

25 ANOS
DAS COMISSÕES NACIONAIS
DE SAÚDE MATERNA
E DA CRIANÇA

Coordenação:

Júlio Bilhota Xavier

Presidente da Comissão Nacional
de Saúde Materna da Criança e do
Adolescente (CNSMCA)
de 2009 a 2014

Edição:



PREÂMBULO

É com genuíno prazer que a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) edita esta brochura. A descrição das Comissões Nacionais para a Saúde Materna, da Criança e do Adolescente é uma excelente oportunidade para a reflexão sobre a sociedade portuguesa, a cultura, os costumes e sobretudo, a evolução notável que a mortalidade infantil e materna apresentou nos últimos anos, mercê de esforços conjugados dos que aqui estão explícitos e de outros que, na sombra, de forma diária e implacável, prestaram o seu contributo.

Este ano comemoram-se os 50 anos do Programa Nacional de Vacinação, os 25 anos da ratificação da Convenção dos Direitos da Criança e, naturalmente, 25 anos de Comissões.

A Pediatria confronta-se de novo com mudanças que decorrem da baixa natalidade, das migrações, dos desafios colocados pelas doenças crónicas e a deficiência. Sabemos, sem sombra de dúvida, que os primeiros anos de vida são cruciais e determinantes na maioria das doenças do adulto, nomeadamente a diabetes, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias e os comportamentos, só para nomear algumas.

A convergência institucional descrita nesta brochura, entre as Comissões com nomeação ministerial, o Ministério da Saúde e as suas delegações, as Sociedades Científicas, as redes de cuidados ambulatoriais e hospitalares e os Programas de Saúde, nomeadamente de Saúde Infantil e Juvenil, determinaram as conquistas descritas e serão determinantes das próximas. Não esqueceremos o contributo do Instituto de Apoio à Criança, de que o Prof. Torrado da Silva foi também fundador e que tem sublinhado, de forma incansável a Humanização da prestação de Cuidados de Saúde à Criança.

Uma brochura desta natureza e ambição é o contributo de muitos, para quem vai o nosso agradecimento mais profundo. A nossa maior dívida de gratidão é para o Dr. Bilhota Xavier que desde logo abraçou o desafio lançado e, num curto espaço de tempo, com o entusiasmo e persistência que o caracterizam. O nosso obrigado também ao Fernando Feiteiro que, com a dedicação habitual, criou o *design* que realça bem as qualidades dos textos e das figuras.

Este trabalho é dedicado a todos, especialmente aos jovens. Que nela se revejam e inspirem para começar, ainda hoje, o futuro.

Teresa Bandeira
Presidente SPP, triénio 2014-2016

Fernanda Rodrigues, Inês Azevedo, André Graça, Ricardo Ferreira,
Rute Neves, Lucinda Pacheco, Amélia Cavaco

Índice

- 03 LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS
- 04 INTRODUÇÃO
- 06 MORTALIDADE INFANTIL EM PORTUGAL – INFLUÊNCIA DAS COMISSÕES NACIONAIS?
Bilhota Xavier
- 15 IN MEMORIAM – HOMENS PARA A VIDA
- 26 A PRIMEIRA COMISSÃO NACIONAL
Baptista Pereira
- 28 ERA UMA VEZ...
Octávio Cunha
- 30 O CAMINHO...
João Dória Nóbrega
- 34 A COMISSÃO NACIONAL DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA
Maria Purificação Araújo
- 40 COMISSÕES NACIONAIS DE SAÚDE - CNSI-CNSMC (1992/1997) /CNSMC (1997/2000)
F. Coelho Rosa
- 42 SEXTA COMISSÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - INTERVENÇÃO E EFECTIVIDADE
Maria do Céu Machado
- 44 SÉTIMA E OITAVA COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Bilhota Xavier
- 54 COMISSÃO REGIONAL DA SAÚDE DA MULHER CRIANÇA E ADOLESCENTE DA REGIÃO CENTRO
José Carlos Peixoto
- 58 O FUTURO
Jorge Manuel Saraiva
- 60 DOCUMENTOS E LEGISLAÇÃO

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ARS	Administração Regional de Saúde
CNSMI	Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil
CNSI	Comissão Nacional de Saúde Infantil
CNSMP	Comissão Nacional de Saúde Materna e Perinatal
CNSCA	Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente
CNSMN	Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal
CNSMCA	Comissão Nacional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente
CRSMCA	Comissão Regional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente
Desp	Despacho
DGS	Direção Geral de Saúde
HAP	Hospital de Apoio Perinatal
HAPD	Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado
MI	Mortalidade Infantil
MNP	Mortalidade neonatal precoce
MN	Mortalidade neonatal
SEAMS	Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
SPMS	Sistema Partilhado do Ministério da Saúde
SPP	Sociedade Portuguesa de Pediatria
TMM	Taxa de mortalidade materna
UCF	Unidade Coordenadora Funcional

INTRODUÇÃO

A propósito dos 25 anos das Comissões Nacionais de Saúde Materna e da Criança, a primeira Comissão foi nomeada em 1989, a Prof.ª Teresa Bandeira atual presidente da Direção da Sociedade Portuguesa de Pediatria, propôs-me o compilar de um conjunto de textos que traduzissem o sentir de vários atores envolvidos no processo, a elaboração de uma síntese da legislação e de documentos, que ao longo de um quarto de século suportou as referidas comissões, e viesse a fazer parte do arquivo histórico da SPP.

Um desafio enorme que eu aceitei com entusiasmo e algum receio, uma vez que considero não ser fácil, relatar de forma necessariamente resumida, uma história de sucesso com vinte e cinco anos de trabalho, responsável por ajudar a transformar Portugal num caso impar e de estudo em muitos países, um pouco por todo o mundo.

Porque as sucessivas Comissões se constituíram como alicerces fortes, de uma fatalmente sempre incompleta construção, impunha-se elaborar esta compilação.

Conhecendo o passado aqui relatado, as gerações atuais e futuras, ficarão habilitadas a melhor compreender em que grau nele se alicerçou o presente e melhor perspetivar o futuro.

Sublinhe-se a iniciativa da SPP como uma resposta de qualidade para a necessidade de aprofundar e consolidar a complementaridade entre a SPP e a Comissão Nacional.

Os textos elaborados por vários intervenientes, são da total responsabilidade dos seus redatores, a quem agradeço a sua pronta e total disponibilidade, os títulos, em parte do coordenador desta edição.

Passo a citar: Baptista Pereira, presidente da primeira Comissão nomeada em 1989, denominada Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI), Octávio Cunha 1989, 1992, 1994, 1996, 1998, 2003, Purificação Araújo 1989, 1994, 1996, 1998 e 2003, Dória Nóbrega 1989, Coelho Rosa 1992, 1994, 1996 e 1998, Maria do Céu Machado 2003, Bilhota Xavier 2003, 2009 e 2012, José Carlos Peixoto 1998, 2003, 2009 e 2012 e 2014, Jorge Saraiva 2009, 2012 e 2014. Os anos referem-se aos anos das nomeações das Comissões que cada um integrou. Por ser considerado útil em algumas épocas, as Comissões tiveram ao longo do tempo várias denominações e subdivisões Fig. 1.



Neste documento vai encontrar um QR Code, que lhe dará acesso a esta brochura, a alguns documentos considerados relevantes e à legislação mais significativa, que se encontra ordenada por ordem cronológica.

Espero que seja com prazer que leia estes textos e principalmente que sejam úteis e motivadores para a consolidação dos resultados que tanto nos orgulham.

Bilhota Xavier

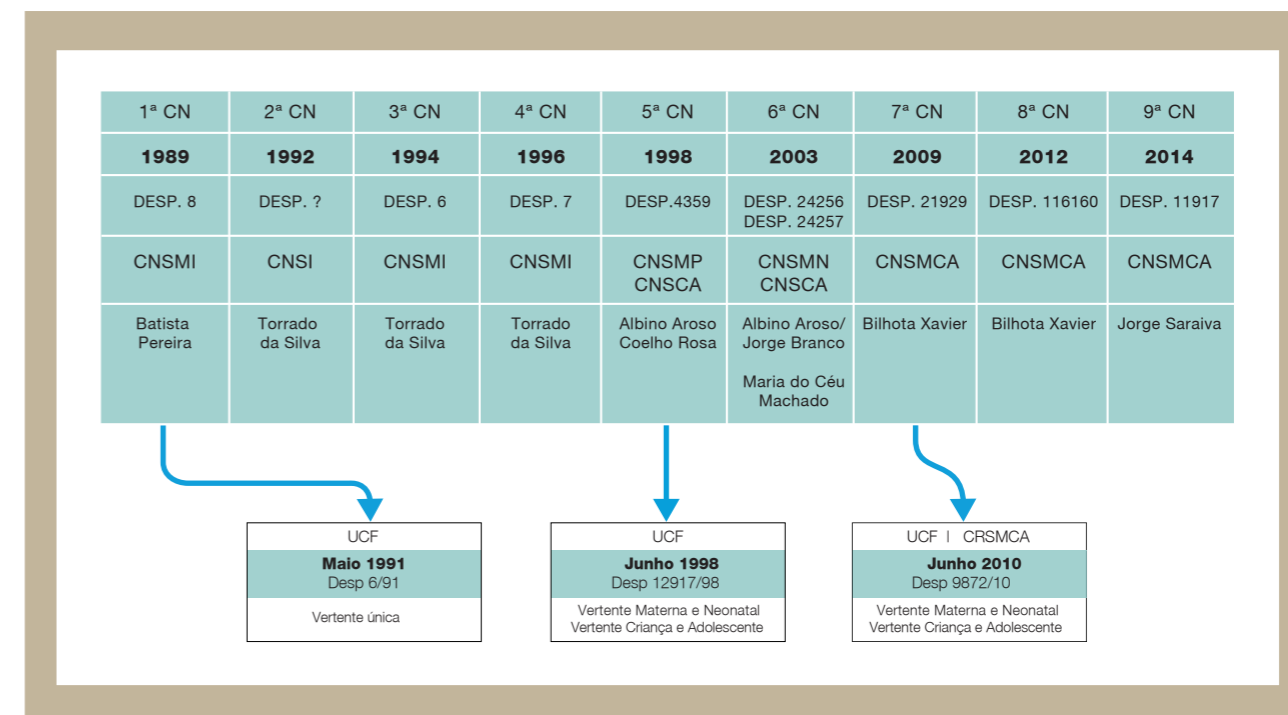


Figura 1 – As diferentes Comissões ao longo dos anos e os despachos de nomeação e de formalização das UCF e CRSMCA

MORTALIDADE INFANTIL EM PORTUGAL – INFLUÊNCIA DAS COMISSÕES NACIONAIS?

