ao nível da melhoria dos cuidados de saúde materno-infantis, o modelo, tem resultados sem paralelo em nenhum outro país do mundo, tendo Portugal passado de um dos piores lugares para um dos melhores da Europa [1,3]. O modelo deverá, por isso, ser mantido, com todas as suas virtuosidades, não devendo dar lugar à importação de modelos implementados noutros países, sem que sejam, prévia e, devidamente testados na nossa realidade.

O modelo de assistência materno-infantil Português e a atual crise económico-financeira

A grave crise económico-financeira que o país atravessa, designadamente depois de 2010, veio mostrar que o modelo de assistência materno-infantil parece ser capaz de manter a sua eficiência em circunstâncias adversas que ultrapassam alguns limites previamente estabelecidos para o seu funcionamento, como número mínimo de 1500 partos/ano para se manter um bloco de partos em funcionamento [3]. Na verdade, em 2013, registaram-se menos de 1500 partos/ano, na região norte do país, em cinco de 13 blocos de partos (Quadro 1) e, apesar disso, este foi um dos anos de menores taxas de mortalidade materno-infantil de que sempre, como se exemplifica, na Figura 4, com a taxa de mortalidade perinatal alargada [4]. NO Quadro 2, apresenta-se uma estimativa para o número de partos nos blocos de partos da região norte no final de 2014, a partir de dados fornecidos pela ARS Norte, relativos ao primeiro trimestre (T) e primeiro semestre (S) de 2014.



Quadro 1. Percentagem de primeiras gravidezes depois dos 35 anos, de maternidades com menos de 500 partos/ano, 500 a 999 partos/ano e 1000 a 19499 partos/ano e de cesarianas, bem como taxa de mortalidade materna (média dos anos 2006 a 2010), percentagem de nascimentos com menos de 28 semanas e taxas de mortalidade fetal tardia e neonatal, nos países europeus, reportados ao ano de 2010, de acordo com o Europeristat [1].

País	% Gravidezes > 35 Anos	% de Maternidades (partos/ano)			% Cesarianas	Mortalidade Materna	% Nascimentos < 28 sem	Mortalidade Fetal ≥ 28 sem	Mortalidade Neonatal	
		<500	500-999	1000-1499					Precoce	Tardia
República Checa	15,4	3,20	28,40	25,20	23,1	3,70	0,60	1,5	1,00	0,70
Finlândia	18	4	14,1	11,9	16,8	4,70	0,40	2	1,10	0,40
Chipre	15,5	61,9	25,7	12,4	52,2	6,50	0,50	2,2	1,00	0,60
Portugal	21,7	1,1	2,5	7,1	36,3	5,80	0,30	2,4	1,10	0,50
Dinamarca	20,9	0,50	4,40	7,9	22,1	3,10	0,50	2,3	1,50	0,40
Noruega	19,5	10,3		16,4	17,1		0,40	2,3	1,50	0,50
Suécia	22,5	0,5	5,9	6	17,1	3,10	0,40	2,8	1,10	0,40
Espanha	29,5				22,2	3,60	0,30	2,6	1,30	0,80
Alemanha	23,6	16,1	33,7	25	31,3	3,90	0,60	2,3	1,80	0,60
Austria	19,7	12,6	28,8	20,4	28,8	2,60	0,60	2,5	1,60	0,50
Itália	34,7	7,3	24,3	24,4	38	2,50	0,60	2,4	1,70	0,70
Estónia	20,7	17,6	17,5	0	21,2	2,60	0,60	2,7	1,60	0,30
Suiça	25,8	18,3	36,1	17,9	33,1	5,50	0,6	2,1	2,20	0,40
Luxemburgo	23,3	3,4	10	19,3	30	9,90	0,70	2,9	1,50	0,30
Eslováquia	12,6				29,4	10,30	0,30	3,1	1,40	0,50
Bélgica-Flandria	14,3	4,90	32,80	22,30	20,1	3,20	0,50	2,80	1,90	0,30
Eslovénia	15,4	2,2	25,5	6	19,1	14,60	0,60	3,3	1,40	0,40
Bélgica-Valónia	16	7,90	28,80	32,90	20,9	9,0	0,50	3,2	1,50	0,50
Lituânia	14,9	19,4	8,8	17,4	25,2	4,10	0,40	3,4	1,80	0,90
Escócia	19,9	3,5	1,7	4,3	27,8		0,60	3,6	2,00	0,60
Polónia	11,8	11,1	26,3	20,7	34	2,90	0,40	3	2,60	0,90
Holanda	21,6	0,8	11,1	17,8	17	4,90	0,70	2,9	2,80	0,50
Inglaterra	19,7	2	0,8	1,2	24,6		0,50	3,8	1,90	0,60
Pais de Gales	19,7	4	1,6	3,5	26,1		0,50	3,8	1,90	0,60
Irlanda	27,9	0	0	3,2	27		0,40	3,7	2,10	
França	19,2	2,5	14,8	20,5	21	8,40	0,70	4,3	1,60	0,80
Hungria	17,5				32,3	13,40	0,80	3,4	2,60	0,80
Bélgica-Bruxelas	23,2	0	0	15,00	20,2	6,80	0,90	4,10	2,10	0,70
Irlanda do Norte	19,9	0,2	3,9	15,5	29,9		0,50	3,4	3,20	0,50
Letónia	14,7	11,9	26,5	16,8	24,4	24,50	0,40	4,1	2,50	1,10
Malta	15,5	10,4	0	0	33,1	9,90	0,40	3,5	4,00	0,50
Roménia	10,9				36,9	21,00	0,20	4	3,70	1,80
Grécia	23,3									
Reino Unido	19,7					6,90				