Bilhota Xavier ¹



(1) Médico Pediatra. Presidiu às Comissões nomeadas em 2009, Desp 21929 de 1 de Outubro, 2012 Desp 11610 de 28 de Agosto e integrou a Comissão nomeada em 2003, Desp 24257 de 17 dezembro

Durante muitos séculos a mortalidade nos primeiros meses de vida foi vista como uma fatalidade e nas famílias numerosas muitas vezes vista como um alívio.

Durante o século XX fruto da melhoria das condições sócio económicas das populações, a diminuição da mortalidade infantil tornou-se um fenómeno generalizado em vários países europeus, bem como na maior parte dos países com padrões de desenvolvimento semelhantes aos europeus.

Portugal acompanhou essa tendência, embora com algum atraso, tem vindo a registar nas últimas décadas, as mais baixas

taxas de mortalidade infantil da sua história.

A taxa de mortalidade infantil registada em 1960, por cada 1000 crianças nascidas vivas, 77,5 morriam antes de completar o primeiro ano de vida. Passados 54 anos, em 2014, o valor atingido foi de 2,8%. Em nenhum outro país europeu ocorreu uma evolução semelhante à do nosso país. Portugal registou uma diminuição de 96,3%, na sua taxa de mortalidade infantil, o que constitui o caso de maior sucesso na melhoria deste indicador observado no conjunto da EU, o mesmo acontecendo na taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos (Gráficos 1 – 4).

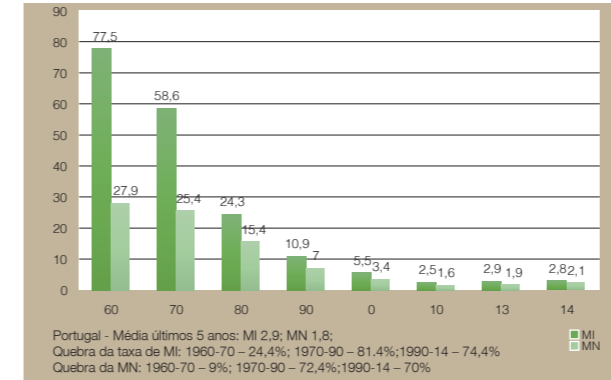


Gráfico 1 – Mortalidade Infantil e Neonatal 1960 – 2014

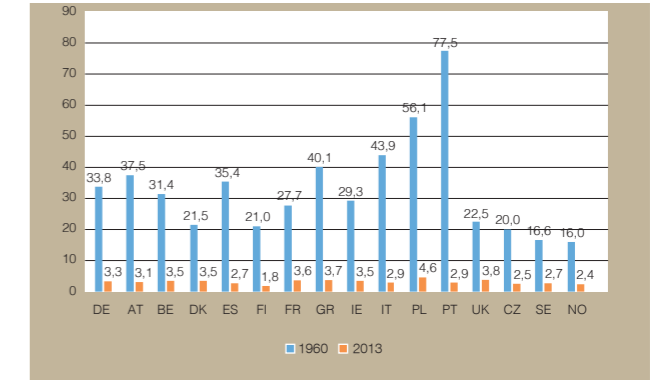


Gráfico 2 – Taxa de mortalidade infantil na Europa 1960 – 2013

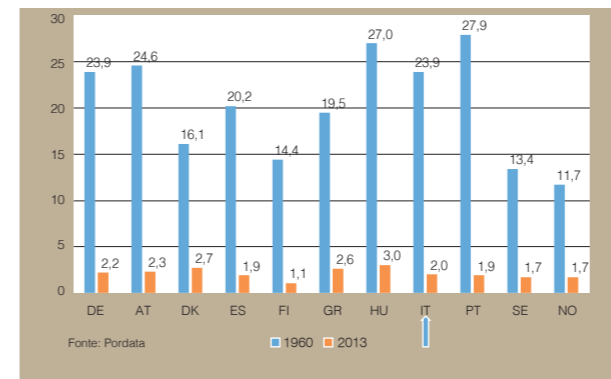


Gráfico 3 – Taxa de mortalidade neonatal na Europa 1960 – 2013

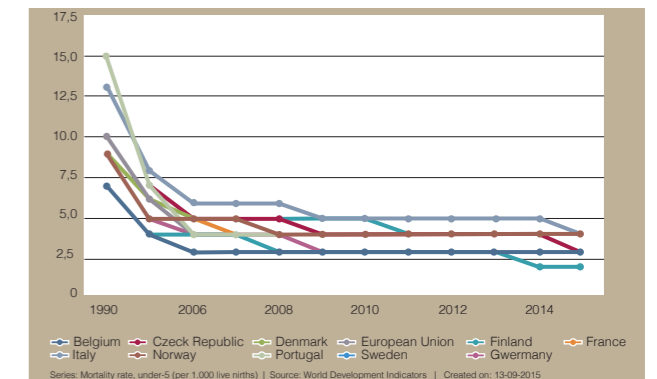


Gráfico 4 – Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos na Europa 1990 – 2014

Esta evolução não é indiferente às grandes mudanças que se verificaram em Portugal com a revolução de Abril de 1974.

As determinantes sociais com influência na saúde tiveram uma profunda melhoria. De 1974 a 2013,

registaram-se as seguintes variações: água canalizada 47 – 99%; eletricidade 63 – 100%; saneamento básico 58 – 95%; analfabetismo 25,7 – 6,8%, 5% se <65 anos; salário mínimo 16,5€ – 505€ (desde 2015).

Na saúde foram dados dois passos de gigante com a

criação do SNS em 1979 e a manutenção de um SNS universal, geral e gratuito na revisão constitucional de 1982.

Não podemos esquecer que antes, em 1965 foi implementado o Programa Nacional de Vacinação, que contribuiu para que as gerações atuais de profissionais de saúde, apenas conheçam da literatura, muitas das doenças que vitimaram milhares de crianças.

Num resumido registo de ações implementadas a partir de 1974 podemos observar a concretização de um caminho pensado por superiores estratégias, para melhorar o futuro dos Portugueses. Vejamos:

- Em 1976, pela mão de Albino Aroso deu-se início às consultas de planeamento familiar nos Cuidados Primários.
- Em 1979 deu-se início ao rastreio precoce de doenças hereditárias metabólicas no recém-nascido, liderado pelo Doutor Jacinto de Magalhães.
- Em 1984 começou a desenvolver-se o diagnóstico pré-natal a partir da data em que foi publicada a primeira legislação autorizando a interrupção médica da gravidez por causas genéticas.

A MI na sua globalidade manteve a tendência da redução, mas para se obterem taxas que se aproximassem das melhores, deduziu-se que só através da diminuição da sua componente neonatal tal seria possível.

Esta componente correspondia à maior e mais preocupante fatia da MI. Em 1980 representava 63,4% do total da MI e só partir dessa década iniciou uma melhoria com algum significado. De 1960 para 1970 a quebra foi de 9%, de 1980 para 1990 de 54,4% e de 1990 para

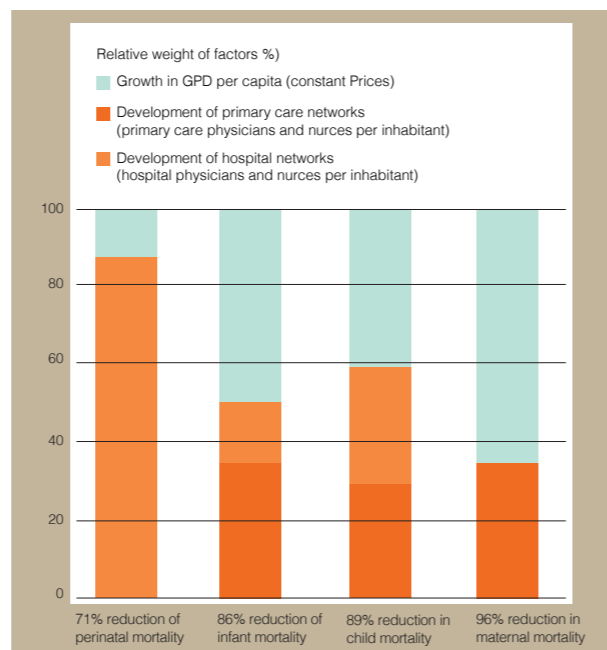


Gráfico 5 – OMS 2008 Fatores que explicam a redução da Mortalidade Infantil em Portugal

2014 a redução foi de 70% (Gráfico 1). Comparado com outros países mais desenvolvidos, onde a evolução sócio económica das determinantes da saúde foram ainda mais acentuadas, o que aconteceu em Portugal para apresentar, num relativamente curto espaço de tempo, uma das taxas de mortalidade infantil mais baixas do mundo e se transformar num objeto de estudo de caso em vários países?

A Organização Mundial de Saúde no seu relatório de 2008 faz uma abordagem sobre como os fatores

económicos, a melhoria dos cuidados primários e dos cuidados perinatais em rede contribuíram para a redução da MI (Gráfico 5).

A organização dos cuidados de saúde à Mulher e à Criança foi um fator decisivo.

A explicação estará certamente nos fatores relacionados com o sistema de saúde que influenciaram decisivamente a Mortalidade Neonatal.

Em tese posso especular: visão política; hierarquização dos cuidados; envolvimento multidisciplinar e complementar dos profissionais de saúde; aprofundamento da intercomunicação.

VISÃO POLÍTICA

A constatação de que a mortalidade infantil se situava num dos níveis mais elevados da Europa Comunitária, obrigou a que se procedesse a uma análise aprofundada das condições em que se processavam, tanto o parto como a assistência ao recém-nascido.

O X Governo Constitucional definiu assim como objetivo prioritários da sua política de saúde, a criação de um programa para a saúde materna e neonatal.

A Ministra da Saúde Leonor Beleza em 1987 através do seu Secretário de Estado, nomeou um grupo de trabalho coordenado pelo Dr. Luís de Carvalho e integrando o Dr. Albino Aroso, o Prof. Luís Pereira Leite e o Prof. Octávio Cunha, que produziu um longo relatório explicativo das condições de funcionamento e dos meios humanos e materiais disponíveis na área da saúde materna e neonatal.

Por incitativa de Octávio Cunha, como ele bem descreve no seu texto mais à frente, a mesma Ministra da Saúde, reconhecendo a urgência e a importância de medidas estruturais a implementar, nomeou em 1989 a primeira Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI).

Esta Comissão elaborou um relatório (Fig.2), disponível na sua totalidade através do QR Code, hoje considerado um documento histórico.

A Comissão foi dotada de plenos poderes e um orçamento próprio, destinado a apetrechar os blocos de partos e as unidades de neonatologia com o equipamento necessário.

Concretizou-se a aprovação de quadros próprios de pediatras com competência em neonatologia, na altura qualquer alteração de quadro médico era demorada e complexa, e a abertura de um maior número de vagas nas Escolas de Enfermagem, de forma a obter os recursos necessários em enfermeiros

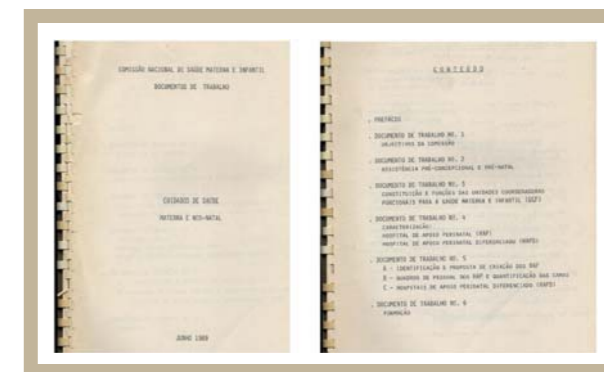


Figura 2 – Primeira Comissão – Documento de Trabalho

para os blocos de partos e unidades de neonatologia.

Não menos importante iniciou-se a desativação de mais de uma centena de locais a nível hospitalar onde se nascia sem qualquer segurança.

Os governos que se lhe seguiram, mantendo a sua preocupação com a saúde materna e da criança, embora com prioridade variável, consideraram a importância de manter as Comissões Nacionais, presidindo à sua nomeação o prestígio e a competência técnico-científica dos seus membros, independentemente das suas filiações ou simpatias partidárias.

Mudaram os governos, mas as Comissões mantiveram-se, o que permitiu em muito a continuidade da sua missão.

A título de exemplo, a sétima Comissão foi nomeada pela Ministra Ana Jorge no XVIII Governo Constitucional, mantida pelo Governo que lhe sucedeu, o XIX, e a oitava Comissão, nomeada pelo mesmo Governo, representado pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Fernando Leal da Costa, a quem o Ministro da Saúde tinha delegado essa competência, manteve o mesmo Presidente, que escolheu e propôs os elementos que a comporiam.

HIERARQUIZAÇÃO DOS CUIDADOS

A necessidade imperiosa da concentração dos RN de alto risco, e da concentração de recursos para garantir a segurança ao nascer, levou a que fossem definidos critérios mínimos para que um hospital pudesse ter Bloco de Partos, os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP), e critérios para definir quais os

hospitais que seriam considerados mais diferenciados, os Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD). Foi também incentivada e promovida a sinalização *in utero* das situações de risco para os HAPD.

Não foi pois de estranhar que a primeira rede de referência aprovada em Portugal fosse a Rede Materno-Infantil, através de despacho Ministerial, em Abril de 1991.

Por iniciativa do Dr. Lincoln da Silva é criado o transporte medicalizado de recém-nascidos em 1987, inicialmente de forma incipiente, foi consolidado e alargado a todo o país em 1990, garantindo um transporte seguro e a complementaridade dos cuidados nos dois sentidos, HAP e HAPD.

ENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR E COMPLEMENTAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIDADES COORDENADORAS FUNCIONAIS (UCF)

Com sede em cada hospital com bloco de partos e/ou cuidados intensivos neonatais, criadas por iniciativa da primeira Comissão, estas UCF foram e assim se mantêm, compostas por profissionais de várias áreas e pertencentes aos cuidados Primários e Hospitalares.

Conhecendo melhor a realidade local do que ninguém, têm uma quota-parte significativa para o sucesso de que tanto nos orgulhamos.

As diferentes Comissões Nacionais, embora com alguns hiatos, têm garantido o seu funcionamento. Por iniciativa da sétima Comissão, foi aprovado em 2010 o Desp. 98721 de 11 de Junho, ultrapassando o vazio legal criado pela reestruturação dos Cuidados Primários quando da publicação do decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que criou e caracterizou os Agrupamentos de Centros de Saúde.

COMISSÕES REGIONAIS DE SAÚDE MATERNA DA CRIANÇA E DOS ADOLESCENTES

Estas Comissões funcionam em cada ARS, inicialmente um pouco *ad hoc*, foram formalizadas através do despacho referido no parágrafo anterior.

Com uma composição também multidisciplinar e a particularidade de na sua composição ter obrigatoriamente representado um elemento do Conselho Diretivo da ARS.

As suas funções estão bem definidas e têm um papel crucial de interligação entre as UCF e as Comissões Nacionais.

COMISSÕES NACIONAIS.

As Comissões Nacionais como já referido, tiveram várias denominações e seguindo a mesma filosofia, tiveram na sua composição profissionais provenientes de várias áreas profissionais e de diferentes Regiões do País.

Como referido acima, o critério principal para a sua nomeação foi o conhecimento técnico e o prestígio dos seus elementos junto dos pares, o que favoreceu o seu papel aglutinador e a implementação de muitas das medidas. Nos textos que fazem parte desta brochura estão descritas muitas das suas iniciativas, mas de entre elas, destaco quatro documentos.

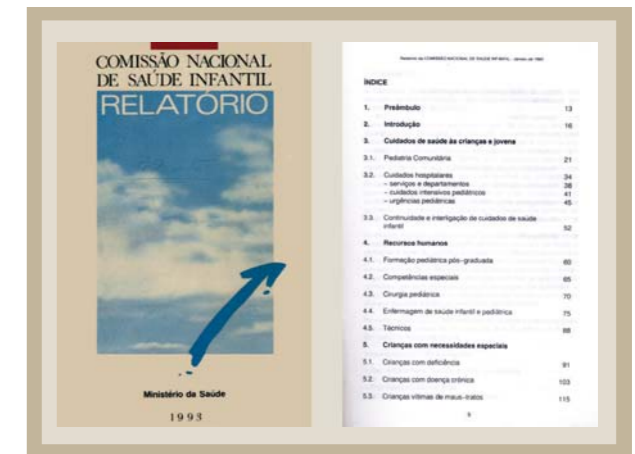


Figura 3 – Segunda Comissão – Relatório



Figura 4 – Sexta Comissão – Vertente CNSMN



Figura 5 – Sexta Comissão – Vertente CNSCA – Relatório

Os elaborados pela: primeira Comissão e acima referido, segunda Comissão presidida por Torrado da Silva, Fig. 3, sexta Comissão, esta com duas vertentes CNSMN, presidida inicialmente por Albino Aroso e posteriormente por Jorge Branco, Fig.4, e CNSCA, presidida por Maria do Céu Machado e referido no texto da sua responsabilidade, Fig.5, e pela sétima Comissão presidida por Bilhota Xavier, Fig.6.

Todos estão disponíveis no repositório de documentos e legislação através do QR Code já referido.

INTERCOMUNICAÇÃO

A comunicação entre os profissionais envolvidos foi promovida localmente através das UCF e a nível regional através das CRSMCA e dos Plenários das UCF.

A nível Nacional, na Comissão Nacional e entre esta e as Comissões Regionais, pela primeira vez com a presença das autoridades de saúde das Regiões Autónomas em 2013, e pontualmente através de plenários nacionais das UCF.

São momentos de partilha de saberes e de trocas de boas práticas, fundamentadas no conhecimento profundo das realidades locais, regionais e nacionais, e do funcionamento dos serviços de saúde nas diferentes áreas da sua intervenção.

Da mesma importância, a existência da Notícia de Nascimento, como ferramenta excepcional, de sinalização precoce para os Cuidados Primários de situações de maior risco, inicialmente em papel e mais recentemente em suporte informático. Este poderá constituir uma valia ainda maior, por permitir obter dados nacionais em tempo real e a promoção em tempo útil de eventuais ações de melhoria.

De salientar também a criação do Boletim da Grávida e do Boletim de Saúde Infantil, este denominado presente-mente de Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ), cujos preenchimentos se tornaram obrigatórios, com a publicação em 1991 do Desp. 1 de 1 de Fevereiro.

Preenchimento obrigatório, mas nem sempre cumprido, pode ter uma tendência para uma melhoria significativa da sua adesão, com a implementação em curso do BSIJ em formato eletrónico e a curto prazo do da grávida.

Por último gostaria de deixar uma reflexão, será que ainda se justifica a existência das Comissões Nacionais?

Quando a Comissão Nacional foi integrada na DGS em 2012 pelo Desp. 8338 de 4 de Junho, hesitámos em continuar, tendo mesmo apresentado ao SEAMS Leal da Costa a demissão, uma vez que a interligação direta ao Ministro da Saúde, como órgão de apoio para a área da saúde materna e da criança, primeira razão para a sua existência, tinha deixado de existir.

Numa segunda fase e face aos compromissos assumidos pelo SEAMS, que ficaram plasmados no despacho de nomeação, aceitámos continuar. Destaco, a interação entre os trabalhos da Comissão e todos os programas e unidades orgânicas da DGS na área materno-infantil e o papel estratégico da Comissão para o modelo de governação naquela área.