Quadro 2. Perspetiva evolutiva do número de partos nos blocos de partos da região norte, de 2003 a 2013, a partir de dados cedidos pelo Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos.

	Partos (2003-2013)						Diferença 2009-2013	Diferença 2003-2013	
	2003	...	2009	2010	...	2012			2013
Braga	3875	*	2954	2985		2796	2610	0,12	0,33
C H Porto	4634	**	4094	3930		3124	2874	0,30	0,38
Feira	2884		2393	2293		1868	1734	0,28	0,40
Gaia	2368		2029			1880	1663	0,18	0,30
Guimarães	3275		2519	2554		2165	2034	0,19	0,38
HSJ	2890		2906	3023		2596	2465	0,15	0,15
Matosinhos	2157		1850	1796		1476	1393	0,25	0,35
Vale Sousa	3051		3051	3177		2617	2354	0,23	0,23
Viana	2075		2016	1868		1667	1519	0,25	0,27
Vila Real	2684	****	1755	1814		1443	1355	0,23	0,50
Famalicão	2535	***	1570	1653		1423	1251	0,20	0,51
Póvoa Varzim	1402		1213	1220		899	773	0,36	0,45
Bragança						551			
Total	33830		28350				22025	0,22	0,35

* Braga + Barcelos; ** Maternidade Júlio Dinis + Hospital de Santo António; *** Vila Nova de Famalicão Santo Tirso; **** Vila Real + Chaves + Lamego

Quadro 2. Estimativa do número de partos nos blocos de partos da região norte no final de 2014, a partir de dados fornecidos pela ARS Norte, relativos ao primeiro trimestre (T) e primeiro semestre (S) de 2014.

	2013	Previsão 2014 (1T)	Previsão 2014 (1S)	Diferença 2013-14 (1T)	Diferença 2013-14 (1S)
Braga	2610	2328	2424	-0,11	-0,07
C H Porto	2874	2586	2760	-0,10	-0,04
Feira	1734		1598		-0,08
Gaia	1663	1564	1548		-0,07
Guimarães	2034	1912	1820		-0,11
HSJ	2465	2372	2457	-0,04	0,00
Matosinhos	1393	1468	1413	0,05	0,01
Vale Sousa	2354	2228	2136	-0,05	-0,09
Viana	1519	1244	1294	-0,18	-0,15
Vila Real	1355	1116	1116	-0,18	-0,18
Famalicão	1251	1180	1146	-0,06	-0,08
Póvoa Varzim	773	700	694	-0,09	-0,10
Bragança	526	612	518	0,16	-0,02
Total	22025		20406		-0,07

* Braga + Barcelos; ** Maternidade Júlio Dinis + Hospital de Santo António; *** Vila Nova de Famalicão Santo Tirso; **** Vila Real + Chaves + Lamego



Mortalidade perinatal (período alargado), 1996-2013

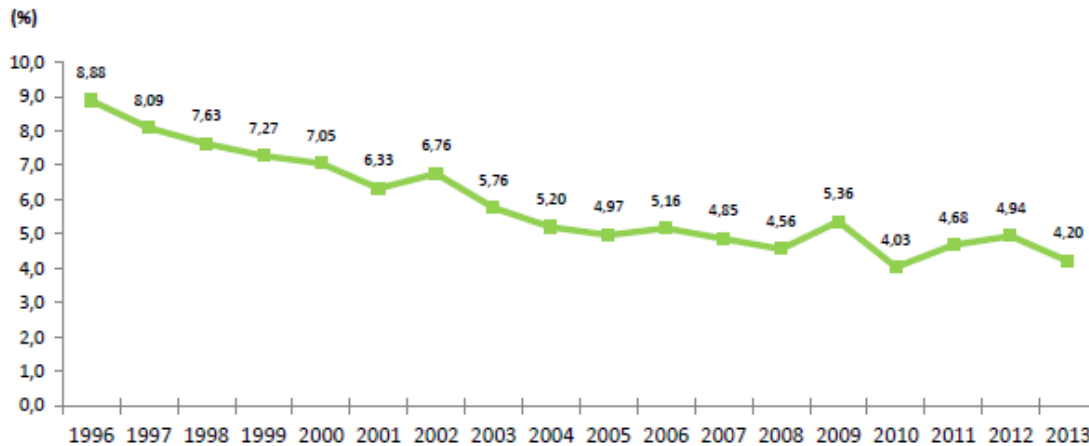


Figura 4. Taxas de mortalidade perinatal alargada (fetal ≥ 28 semanas + neonatal < 28 dias), em Portugal, de 1996 a 2013, de acordo com a Direção Geral de Saúde [4].