Também considerámos a possibilidade de ser uma mais-valia para a DGS, o dispor da proximidade de um conjunto de profissionais bem conhecedores da realidade da saúde na sua área de intervenção. Com a centralização na DGS de muitas das atribuições até há pouco tempo espalhadas por diferentes estruturas, poderá ainda, vir a ser mais útil esta colaboração.

Era também importante, manter o acompanhamento das estruturas facilitadoras da articulação dos diferentes níveis de cuidados, as CRSMCA e as UCF, que tão bons resultados têm dado. A não ser assim as CRSMCA e as UCF poderiam perder o vértice da pirâmide, condicionando a qualidade com que fomentam a interligação dos cuidados de saúde.

Será indispensável a atualização da estratégia para a saúde materno-infantil e a sua adaptação às atuais circunstâncias portuguesas, bem como a avaliação da situação atual no sentido da sua consolidação e do reforço dos seus aspetos mais positivos, corrigindo eventuais ineficiências.

A atualização da Rede Materna e Neonatal e a implementação da Rede Hospitalar dos cuidados de Saúde à Criança e ao Adolescente serão uma das prioridades. Aqui a Comissão poderá ter um papel decisivo, até por fazer parte de uma das suas atribuições.

É também fulcral que se crie uma verdadeira cultura de avaliação de resultados, que assente numa forte coordenação nacional, com o apoio das CRSMCA e das UCF, permitindo obter outros indicadores, para além das taxas de mortalidade, como por exemplo as malformações genéticas não diagnosticadas durante a gravidez, a morbilidade, as doenças crónicas e os apoios às crianças com necessidade de cuidados continuados e/ou paliativos.

É obrigatório dar uma nova dimensão à saúde da mulher e da criança. A estrutura está montada, pelo que o caminho será mais fácil de percorrer.



Figura 6 – Sétima Comissão – Proposta de Carta Hospitalar

“IN
MEMORIAM
HOMENS PARA A VIDA

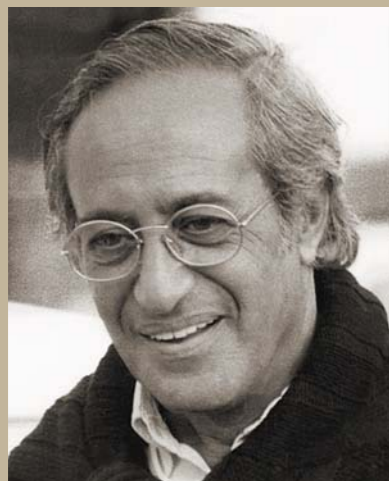
TORRADO DA SILVA
JOSÉ PALMINHA
PEREIRA LEITE
ALBINO AROSO



Ao longo destes 25 anos de existência das Comissões faleceram quatro personalidades, que se destacaram pelo seu trabalho em prol da melhoria das condições de assistência na saúde às Mulheres e às Crianças. Rotulo-os como Homens para a Vida uma vez que se revelaram, como cidadãos e como profissionais, personalidades superiores e exemplares.

Transcrevo dois textos, publicados respetivamente numa edição da responsabilidade da Associação de Saúde Infantil de Coimbra e outro na Revista da Ordem dos Médicos. Fica também uma fotografia do Dr. José Palminha e do Prof. Dr. Pereira Leite.

TORRADO DA SILVA



António Torrado da Silva (1937-1997).
Pediatra, Professor de Pediatria, H. Pediátrico de Coimbra,
H. Garcia de Orta. Integrou a 1ª Comissão Nacional de Saúde
Materna e Infantil, em 1989. Sócio Fundador do IAC, membro
do seu Conselho Coordenador e da Direcção.

Lembrar o Doutor Torrado da Silva é reforçar os pilares que sinto como essenciais na minha forma de estar enquanto cidadão e médico pediatra.

A sua capacidade superior para agir sobre o presente, transformando-o num recurso na organização do futuro da pediatria em Portugal, tornou-se evidente quando, abdicando de localizar o desenvolvimento da sua carreira no estrangeiro ou noutra parte do País, decide aceitar o convite feito por um mestre, seu concorrente em mérito, para vir chefiar o Hospital Pediátrico de Coimbra. Esta atitude que para a época não era usual e que muito estranhou, e um dia comigo partilhou, “fiquei muito intrigado quando recebi uma carta do Carmona da Mota, não era a prática dos professores em Portugal, e me despertou grande curiosidade em o conhecer e conhecer Coimbra”.

Juntos, o Professor Torrado da Silva e o Professor Carmona da Mota, com Luís Lemos e Nicolau da Fonseca, intencionalmente, puseram-se a interferir no futuro, criando em Portugal, a primeira escola de excelência na área da Pediatria.

Uma escola de aprendentes, que o Professor Torrado da Silva nunca abandonou. Já separados fisicamente,

regressava em auxílio dos seus eternos discípulos ao primeiro chamamento.

Tive a honra e o privilégio de sentir vezes sem conta o valor das suas inteligências. Entre outras me recordo, quando a meu pedido, se dispôs a auxiliar-me na procura da melhor solução para dar força a um pequeno Serviço, desvalorizado no contexto de um Hospital para pessoas, que não crianças, e aceitou vir a Leiria para uma reunião conjunta com o Conselho de Administração da altura, de que muito beneficiámos.

Mais tarde, quando se tratou de rever a planta para o serviço de pediatria do novo hospital de Leiria, planta desatualizada e com os diferentes setores destinados às crianças, à imagem do que era padrão em meados do séc. XX, mais uma vez disse presente.

A tarefa não foi fácil, aproximavam-se as eleições, mas foi possível redesenhar toda a planta nos aspetos que à criança e à família dizia respeito e transformá-los em áreas que respeitassem os direitos das crianças e com uma visão para o séc XXI.

Dotado de uma craveira intelectual invulgar e construtor de imenso e sólido conhecimento pertinente, reconhecido

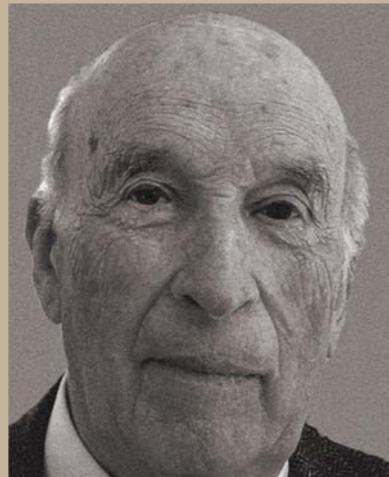
mundialmente na área da Pediatria e da Nefrologia, em particular na que ao recém-nascido prematuro dizia respeito e que eu olhava com profunda admiração. Foi por isso para mim marcante, quando ainda jovem médico a aguardar no HPC concurso para ingresso na especialidade, se ofereceu para a mim e aos meus colegas que se encontravam na mesma situação, a dar-nos “explicações” sobre Nefrologia. Mas que Homem era aquele de prestígio mundial, e venerado e respeitado por todos, que se dispunha a perder tempo com médicos sem qualquer relevância?!

A sua humildade surgiu sempre aos meus olhos como uma característica só presente no perfil dos seres humanos de exceção.

E, é assim, como ser humano superior e emérito, que ainda hoje, todos os dias, ele está presente e é uma referência na minha forma de ser homem e pediatra. O valor único do que nos deixou é sem dúvida um dos pilares em que o edifício da Pediatria Portuguesa assenta para continuar em evolução, na procura da excelência

Bilhota Xavier
Leiria, Maio de 2011

ALBINO AROSO



Albino Aroso (1923-2013), médico e professor. Contribuiu para a construção do Serviço Nacional de Saúde e liderou a promoção da saúde familiar e reprodutiva. Professor de Ginecologia no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto. Secretário de Estado da Saúde em 1976 e 1989. Agradado com os Graus da Grã Cruz do Infante, Grande Oficial da Ordem da Liberdade e de Comendador da Ordem de Mérito. Em 2006 foi laureado com o Prémio Nacional de Saúde.
In DGS

Falar do Doutor Albino Aroso é reforçar pilares essenciais da minha forma de estar enquanto cidadão e médico.

Tive a honra e o privilégio de participar em reuniões que contaram com a sua presença, para debater a saúde materna e da criança e senti, por isso, vezes sem conta, o valor das suas múltiplas inteligências.

Nele sobressaíam a serenidade, a tolerância, a benevolência prudente, a procura permanente de consensos, a sabedoria... a sua humildade. Aquela humildade que sabemos ser uma característica só presente no perfil dos seres humanos de exceção.

A sua visão e capacidade superior para agir sobre o presente, transformando-o num recurso na organização do futuro da saúde materna e da criança em Portugal, tomaram-se evidentes, quando em 1989, como Secretário de Estado da Saúde, influenciou decisivamente a Ministra da Saúde da altura, Dr.^a Leonor Beleza, para a implementação de um programa prioritário naquela área, e a nomeação da primeira Comissão Nacional de Saúde Materna e da Criança.

Depois de deixar as funções de Secretário de Estado, integrou diferentes Comissões Nacionais da Saúde Materna e da Criança, nomeadas em 1994 e 1996 e Presidiu às Comissões criadas em 1998 e 2003.

Portugal tinha então, uma das taxas de mortalidade infantil mais elevada da Europa, morriam por ano cerca de 1500 crianças no primeiro ano de vida e na sequência do parto cerca de 40 mulheres. Foi, sem dúvida, o obreiro principal de um dos poucos programas na saúde, em Portugal, que teve um princípio, um meio e um fim, formalizado na continuidade resistente, que se mantém até aos dias de hoje.

Com um pequeno investimento, Portugal teve no espaço de duas décadas a maior quebra de sempre da mortalidade infantil, verificada em todo o Mundo no mesmo intervalo de tempo e é considerado hoje um estudo de caso em vários países.

Em 2012 morreram cerca de 300 crianças no primeiro ano de vida, incluindo agora os grandes prematuros, tendo uma das mortalidades infantis mais baixas do Mundo e a mortalidade materna tem vindo a tender para zero.