Acresce que a obrigatoriedade de um número mínimo de 1500 partos/ano para se manter um bloco de partos em funcionamento não é seguida por países com taxas de mortalidade iguais ou melhores do que as nossas, ainda que se registe, uma política de concentração de recursos mínimos de assistência em todos os países (Figura 5) [1]. Há, no entanto, que atuar com toda a prudência, uma vez que de 2010 a 2012, se registou, no nosso país, uma tendência para um agravamento das taxas de mortalidade, ainda que pouco significativa, não confirmada em 2013 e com valores sempre inferiores aos registados em 2009 (Figura 4) [4].

Necessidade de atualização da rede

A necessidade de atualizar a rede tem sido assinalada nos últimos anos, a diversos níveis, designadamente a nível da Comissão Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Jovem e do Ministério da Saúde [3,5]. Esta necessidade acentuou-se, contudo, com o sentido da evolução sócio-demográfica prevista para o país durante as próximas décadas [6].

A diminuição da natalidade (Figura 6), que na região norte do país, ocorreu a uma média de 3,2% ao ano, desde 2003, e de 4,4% ao ano, desde 2009 (Quadro 1), e que até 2060, previsivelmente se manterá superior à mortalidade geral da população, acompanhada de um balanço negativo da rácio imigração/emigração, tem provocado uma diminuição e envelhecimento progressivos da população, como se mostra nas Figuras 7 e 8 [6,7].

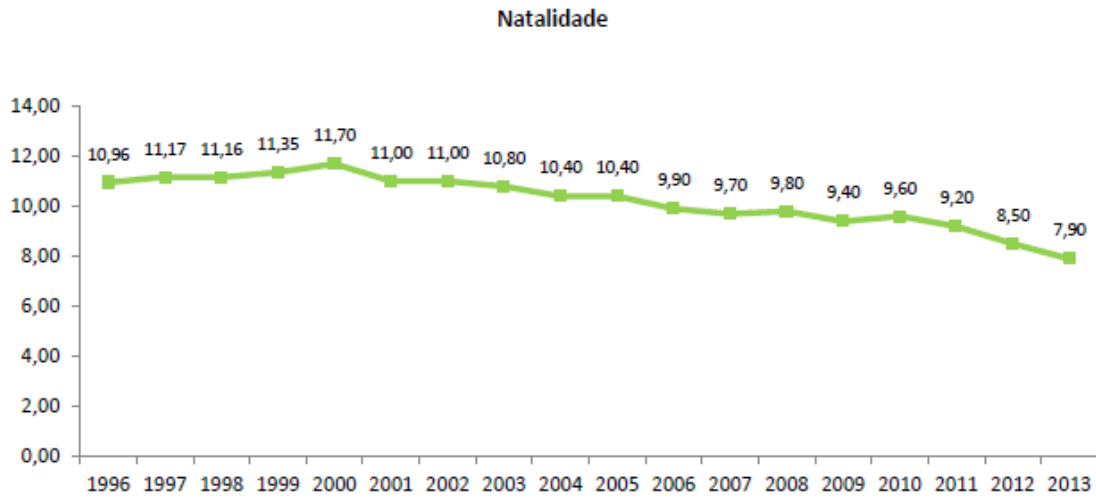


Figura 6. Evolução da natalidade em Portugal (por 100.000 habitantes), de 1996 a 2013, de acordo com a Direção Geral de Saúde [4].

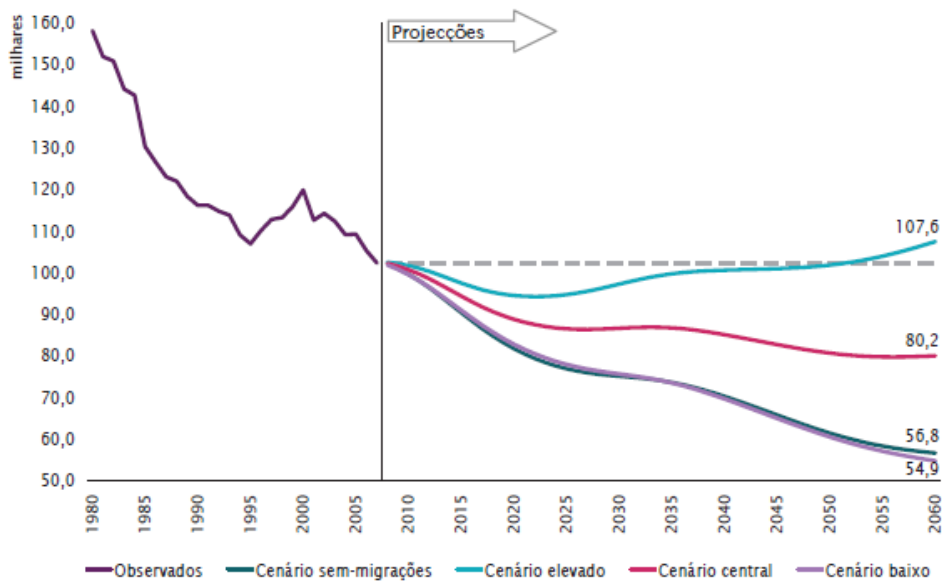


Figura 7. Evolução da natalidade em Portugal, de 1980 a 2008 e projeções para 2060, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística [6].

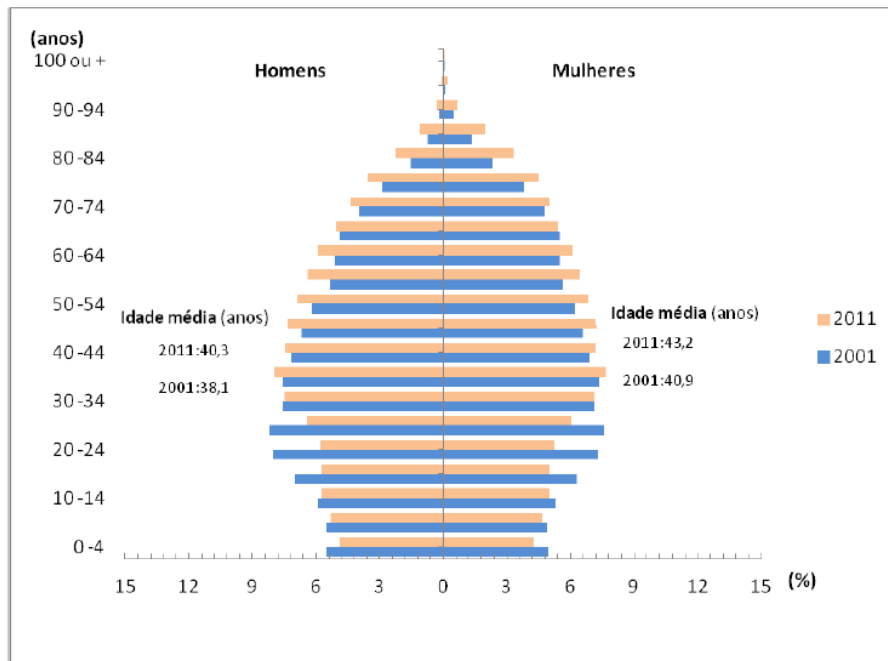


Figura 8. Pirâmide etária da população residente em Portugal, por sexo, em 2001 e 2011, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística [7].

Acresce que se tem vindo adiar cada vez para mais tarde a idade do nascimento do primeiro filho, tendo-se atingido valores de mais de 20% de primeiros nascimentos de mães com 35 ou mais anos de idade (Figura 9) [1,8].

Por outro lado, apesar de ser previsível que nos continuemos a manter como um dos países com mais especialistas, durante pelo menos mais alguns anos, regista-se um envelhecimento significativo dos médicos, associado a um aumento de indisponíveis para serviço de urgência e serviço noturno, como se pode ver nas Figuras 9 e 10 [9,10].