Fruto da sua visão, foi em 1967 um dos fundadores da Associação Portuguesa para o Planeamento Familiar. Grande divulgador dos métodos contraceptivos, sempre se envolveu na luta pela autonomia reprodutiva e contra a gravidez indesejada.

Numa altura em que o aborto era ilegal e clandestino, foi um dos grandes defensores dos direitos da mulher e atrevo-me a dizer da criança também, ao fazê-la nascer, quando desejada pela sua progenitora. Foi, nessa época, um dos ativistas pela

despenalização da interrupção voluntária da gravidez.

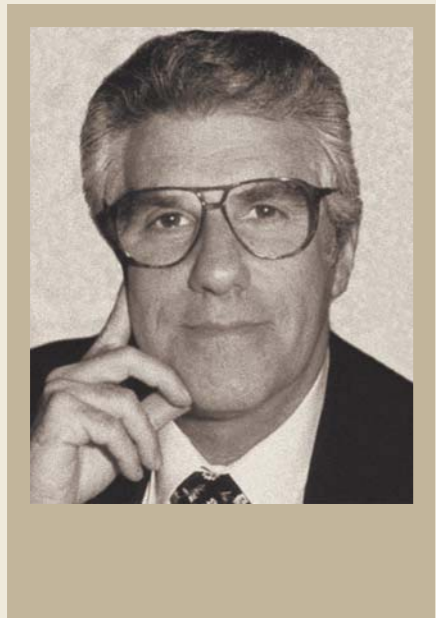
Por todos estes motivos e pela forma como se dedicou sempre à melhoria dos cuidados de saúde, foi considerado pela Associação Médica Mundial um dos 65 clínicos, mais dedicados às causas públicas e em 2006 laureado com o Prémio Nacional de Saúde.

Como ser humano, dotado de uma craveira intelectual invulgar e construtor de imenso e sólido conhecimento pertinente, recordar Albino Aroso e respeitar a sua memória é saber anteciparmo-nos às necessidades em saúde, presentes e futuras, é manter na prática clínica o legado humanista e de solidariedade que nos deixou, numa relação de humanidade e solidariedade indesmentíveis, sempre ao serviço dos mais fracos e desfavorecidos.

Albino Aroso foi, inegavelmente, um cidadão superior e emérito, impossível de esquecer na história da saúde em Portugal e no Mundo. A sua "obra" continuará entre nós como uma valiosa referência. Será sempre, sem dúvida, um dos pilares em que o edifício da Medicina Portuguesa deverá assentar, para continuar em evolução, na procura da excelência e da humanização dos cuidados de saúde.

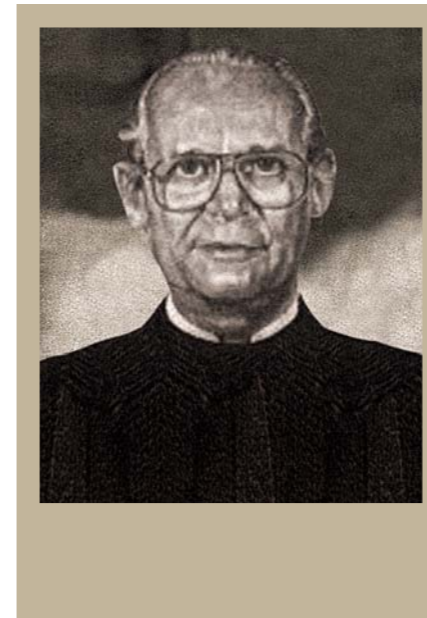
Bilhota Xavier
Lisboa, Dezembro de 2014

JOSÉ PALMINHA



Médico Pediatra, foi diretor do Serviço de Pediatria do Hospital de S. Francisco Xavier e integrou as Comissões Nacionais nomeadas em 1989, 1994, 1996 e 1998

LUÍS PEREIRA LEITE



Médico Ginecologista-Obstetra, foi diretor do Serviço de Ginecologia- Obstetrícia do Hospital de S. João, integrou o Grupo de Trabalho criado em 1987 e a Primeira Comissão Nacional nomeada em 1989

AS COMISSÕES NACIONAIS

BAPTISTA PEREIRA
OCTÁVIO CUNHA
JOÃO DÓRIA NÓBREGA
MARIA PURIFICAÇÃO ARAÚJO
F. COELHO ROSA
MARIA DO CÉU MACHADO
BILHOTA XAVIER
JOSÉ CARLOS PEIXOTO
JORGE MANUEL SARAIVA

A PRIMEIRA COMISSÃO NACIONAL

Baptista Pereira ²



(2) Médico cirurgião. Ex-Ministro de Estado Adjunto da Ministra da Saúde. Presidente da Comissão nomeada em 1989, Desp 8 de 17 março

Em Portugal, até ao início da década de 70 do século XX, todos os indicadores de saúde materna e infantil mostravam enorme distanciamento dos valores aceitáveis, facto aliás não surpreendente dada a sua especial relação com as condições gerais de prestação dos cuidados de saúde e com o desenvolvimento socioeconómico do país.

Entre 1975 e 1990 deu-se uma descida muito significativa das taxas de mortalidade, mas à medida que os valores desciam, menos acentuados eram os decréscimos, situação mais preocupante quanto o nosso ponto de partida era muito

desfavorável. Um tipo semelhante de evolução ocorrera em diversos países europeus que a partir dos anos 60 desenvolveram esforços para melhorarem os cuidados materno-infantis. Verificou-se que quando se atingia um patamar de mediania se registava uma estagnação, sendo o salto qualitativo para os níveis de excelência cada vez mais difícil, o que fez concluir da necessidade de criar programas específicos exigentes e com forte apoio político. A experiência veio mostrar a justeza desta posição.

Em 1986, a Ministra da Saúde Dra Leonor Beleza reconheceu estes factos e foi

designado no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde um pequeno Grupo de Trabalho para elaborar um estudo completo da situação do sector e se poderem delinear linhas de política adequadas.

O Grupo foi constituído por Dr. Albino Aroso, Dr. Octávio Cunha, Prof. Dr. Luis Pereira Leite, sendo coordenador e relator o Dr. Luis de Carvalho. Em Maio de 1987 apresentou um exaustivo e notável Relatório que foi de grande importância, quer para a tomada de decisões políticas, quer para o trabalho da futura Comissão Nacional. O relatório foi aprovado pela Ministra Dr.^a Leonor Beleza já no governo seguinte onde ocupou a mesma pasta. Em 26 de Fevereiro de 1989 é criado por Despacho da Ministra da Saúde, na sua directa dependência, a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, constituída por Prof. Dr. António Torrado da Silva, Dr. João Dória Nóbrega, Dr. José Martins Palminha, Prof. Dr. Luis Pereira Leite, Dr.^a Maria da Purificação Araújo, Prof. Dr. Octávio Cunha, Dr. Vicente Souto e Dr. António Baptista Pereira que presidiu.

Competia-lhe assessorar a Ministra e elaborar um programa específico que incluísse e integrasse todos os sectores e actividades da área materna e infantil.

Em junho de 1989, a Comissão apresentou o seu relatório contendo "propostas globais, estruturadas, realistas e técnica e economicamente viáveis, que nos conduzam pela via larga e rápida do progresso e do desenvolvimento e não pelos atalhos que nos têm apenas servido para encontrar soluções parciais e pontuais".

O relatório mereceu a aprovação da Ministra da Saúde, passando-se de imediato à sua concretização. A comissão cumpriu integralmente no período do seu mandato (1989/1991) todas as obrigações constantes do Despacho da sua criação e dos conteúdos do seu relatório. Teve

sempre o apoio da Ministra Dr.^a Leonor Beleza e do Secretário de Estado Dr. Albino Aroso, fatores determinantes para o resultado dos trabalhos.

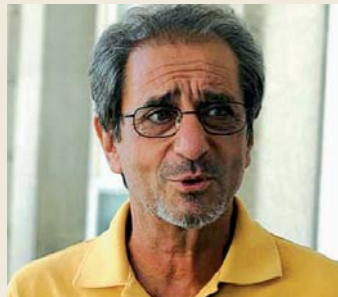
A evolução dos indicadores de saúde materna e infantil de 1989 até ao presente é o resultado do enorme trabalho de todas as entidades e comissões e profissionais e políticos envolvidos ao longo destes anos, representa um esforço de várias gerações que não aceitaram a mediocridade e conseguiram o êxito, e mostra um extraordinário sucesso, um ganho sustentado, a prova da justeza das decisões e orientações tomadas desde o início da luta contra a situação de partida, a persistência na manutenção ao longo destes 25 anos de linhas de orientação, critérios e procedimentos técnicos que iam sendo desenvolvidos, tudo o que nos conduziu de um atraso de décadas até ao grupo dos melhores. Mas é também indispensável ter sempre bem presente que estes ganhos não são imutáveis, são susceptíveis de retrocesso mas não podem ser perdidos.

Os indicadores são estruturas frágeis, sensíveis a qualquer abrandamento nas vontades políticas ou negligência na aplicação dos procedimentos que os sustentam.

Finalmente desejava salientar, para além do que já foi dito, que não teria sido possível percorrer este caminho sem a existência de três factos: a existência do Serviço Nacional de Saúde, a existência do Relatório das Carreiras Médicas, e o grande progresso na qualidade de formação dos diferentes profissionais de saúde.

ERA UMA VEZ...

Octávio Cunha ³



(3) Médico Pediatra. Integrou o Grupo de Trabalho criado em 1986 e as Comissões Nacionais nomeadas em 1989_Desp 8 de 17 março, 1992_Desp. 182 de 10 de Outubro, 1994_Desp sem número de 6 julho, 1996_Desp 7 de 6 fevereiro, 1998_Desp 4359 de 13 março e 2003_Desp 24256 de 17 dezembro

Um senhor de uma Cultura e Bondade extraordinários. António Baptista Pereira, Médico Ortopedista, e Secretário de Estado de Leonor Beza.

Tinha como assessor outra Pessoa extraordinária. Luís de Carvalho, Neurocirurgião no Hospital de Sto António no Porto.