Especialidades	N.º de Médicos			Densidade por 100.000 habitantes		
	Portugal	França	Inglaterra	Portugal	França	Inglaterra
Anatomia Patológica	253	1.550	1.275	2,40	2,38	2,40
Anestesiologia	1.734	10.453	7.419	16,42	16,08	13,97
Angiologia e Cirurgia Vasculiar	129	424	-	1,22	0,65	-
Cardiologia	827	6.219	1.199	7,83	9,57	2,26
Cardiologia Pediátrica	47	-	87	2,47	-	0,93
Cirurgia Cardiorádica	104	344	357	0,98	0,53	0,67
Cirurgia Geral	1.614	4.627	2.530	15,28	7,12	4,76
Cirurgia Maxilo-facial	79	65	527	0,75	0,10	0,99
Cirurgia Pediátrica	108	169	154	5,67	1,41	1,64
Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética	181	601	424	1,71	0,92	0,80
Dermato-Venereologia	332	4.064	762	3,14	6,25	1,43
Doenças Infecciosas	148	-	782	1,40	-	1,47
Endocrinologia e Nutrição	202	1.559	596	1,91	2,40	1,12
Estomatologia	614	1.259	788	5,81	1,94	-
Farmacologia Clínica	14	-	19	0,13	-	0,04
Gastroenterologia	473	3.431	966	4,48	5,28	1,82
Genética Médica	28	164	131	0,27	0,25	0,25
Ginecologia/Obstetria	1.565	7.460	2.565	32,97	27,29	11,45
Hematologia Clínica	185	374	827	1,75	0,58	1,56
Imunologia	177	-	11	1,68	-	0,02
Imunohemoterapia	228	-	-	2,16	-	-
Medicina Desportiva	48	-	5	0,45	-	0,01
Medicina do Trabalho	368	4.986	107	3,48	7,67	0,20
Medicina Física e de Reabilitação	545	1.847	159	5,16	2,84	0,30
Medicina Geral e Familiar	7.530	82.399	40.265	71,29	126,78	75,82
Medicina Interna	1.986	2.420	3.261	18,80	3,72	6,14
Medicina Legal	62	-	-	0,59	-	-
Medicina Nuclear	64	524	55	0,61	0,81	0,10
Medicina Tropical	30	-	-	0,28	-	-
Nefrologia	256	1.271	500	2,42	1,96	0,94
Neurocirurgia	183	411	266	1,73	0,63	0,50
Neurologia	425	1.958	733	4,02	3,01	1,38
Neuroradiologia	140	-	-	1,33	-	-
Oftalmologia	910	5.567	1.672	8,62	8,57	3,15
Oncologia Médica	124	632	401	1,17	0,97	0,76
Ortopedia	1.002	2.527	2.725	9,49	3,89	5,13
Otorinolaringologia	568	2.915	899	5,38	4,48	1,69
Patologia Clínica	723	2.997	753	6,85	4,61	1,42
Pediatria	1.752	6.935	3.336	16,59	57,68	35,54
Pneumologia	538	2.748	790	5,09	4,23	1,49
Psiquiatria	945	13.663	5.128	8,95	21,02	9,66
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	157	-	886	8,24	-	9,44
Radiologia	871	7.873	2.524	8,25	12,11	4,75
Radioncologia	96	693	677	0,91	1,07	1,27
Reumatologia	125	2.615	589	1,18	4,02	1,11
Saúde Pública	467	1.275	1.185	4,42	1,96	2,23
Urologia	357	856	841	3,38	1,32	1,58

Fonte: Universidade de Coimbra a partir de Informação da Ordem dos Médicos, da ACSS, da Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)²¹ e do Health and Social Care Information Center (HSCIC)²².

Figura 10. Efectivos e densidade por especialidade, em Portugal, França e Inglaterra, de acordo com estudo efetuado na Universidade de Coimbra para a Ordem dos Médicos [10].

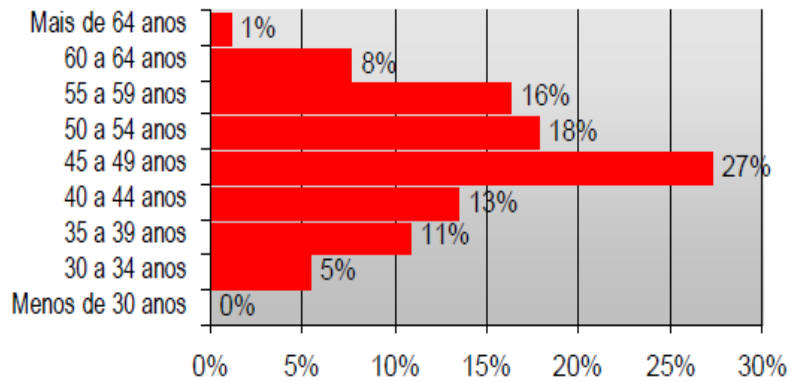


Figura 11. Distribuição dos especialistas de Ginecologia e Obstetrícia, por grupo etário, em 1 de Janeiro de 2009, de acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN). [9].

Dessa forma, estão criadas situações inaceitáveis de perda de treino médico adequado e de carência relativa de especialistas do foro materno-infantil (Quadro 3). Os serviços estão em risco de perder o treino mínimo de assistência ao parto e às situações mais complexas, que têm vindo a aumentar como já se referiu [8].

Estão assim instaladas as condições para que os serviços mais pequenos, já há alguns anos com menos de 1500 partos/ano (ou mesmo menos de 1000 partos/ano), deixem de ter o mínimo de eficiência necessária ao seu funcionamento (Quadros 1 e 2), por diminuição da procura, ao mesmo tempo que os serviços maiores correm o risco de carência relativa de especialistas diferenciados, verificando-se em ambos os casos carência de disponibilidade para serviço de urgência e noturno, colocando os blocos de partos, em geral, em risco de rotura iminente (Quadro 3).

Em contrapartida, regista-se um aumento da procura de serviços na área do ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, designadamente no âmbito da vigilância da gravidez de alto risco [8], e da Ginecologia cirúrgica (Quadro 4), justificando-se a manutenção destes serviços em regime de proximidade das populações, mesmo que deixando de ter blocos de partos em funcionamento, por força da necessidade de se manter ou melhorar a assistência materno-infantil atualmente proporcionada às populações.



	Tipo de Hospital	Partos		Especialistas	Internos	Necessidades SU *	Necessidades SU Corrigidas **	Disponibilidades SU ***	Saldo	Saldo Corrigido
		2012	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013
Hospital de Braga	HAPD	2796	2610	24	12	28	28	21	-7	-7
CH do Porto	HAPD	3124	2874	47	20	28	28	40	12	12
CH Entre Douro e Vouga	HAPD	1868	1734	18	4	28	24	14	-14	-10
CH de Vila Nova de Gaia-Espinho	HAPD	1880	1663	31	9	28	24	25	-3	1
CH do Alto Ave	HAPD	2165	2034	22	12	28	24	19	-9	-5
CH de S. João	HAPD	2596	2465	38	19	28	28	33	5	5
ULS de Matosinhos	HAPD	1476	1393	19	4	28	24	15	-13	-9
ULS do Alto Minho	HAPD	1667	1519	16	10	28	24	15	-13	-9
CH de Trás-os Montes	HAPD	1443	1355	14	6	28	24	12	-16	-12
CH do Tâmega e Sousa	HAP	2617	2354	17	6	24	24	14	-10	-10
CH do Médio Ave	HAP	1423	1251	16	3	16	16	12	-4	-4
CH Vila do Conde-Póvoa de Varzim	HAP	899	773	8	2	16	16	6	-10	-10
CH do Nordeste Transmontano	HAP	551	?	?	?	16	16	?	?	
				270		324	300			-59

Fonte: Colégio a Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia 2014

* HAPD: 4 médicos de 1200 a 3000 partos; HAP: 3 médicos de 1200 a 3000; HAPD ou HAP: 2 médicos se < 1200 partos

** o referido em * com redução de 1 médico se < 2000 partos

** Com redução de 30% (por idade > 55 anos) e incluindo internos do 5º ou 6º ano

Quadro 3. Número de partos em 2012 e 2013, bem como número de especialistas e de internos, necessidades e disponibilidades de médicos, para os serviços de urgência (SU) em 2013, na região norte de Portugal [10]. HAPD: Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado; HAP: Hospital de Apoio Diferenciado.



	2009	2010	...	2013	Diferença 2009-2013
Hospital de Braga	1252	1154		1826	46%
Centro Hospitalar (CH) do Porto	2771	4731		1869	-33%
CH Entre Douro e Vouga	1330	1696		1663	25%
CH de Vila Nova de Gaia-Espinho	1056			1325	25%
CH do Alto Ave	965	1103		1537	59%
CH de S. João	362	951		1306	261%
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	1287	698		2423	88%
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	688	998		744	8%
CH de Trás-os Montes	959	1018		1715	79%
CH do Tâmega e Sousa	1811	1496		1869	3%
CH do Médio Ave	1464	1385		1557	6%
CH Vila do Conde-Póvoa de Varzim	372	732		757	103%
CH do Nordeste Transmontano					
Total	14317	15962	...	18591	30%

Quadro 4. Número de intervenções cirúrgicas realizadas nos hospitais da região norte de Portugal, nos anos 2009, 2010 e 2013, de acordo com os dados do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos.

Ao mesmo tempo, com a melhoria sem precedentes das acessibilidades rodoviárias (Quadros 5 a 7) passamos a ter a pouco tempo de distância serviços que se podem integrar, dando resposta à ameaças que mutuamente enfrentam de perda de eficiência na assistência materno-infantil - quer por serem demasiado pequenos, quer por terem de dar resposta a situações cada vez mais complexas - sem por em causa a acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde.



Quadro 5. Distâncias, em minutos, entre as freguesias de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim e os Centros Hospitalares da Póvoa de Varzim-Vila do Conde (CHPVVC). Médio Ave (CHMA) e as Unidades Locais de Saúde de Matosinhos (ULSM) e do Alto Minho (ULSAM). Entre parêntesis estão indicadas as distâncias pelas vias antigas. A negrito estão indicados os dois centros hospitalares mais próximos.