Devem ter sonhado que era preciso acabar com a enorme mortalidade infantil e neonatal no nosso país. Começaram por convidar três pessoas para elaborar um relatório sobre a situação em Portugal. Luís Pereira Leite, Albino Aroso e eu próprio. Durante cerca de um ano reunimos num

pequeno cubículo no Hospital de St. António.

Lembro que nesse tempo não havia telemóveis nem internet. Luis de Carvalho trazia de Lisboa montes de documentos e estatísticas que ia recolhendo onde e como podia.

Ao fim de cerca de um ano de trabalho, apresentámos um relatório da situação com algumas propostas para a solução do problema.

O tempo foi passando. Do Ministério não havia resposta.

Quis o acaso que a ministra Leonor Beza em tempos muito agitados viesse ao HGSA. Perguntei-lhe se tinha tido tempo para ler o relatório.

No dia seguinte, logo pela manhã telefonou-me e disse-me de uma maneira muito directa que tinha 24 horas para apresentar os nomes das pessoas que formariam a primeira Comissão Nacional.

Telefonei ao António Torrado que na altura trabalhava no Hospital Pediátrico de Coimbra e cerca da meia-noite reunimos no café da estação de serviço da Mealhada onde foi elaborada uma lista de nomes que viriam a constituir a primeira Comissão Materna Neonatal. Os nossos colegas só vieram a ser informados depois, mas aceitaram todos.

Logo de manhã recebo novo telefonema da Ministra Leonor Beza. Queria saber os nomes que propúnhamos para constituir o grupo de trabalho. Marcou de imediato uma reunião no Ministério da Saúde. Deu o seu acordo e só pôs uma condição: o Presidente da Comissão seria indicado por si própria.

Leonor Beza quer ou não se gostasse das suas decisões era, e é, uma Mulher Inteligente e Determinada.

Nomeou António Baptista Pereira como Presidente da Primeira Comissão. Foi para todos nós um privilégio trabalhar com este Senhor. Grande Senhor!

Que paciência teve para nos aturar. Do ponto de vista político a Comissão tinha de tudo. Socialistas, Comunistas, Sociais-Democratas e Apartidários.

Trabalhámos milhares de horas. Ouvimos centenas de profissionais. Obstetras, Pediatras, Neonatologistas, Médicos de Família, Presidentes de Câmara, Presidentes de

Juntas de Freguesias e as populações das regiões por onde fomos passando.

Pouco mais tarde e acabado esse trabalho foram encerrados cerca de uma centena de "sítios" onde se nascia sem condições e criados quarenta hospitais onde se podia nascer. Só em Elvas tal não foi aceite.

Os hospitais de apoio perinatal e perinatal diferenciados foram rapidamente equipados. O resto da história já sabem.

Temos hoje uma das mais baixas taxas de mortalidade neonatal do mundo! É justo referir que o meu amigo Lincoln criou na região de Lisboa o primeiro serviço de transporte de recém-nascidos de alto risco. Mais tarde acabou por dar cobertura a todo o país.

Nota final:
Torrado da Silva, José Palminha, Albino Aroso, e Pereira Leite não morreram! Pelo menos para mim! Estarão para sempre no meu coração....

O CAMINHO...

João Dória Nóbrega ⁴



(4) Ex-Chefe de Serviço de Ginecologia/Obstetrícia da Maternidade Alfredo da Costa. Ex-Vogal da 1ª Comissão Nacional da Saúde Materna e Infantil, nomeada em 1989_Desp 8 de 17 março

No âmbito das comemorações dos 25 anos das Comissões Nacionais, pedi-me o Dr. Bilhota Xavier que escrevesse algumas linhas sobre os acontecimentos que levaram ao aparecimento da 1ª Comissão Nacional de Saúde Materno e Infantil. Tendo sido Vogal dessa Comissão de sete elementos, dos quais três já falecidos, sinto grande honra pelo convite e vou tentar assinalar os factos mais relevantes que levaram à sua criação.

Soube-se que, após o 25 de Abril de 1974, os técnicos da OMS vieram a Portugal e, perante o panorama geral da

saúde, naquele período revolucionário, definiram como primeira prioridade a área da Saúde Materna e Infantil. No entanto, tudo continuou na mesma... Uma completa desarticulação dos vários níveis de cuidados materno-infantis, com difícil acesso e demoras desnecessárias aos níveis superiores, os hospitalares. Os indicadores de mortalidade materna, perinatal e infantil estavam ainda muito altos, com dois dígitos e na casa das três dezenas. Entre 1965-1975, a mortalidade neonatal precoce (MNNP), flutuou entre 15 e 16 por mil e a mortalidade fetal tardia descia lentamente. Em 1975, os jovens médicos recém-formados, iniciaram o

“Serviço Médico à Periferia”. Criaram novos critérios, fizeram o rastreio das gravidezes complicadas e enviaram-nas para os centros (Lisboa, Porto e Coimbra). A MNNP começou então a descer, provavelmente, entre outras variáveis, devido a essa alteração do *status quo*.

Neste contexto, de relativa estagnação organizativa, Albino Aroso, Secretário de Estado da Saúde do VI Governo Provisório, presidido por Pinheiro de Azevedo, elaborou o famoso Despacho de 16/03/1976, publicado a 24 de Março, uma autêntica “pedrada no charco”, onde pedia que se criassem, quando possível, consultas de planeamento familiar, em todos os locais de prestação de cuidados de saúde.

A esse apelo respondeu logo a Divisão de Saúde Materna e de Saúde Infantil da Direcção-Geral da Saúde (DGS), chefiadas, respetivamente, por Purificação Araújo e Celsa Carvalho, iniciando cursos de formação em Lisboa, nas instalações da DGS e com acções de formação em Saúde Materna e Planeamento Familiar, aos sábados, a nível regional (Norte, Centro e Sul).

O efeito imediato dessa formação iniciou um processo de mudança de mentalidade, especialmente, de médicos e enfermeiros, pois na sua aprendizagem, nada lhes fora ensinado acerca de planeamento familiar que, na época pré-25 de Abril, era tida como uma ideia altamente subversiva.

Ao longo da década de oitenta, foram feitas várias tentativas para melhorar a área da Saúde Materna-Infantil promovidas pela Divisão da Saúde Materna e Infantil da DGS. Uma delas foi a criação do Boletim de Saúde da Grávida, no sentido de colmatar a falha existente na transmissão de informação clínica, entre os vários níveis de cuidados, já com a forma e o aspecto precursor do actual.

Mas a vontade política para fazer mudanças de vulto na saúde materna e infantil só viria a acontecer com a chegada ao governo de Leonor Beleza, Ministra da Saúde dos primeiro e segundo governos de Cavaco Silva, nos anos 80. Começou, então, uma nova era para as mães e crianças, em Portugal. Tudo começou quando o cirurgião, António Baptista Pereira, Ministro de Estado Adjunto da Ministra da Saúde, nomeou uma Comissão, da qual faziam parte Albino Aroso, ginecologista do Hospital de Santo António do Porto, Luís Pereira Leite, Professor de Obstetrícia da Universidade do Porto, e de Octávio Cunha, pediatra do Hospital de Santo António do Porto, com a finalidade de procederem ao “Levantamento e Análise dos Dados em Saúde Materna e Infantil em Portugal”.

Os dados desse relatório revelavam a triste realidade de insuficiências, incongruências, desarticulações das estruturas e dos níveis de cuidados de saúde desta área. A sua leitura pelos deputados, sensibilizou-os de tal modo que aprovaram uma verba de trezentos mil contos, no sentido de colmatar essas necessidades mais prementes, de Norte a Sul do país. Todavia, as melhorias assim introduzidas, não eram suficientes para alterar o sistema e torná-lo eficiente. Com essa percepção, Octávio Cunha, também deputado do PRD, na altura, escreveu uma carta à Ministra da Saúde, Leonor Beleza, conjecturando que a forma de melhorar os nossos indicadores, vergonhosos, de saúde materna, perinatal e infantil, não se iria resolver com a aprovação no Parlamento, de verbas para obras.

Seria necessário criar um programa completo de assistência materno-infantil que articulasse toda a pirâmide de estruturas implicadas na saúde reprodutiva e sugeria os nomes dos profissionais para uma comissão que o definisse e executasse. Assim aconteceu, tendo a Ministra nomeado a 1ª Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, constituída por António Baptista Pereira, que presidia, dois vogais, um

obstetra e um pediatra, por cada zona, respectivamente, L. Pereira Leite e Octávio Cunha, do Norte, Vicente Souto e Torrado da Silva, do Centro e J. Dória Nóbrega e José Manuel Palmilha, do Sul, que iniciaram os trabalhos, na sua primeira reunião em Outubro de 1987, em Coimbra. Em Setembro de 1989, a Ministra da Saúde apresentou, em conferência de imprensa, no Anfiteatro da Maternidade Alfredo da Costa, em Lisboa, o Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal (PNSMN), entretanto elaborado.

Albino Aroso ocupava o lugar de Secretário de Estado Adjunto da Ministra da Saúde, no segundo Governo de Cavaco Silva. A sua vontade política e entusiasmo na aplicação do PNSMN foram cruciais para as grandes mudanças que então se iniciaram. Das mais importantes, ressaltam as reuniões, sob a sua égide, dos dois directores-gerais, o Director-Geral dos Hospitais e o Director-Geral da Saúde que, até à data, pouco ou nada comunicavam. A filosofia do PNSMN realçava a incongruência da existência de duas direcções-gerais, actuando em direcções opostas, em problemas comuns. Em boa hora desapareceram do organigrama do Ministério da Saúde e, hoje, só existe uma.