	CHPVVC	CHMA	ULSM	ULSAM
Vila do Conde	9	25	24 (35)	
Vilar do Pinheiro	18	28	17	
Guilhabreu	22	29	22	
Malta	20	32	22	
Gião	17		19	
Labruge	18		16	
Mindelo	15		18	
Junqueira	14	21	25	
Vairão	21	31	26	
Póvoa de Varzim			29 (44)	
Estela		30	27	
Laundos		29	27	
Rates	17	26	28	
Balazar		28	31	
Aguçadoura		33	30	
Aver-o-mar		27	24	
Esposende	25	34	33	23

Quadro 6. Distâncias, em minutos, entre os Concelhos da região do Ave e os Centros Hospitalares de Vila Nova de Famalicão, Guimarães e Paredes.

	CHMA (Vila Nova de Famalicão)	CHAA (Guimarães)	Braga	Hospital Padre Américo (Paredes)
Cabeceiras de Basto	48	36	45	49
Fafe	34	14	30	35
Guimarães	28		22	37
Mondim de Basto	60	48	57	51
Póvoa de Lanhoso		31	21	59
Vieira do Minho	52	52	34	74
Vila Nova de Famalicão		27	22	40
Vizela	30	16	29	31



Quadro 7. Distâncias, em minutos, entre os Concelhos de Trás-os-Montes e os Centros Hospitalares do Nordeste Transmontano (CHNT) e de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD).

	CHNT (Bragança)	CHTMAD (Vila Real)	Braga
Alfandega da Fé	60	67	121
Boticas	113	52	79
Bragança		77	132
Chaves	90	45	73
Macedo de Cavaleiros	35	56	110
Miranda do Douro	64	123	178
Mirandela	48	43	98
Mogadouro	75	87	
Montalegre		70	88
Ribeira de Pena	103	37	50
Valpaços	60	52	95
Vila Flor	60	50	105
Vila Pouca de Aguiar	90	24	54
Vimioso	44	100	
Vinhais	31	94	

Proposta de metodologias de atualização da rede

As metodologias de atualização da rede propostas baseiam-se na manutenção do modelo em vigor [2], pela excelência dos resultados que tem produzido [4].

Dessa forma, o modelo deverá, por um lado, continuar a assentar em cuidados primários e hospitalares equipadas com recursos humanos, instalações e equipamentos adequados, de acordo com as normas da Direção Geral de Saúde, ditadas, no âmbito técnico-científico, pelos Colégios da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia e de Pediatria [11,12]. Por outro lado, qualquer ajustamento à evolução do país, deverá ser organizado de forma racional e tempestiva, sem decisões radicais que ponham em causa os resultados obtidos.

Nesse sentido, foi consultado o Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos, que reavaliou os critérios mínimos de funcionamento dos blocos de partos, face à evolução sócio-demográfica do país, propondo-se a adoção das medidas a seguir indicadas.

1- Deverão ser respeitadas as recomendações genéricas da DGS e do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos, quanto às necessidades de recursos humanos e materiais dos Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) [11,12].

2- Em detrimento do encerramento de serviços, dever-se-á dar primazia à integração dos serviços sem condições para manterem um bloco de partos aberto 24 horas por dia em centros de atendimento materno-infantil com as condições de proximidade e acessibilidade adequadas, nos termos propostos nos pontos



seguintes. Estes centros deverão ter um único bloco de partos, mantendo a acessibilidade a cuidados de proximidade de ambulatório, a praticar em qualquer dos polos do centro, ao mesmo tempo que se passa a assegurar o acesso a bloco de partos e a cuidados de internamento em condições mínimas de eficiência e de segurança para as mulheres, crianças e adolescentes. Esta medida terá a vantagem adicional de melhor permitir a aplicação do ponto 5, e tal se tornar necessário.

3- A integração de serviços poderá resultar da criação de um novo centro hospitalar, ou unidade local de saúde, ou de uma simples afiliação de serviços de Ginecologia e Obstetrícia, de Neonatologia e, sempre que adequado, de Pediatria. A afiliação terá como fim a associação de serviços, que manterão as respetivas direções e quadros de pessoal, sob uma mesma coordenação departamental, que distribuirá as tarefas pelos serviços envolvidos, de acordo com os princípios formulados no número anterior.

4- Deverão ser requalificados os HAPD com menos de 1500 partos/ano como HAP, desde que tenham um HAPD acessível a menos de 30 minutos de distância.

5- Os serviços integrados e/ou requalificados deverão voltar à sua situação inicial, se as premissas que levaram à sua alteração funcional deixarem de se verificar.

6- Não deverá concretizar-se mais do que uma das alterações propostas nos pontos 3 a 5, por cada dois anos, por cada região do país.

7- Não deverá ser adotada nenhuma nova medida de reestruturação sem que a anterior tenha sido devidamente auditada.

8- Nenhum bloco de partos com urgência aberta, deverá ter menos de um parto/obstetra/dia, ou seja, 730 partos/anos, atendendo a que no mínimo cada equipa deverá ter pelo menos dois especialistas. A título verdadeiramente excepcional, as regiões mais periféricas poderão manter blocos de partos, que já se encontrem instalados, e estejam situados a mais de 30 minutos de um outro bloco de partos, a serem auditados anualmente, devendo os profissionais de saúde estar integrados em programas de treino adequados a essa realidade.