A influência de Albino Aroso foi decisiva, no modelo de divulgação das particularidades do programa, ao nível das ARS e das autarquias locais. O Secretário de Estado Adjunto e toda a Comissão, percorreram o país de Norte a Sul, expondo os pormenores e esclarecendo as dúvidas suscitadas pelos autarcas, pelos médicos e enfermeiros, principalmente, quanto ao encerramento de unidades obstétricas, sem condições, para um parto seguro. A comissão tinha seleccionado as 45 instituições onde iriam existir todas as condições necessárias à realização de um parto seguro. Efectivamente, ao longo do tempo da sua aplicação, não há memória de protestos de autarcas ou da própria população. O PNSMN, previsto ser concretizado ao longo de seis anos, foi concluído em apenas três anos. O

grande objectivo de se atingir a taxa de um dígito de mortalidade, tornou-se realidade em 1993 para a mortalidade infantil e, em 1994, para a mortalidade perinatal. E motivo de orgulho, para os portugueses, ter sido atingido a taxa mais baixa de MI (2,5 %) em 2010.

Com o fim dos trabalhos da Comissão e a sua extinção subsequente gerou-se, nas pessoas que estavam no terreno a actuar, um certo sentimento de orfandade e de pânico, colocando-nos a pergunta: "e agora com quem é que falamos para resolver os problemas?" Assim nasceram as Comissões que hoje comemoram 25 anos.

Por decisão pessoal, o autor do texto não escreve segundo o novo Acordo Ortográfico.



A COMISSÃO NACIONAL DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

Maria Purificação Araújo ⁵



(5) Médica Obstetra. Integrou as Comissões nomeadas em 1989_Desp 8 de 17 março, 1994_Desp sem número de 6 julho, 1996_Desp 7 de 6 fevereiro, 1998_Desp 4359 de 13 março e 2003_Desp 24256 de 17 dezembro

No início dos anos 70 nascia-se mal em Portugal. Os indicadores de saúde específicos da saúde materno-infantil mostravam valores que se situavam entre os piores dos países europeus;

Estes valores reflectiam a ausência ou insuficiência de cuidados prestados à grávida e ao recém-nascido. A taxa de vigilância da gravidez era de 67% e a taxa de partos hospitalares 65%.

ANO 1975	PORTUGAL	REINO UNIDO	FRANÇA	DINAMARCA
Mortalidade Materna (por 100000 NV)	42.9	12.3	20.2	5.7
Mortalidade Infantil (por 1000 NV)	38.9	18	18	14

Depois de 1974, a criação da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e a expansão dos Centros de Saúde (CS) permitiu uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde, onde estavam integrados a vigilância da gravidez, a saúde infantil e as actividades de planeamento familiar. Foi estimulado o parto hospitalar.

Estas políticas conduziram já a uma significativa melhoria dos indicadores de saúde: em 1985 a TMM descera para 10,7 e a MI para 17,1.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou em 1985 um estudo, em colaboração com a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, sobre as necessidades não satisfeitas em saúde materna e planeamento familiar, e onde se recomendava intensificar a informação às mulheres de modo a motivá-las para frequentar as consultas de planeamento familiar, vigilância pré-natal e parto hospitalar em Hospitais devidamente equipados.

Contudo, foi a criação da Comissão Nacional da Saúde Materna e Infantil em 1989 pela então Ministra da Saúde, Dra. Leonor Beza, que deu um decisivo impulso à organização e qualidade dos serviços prestados à mulher e à criança.

Foi nomeado para presidir a esta Comissão, que era constituída por pediatras e obstetras, o Dr. António Baptista Pereira.

O PROGRAMA DA COMISSÃO INCLUIU NOMEADAMENTE:

- A definição dos Hospitais onde se nascia, em Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) (com cuidados intermédios para os RN de baixo risco) e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) (cuidados intensivos para os RN de

alto risco evitando-se a dispersão dos cuidados intensivos neonatais:

- A criação das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF's), estabelecendo uma articulação entre os CS e os Hospitais, permitindo uma circulação da informação clínica nos dois sentidos para assegurar o bem estar da mãe e do feto;
- Tornar obrigatório a utilização do Boletim de Saúde da Grávida que permitia a identificação dos factores de risco para a grávida e para o feto, e a criação da consulta de referência para grávidas de alto risco;
- Criar um subsistema de transportes do RN de alto risco, integrado no INEM.

Em 1991, a Comissão, que passou a designar-se Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança, tendo como Presidente o Professor Torrado da Silva, elaborou um novo Programa, do qual destaco:

Objectivos Globais da Saúde da Mulher:

- Reduzir a mortalidade perinatal de 9.2/1000 NV para 7.5/1000 NV até final de 1998;
- Reduzir a mortalidade materna de 9.2/100 000 NV para 7.0/100 000 NV até final de 1998;
- Reduzir a morbilidade e a mortalidade por cancro do colo do útero e da mama.

OBJECTIVOS OPERACIONAIS

- Incrementar a vigilância pré-natal;
- Incrementar diagnósticos e terapêuticas pertinentes, adequadas e atempadas;
- Reduzir a incidência de doenças genéticas;

- Reduzir a incidência de doenças sexualmente transmitidas e SIDA;
- Incrementar o parto hospitalar em níveis elevados de qualidade;
- Humanizar os Serviços de Obstetrícia dos Hospitais e Maternidades;
- Reduzir o número de gravidezes indesejadas;
- Aumentar para 80 % a utilização de métodos contraceptivos modernos e eficazes;
- Reduzir em 50 % os partos em mulheres com idade <15 anos;
- Reduzir em 10 % os partos em mulheres com idade <20 anos;
- Promover a saúde da mulher em idade reprodutiva;
- Detectar precocemente o cancro do colo do útero e da mama;

- Atingir 100 % das grávidas com cuidados prénatais adequados;
- Cumprir a 100 % as Orientações Técnicas da Vigilância Prénatal e Revisão do Puerpério;
- Assegurar a Consulta de Referência Hospitalar e garantir a circulação de informação clínica nos dois sentidos, entre os Clínicos Gerais e os Médicos Hospitalares;
- Assegurar o diagnóstico prénatal a todas as mulheres com 35 anos e mais;
- Assegurar a 100 % o correcto preenchimento do Boletim de Saúde Grávida.

No final dos anos noventa, 98% das grávidas já tinha vigilância prénatal, e 99% dos partos eram hospitalares.

	1975	1985	1995	2000	2005
Mortalidade Materna (por 100000 NV)	42,9	10,7	8,4	2,9	2,7
Mortalidade PERINATAL (por 1000 NV)	31,9	19,8	9	6,1	4,9
Mortalidade Infantil (por 1000 NV)	38,9	17,1	7,4	5,4	3,8



Desejo prestar uma particular e sentida homenagem ao Prof. Torrado da Silva, que tão cedo nos deixou.

COMISSÕES NACIONAIS DE SAÚDE - CNSI-CNSMC (1992/1997) /CNSMC (1997/2000)

F. Coelho Rosa ⁶



(6) Médico Pediatra. Presidente da CNSCA nomeada em 1998 Desp. 4359 de 13 março e integrou a CNSI nomeada em 1992 Desp. 182 de 10 de Outubro

As medidas preconizadas pelas Comissões Nacionais de Saúde, centradas na Mulher, na Criança e no Adolescente desde 1989, representaram um contributo inestimável para o patamar alcançado nos Cuidados de Saúde prestados a este grupo populacional e etário, só parcialmente traduzido pelos correspondentes Indicadores. De facto reflectiram-se também na qualidade de Formação profissional e no nível de Investigação atingido nas áreas correspondentes.

Assim, está por demais reconhecido o impacto positivo da acção da Comissão Nacional de Saúde Materno-Infantil (1989) nos cuidados assistenciais prestados à grávida e ao RN, bem como nos progressos verificados na capacidade de resposta clínica e na produção científica dos respectivos médicos.

Na Comissão Nacional de Saúde Infantil

(1992-1994), presidida por Torrado da Silva e de que fui membro, para além da continuidade dada à concretização do programa anterior, procurou fazer-se em primeiro lugar um "diagnóstico da situação" e subseqüentemente construir "recomendações", documentadas no Relatório da CNSI, publicado em 1993 pelo Ministério da Saúde, distribuídas em três grandes domínios: "Cuidados de Saúde às Crianças e Jovens", "Recursos Humanos" e "Crianças com Necessidades Especiais".

Diversas recomendações da Comissão, entretanto designada como "da Mulher e da Criança" (1994) foram incluídas como objectivos no documento do Ministério da Saúde intitulado "Saúde em Portugal - Uma estratégia para o virar do Século - 1988-2002", no período de transição para a nova Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança (1997), a que presidi em alternância com Albino Aroso, coordena-

ndo este último a Sub-Comissão Materna e Neonatal e eu próprio a Sub-Comissão da Criança e do Adolescente.

Em qualquer dos domínios apontados verificaram-se progressos, facilitados pela sintonia verificada entre a própria Comissão, o Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos, a Sociedade Portuguesa de Pediatria e o Ministério da Saúde, quer relativamente às condições organizacionais de Serviços capazes de responder a critérios de idoneidade exigentes, quer na necessidade de correcção urgente da tendência decrescente de vagas no Internato de Pediatria perigosamente verificada na década de 90 e que foi possível inverter.

No âmbito da diferenciação pediátrica, confirma-se no presente que a limitação à multiplicação desordenada de Unidades subespecializadas, recomendada desde o início mas incompreendida e objecto de grande oposição por alguns, foi claramente benéfica para o nível de cuidados que hoje prestam, assentes na competência dos seus profissionais, suportada na experiência e garantida pela casuística acumulada. Assim, são patentes os progressos verificados na tríade Assistência, Ensino e Investigação, em áreas como a Gastrenterologia, a Hemato/oncologia, a Nefrologia (Diálise/Transplantação), a Pneumologia (Fibrose Quística) e os Cuidados Intensivos Pediátricos.

Deste modo melhorou a capacidade de resposta, à "Doença Aguda", nos seus patamares mais complexos e à "Doença Crónica", objecto de preocupação especial e recomendações concretas da CNSI e das CNSMC.

Pelo contrário, o projecto de intervenção denominado como "Pediatria Comunitária", não foi concretizado. Com ele ter-se-iam dotado múltiplos Centros de Saúde do país de Pediatras que de forma articulada com a Medicina Geral e Familiar permitiriam uma assistência mais especializada a este grupo etário. Pretendia-se assim reforçar a "Articulação e Continuidade de Cuidados", possibilitando uma assistên-

cia de proximidade mais generalizada e uma diminuição da necessidade de recurso aos Hospitais, nomeadamente evitando a utilização das suas Urgências como serviço de atendimento permanente para situações que deveriam ser resolvidas a nível de Cuidados Primários.