9- Nenhuma das novas integração de serviços deverá colocar a população que serve a mais do que a 30 minutos de cuidados de ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia.

10- Nenhuma das novas integração de blocos de partos deverá colocar a população que serve a mais do que a atual distância, em tempo, ou a mais do que 30 minutos de um bloco de partos.

11- As integrações de serviços deverão permitir que todos os especialistas de Ginecologia e Obstetrícia tenham acesso à prática da especialidade, em todas as suas vertentes, incluindo o serviço de urgência, independentemente da necessidade de se manterem alguns especialistas preferencialmente dedicados a uma sub-especialidade ou competência, sempre que tal se justifica. Dessa forma, deverá estar prevista a realização de serviço de urgência pelos médicos primariamente colocados nos serviços dedicados exclusivamente a cuidados de ambulatório.



Possíveis calendarizações das atualizações a ponderar na rede de assistência materno-infantil do norte do país

No Quadro 8 apresentam-se possíveis cenários de integrações e requalificações a ponderar nos próximos anos na região norte de Portugal.

Quadro 8. Possíveis cenários de integrações e requalificações a ponderar na região norte do país.

	1º ano	3º ano	5º ano	7º ano
Cenário 1 *	Integração CHPVVC-ULSM?	Integração CHMA-CHAA?	Requalificação CHEDV?	Requalificação CHVNGE?
Cenário 2	Integração CHPVVC-CHMA?	Requalificação ULSM?	Requalificação CHEDV?	Requalificação CHVNGE?
Outros				

CHPVVC: Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde; ULSM: Unidade Local de Saúde de Matosinhos; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho; CHEDV: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga.

* Melhor distribuição geográfica e integração de serviços de Apoio Perinatal com serviços de Apoio Perinatal Diferenciado.

Potenciais conflitos de interesses

O principal relator deste documento, João Bernardes, tem a sua família radicada há várias gerações em Vila do Conde. É assistente graduado sénior do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de S. João, Porto, desde 1998. Foi diretor do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de S. Sebastião, Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, entre 2008 e 2009, e é, desde Maio de 2014, diretor do Departamento da Mulher da Criança e do Jovem do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, no âmbito de atividades em hospitais afiliados com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto onde é professor catedrático de Ginecologia e Obstetrícia.



Referências

- 1- EURO-PERISTAT "The health and care of pregnant women and their babies in 2010"
(<http://www.europeristat.com>, acedido em 14 de Maio de 2014).
- 2- Administração Regional de Saúde do Centro, IP. Legislação Histórica da Assistência Materno-Infantil
(<http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20referente%20a%20Assistencia%20Materno-Infantil/legisla%C3%A7ao.pdf>, acedido em 14 de Maio de 2014).
- 3- Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente. Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente. Proposta. Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente 2012.
(http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Carta_Hospitalar_CNSMCA_20120612.pdf, acedido em 14 de Maio de 2014).
- 4- Direção Geral de Saúde. Natalidade, Mortalidade Infantil e Perinatal 2009/2013. Direção Geral de Saúde, Lisboa 2014.
- 5- Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 71 — 10 de abril de 2014.
- 6- Instituto Nacional de Estatística. Projeções de População Residente em Portugal 2008-2060. Instituto Nacional de estatística 2009.
(file:///C:/Documents%20and%20Settings/med6130/Os%20meus%20documentos/Downloads/PPRP08_60_2.pdf, acedido em 14 de Maio de 2014)
- 7- Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011. Instituto Nacional de Estatística 2012.
- 8- Bernardes J. Mudanças sócio-demográficas e novos desafios na assistência à grávida. *Acta Médica Portuguesa* 2011; 24 (6): 869-870.
- 9- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN). Rede e Ordenamento Hospitalar da Área Metropolitana do Porto. Relatório (Estudo 3 – Análise actual e prospectiva dos Recursos Humanos Médicos Hospitalares)
(<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Reordenamento%20Hospitalar%20da%20C3%81rea%20Metropolitana%20do%20Porto/Estudo%203%20%E2%80%93%200An%C3%A1lise%20recursos%20humanos%20m%C3%A9dicos%20hospital.pdf>, acedido em 14 de Maio de 2014)
- 10- Santana P, Peixoto H, Loureiro A, Costa C, Nunes C, Duarte N. Estudo de evolução prospectiva de médicos no Sistema Nacional de Saúde. Universidade de Coimbra para a Ordem dos Médicos 2013.
- 11- Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Organização Perinatal Nacional. Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Ministério da Saúde, Lisboa 2006.
- 12- Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos. Norma Complementar 1/2014. Constituição das equipas de blocos de partos. Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos 2014.