Representando este um problema de grande preocupação da CNSMC, foi proposto por esta última ao Ministério da Saúde a criação do primeiro Serviço de Atendimento e Orientação Telefónica de Doentes do país, que veio a denominar-se como "Saúde 24-Pediatria (Doi-Doi Trim-Trim)". Aplicado em fase experimental na ARS de LVT, sob a Coordenação da CNSMC, saldou-se por uma diminuição de 30% no afluxo de doentes às Urgências Hospitalares envolvidas no processo. Apesar desses resultados promissores, uma simples mudança na Condução do Ministério e na ARS de LVT, atrasou a sua disseminação rápida a todo o país inicialmente planeada. Felizmente o projecto deixou raízes.

Pautadas por um objectivo comum – a prestação dos melhores Cuidados de Saúde ao grupo etário em causa – as recomendações das sucessivas Comissões quanto aos seus diferentes níveis e à sua distribuição nacional, basearam-se sempre na importância da relação Casuística/Experiência e na optimização de recursos como factores essenciais à concretização desse objectivo.

Apesar do saldo da sua acção ser positivo, uma visão retrospectiva mais detalhada permitirá porém afirmar que os resultados na tríade Assistência, Ensino e Investigação, poderiam ter sido ainda mais elevados e mais precocemente atingidos, se o poder político, em diferentes fases deste longo percurso, tivesse sido capaz de ultrapassar resistências oferecidas por grupos de pressão de cariz político-social e no próprio seio da classe médica.

SEXTA COMISSÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - INTERVENÇÃO E EFECTIVIDADE

Maria do Céu Machado ⁷



(7) Médica Pediatra. Ex- Alta Comissária para a Saúde. Presidente da Comissão nomeada em 2003. Desp 24257 de 17 dezembro

A 6ª Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (CNSCA) foi nomeada em 17/12/2003, pelo Despacho nº 24257/2003 do Ministro Luis Filipe Pereira e esteve em funções durante 4 anos, ao longo de três equipas ministeriais, lideradas pelo Ministro referido e ainda por António Correia de Campos e Ana Jorge. Com todos sentiui, com maior ou menor empenho, o entusiasmo pelo sucesso da saúde materna e infantil em Portugal⁸ e o interesse de que fosse sustentado.

Como órgão de consulta do Ministro da Saúde, as suas competências incluíam a avaliação e o planeamento estratégico quanto à ligação entre as unidades hospitalares e os centros de saúde e a organização de serviços, recomendações de cariz preventivo e correctivo e à melhoria do ambiente mais propício ao saudável desenvolvimento físico, psíquico e comportamental.

(8) Maria do Céu Machado. Saúde infantil: uma história de sucesso. In Lisboa, saúde e Inovação. Do Renascimento aos dias de hoje. Edição Gradiva, 2008

Quanto à composição, entendeu-se que deveria ser multidisciplinar pelo que constituída por Especialistas em Pediatria (Maria do Céu Soares Machado que presidiu, José Arelo Manso, Júlio Bilhota Xavier, João Falcão Estrada, Luis Carlos Januário da Silva, Maria Júlia d'Eça Guimarães), em Cirurgia Pediátrica (Rui Rosado), em Medicina Geral e Familiar (Luis Pisco) e da área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Maria José Araújo).

A 4ª CNSCA teve oito reuniões plenárias por ano para além de reuniões parciais com as Administrações Regionais de Saúde, Comissões Regionais de Saúde Materna e Infantil, Unidades Coordenadoras Funcionais, Instituições do Ministério da Saúde ou de outros Ministérios consideradas relevantes para a discussão e concretização das propostas.



As prioridades identificadas foram discutidas de forma alargada com instituições e profissionais, apresentadas aos diferentes ministros e às ARS e publicadas no Relatório Final em 2010⁹.

De salientar a organização dos cuidados pediátricos (Orientações para uma Carta Hospitalar de Pediatria) e do Hospital de Dia Pediátrico; a articulação dos Cuidados Primários e Hospitalares e a criação da figura e missão de Pediatra Consultor; a reactivação das Unidades Coordenadoras Funcionais (Reunião Nacional – dinamização e reforço das UCFs e Orientações para 2005); a gestão de Recursos Humanos nomeadamente quanto ao rácio de enfermeiros; os conteúdos curriculares no Internato médico (Pediatria no Ano Comum e Tronco Comum); o estudo das necessidades de Especialistas em Pediatria Médica e cálculo das vagas para o Internato de Pediatria, 2006-2015; as formulações infantis de vários medicamentos; o Risco Social e estadia hospitalar e encaminhamento das crianças (Diagnóstico de maus tratos e proposta de Ficha para sinalizar a situação).

(9) Relatório Final da CNSCA 2005-2009. Edição do ACS, Lisboa, 2010

(10) Arun R, Bennett S, Duran A. When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? WHO-Euro, Copenhagen 2008

(11) Better outcomes, brighter futures 2014-2020. Dublin, 2014

No Relatório final foram ainda introduzidos exemplos de boas práticas da Comissão Regional de Saúde Materna e Infantil do Norte e da UCF de Almada e a revisão e monitorização da Saúde Infantil e Juvenil no PNS 2004-2010 através dos Indicadores do PNS dos 0 aos 18 anos.

Parece adequado fazer a análise SWOT do que foi a CNSCA 2004-2009: Forças (*Strength*) – multidisciplinaridade, experiência, autonomia técnica, facilidade de mobilização; Fraquezas (*Weakness*) – cariz consultivo, nem sempre fácil articulação com instituições normativas e executivas se não houver sistematicamente sinal de apoio pela tutela; Oportunidades (*Opportunities*) – legitimidade, acção sobre o grupo etário dos 0 aos 18 anos; Ameaças (*Threats*) – sem autonomia executiva, nenhum dos elementos em fulltime, despesas de deslocação por conta própria, actividade complementar e não reconhecida pelas administrações hospitalares.

Gostaria de acrescentar duas reflexões finais. A primeira, se estas comissões e programas verticais são necessárias e importantes. E a segunda, qual deve ser a estratégia relativamente à saúde da criança e adolescente.

Quanto à primeira, há evidência de que os programas devem ser integrados e é mais eficaz a nomeação de grupos de trabalho para planeamento em áreas específicas e por tempo limitado¹⁰. Poder-se-ia invocar que é uma forma de advocacia na área da criança e adolescente mas a saúde deste grupo envolve muito mais do que o ministério da saúde.

Esta é a resposta à segunda reflexão. O que queremos para os nossos adolescentes? Saúde sim mas também educação e emprego numa filosofia de saúde em todas as políticas de que é exemplo o programa irlandês para as crianças e jovens 2014-2020, Better Outcomes, Brighter Futures¹¹.

SÉTIMA E OITAVA COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Bilhota Xavier ¹²



(12) Médico Pediatra. Presidiu às Comissões nomeadas em 2009, Desp. 21929 de 1 de Outubro, 2012 Desp. 11610 de 28 de Agosto e integrou a Comissão nomeada em 2003, Desp. 24257 de 17 dezembro

Uma vez que o papel das diferentes Comissões foi já por demais escarpado, limitar-me-ei a enumerar a composição das Comissões e em síntese as suas principais iniciativas.

As duas Comissões mantiveram a tradição duma composição marcada pela heterogeneidade dos saberes dos seus elementos, no exercício da sua atividade, quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados primários e/ou saúde pública, pertencentes a diferentes Regiões do território Nacional, incluindo as Regiões Autónomas. Infelizmente a Região Autónoma dos Açores teve nestas Comissões uma representação meteórica.

Houve o cuidado de nelas integrar elementos que faziam parte das diferentes CRSMCA, de forma a facilitar a intercomunicação entre a Comissão Nacional e as Comissões

Regionais e na Oitava Comissão elementos chameira com -a DGS.

SÉTIMA COMISSÃO 2009-2012

Nomeada pela Ministra Ana Jorge em 2009 pelo Desp. 21929 de 1 de Outubro.

Durante o seu mandato teve algumas alterações na sua composição. A equipa predominante foi constituída por:

Bilhota Xavier,
Diretor do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Leiria, que Presidia;

Aliete Oliveira,
Enfermeira especialista em Saúde Comunitária do Centro de Saúde de Celas em Coimbra;

Ana Lúcia Freire,
Enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica do Centro de Saúde de Oeiras;

António Romão,
Presidente do Conselho Clínico do ACES Oeste Norte; Eduardo Castela, Diretor do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra;

Elsa Rocha,
Assistente Graduada de Pediatria do Hospital de Faro e presidente da CRSMCA da Região do Algarve;

Emília Nunes,
Diretora do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo;

Helena Jardim,
Diretora do Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, Membro da CRSMCA da Região Norte;

Joaquim Correia,
Assistente Graduado Sênior de Obstetria e Ginecologia do Centro Hospitalar Lisboa Central;

Joaquim Carvalho,
Assistente Graduado Sênior de Ginecologia e Obstetria do Hospital do Espírito Santo de Évora e membro da CRSMCA da Região do Alentejo;

José Carlos Peixoto,
Assistente Graduado de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e Presidente da CRSMCA da Região Centro;

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

Paulo Moura,
Diretor do Serviço de Obstetria da Maternidade Daniel de Matos, do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra;

Luís Simões Ferreira,
Diretor da Área de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central;

Luísa Matos,
Enfermeira Chefe do Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar do Porto;

Manuela Correia,
Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Centro Hospitalar Lisboa Norte e membro da CRSMCA de Lisboa e Vale do Tejo;

Teresa Tomé,
Diretora do Serviço de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa do Centro Hospitalar Lisboa Central;

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

Paulo Sarmento,
Diretor do Departamento da Mulher e de Neonatologia do Centro Hospitalar do Porto, Membro da CRSMCA da Região Norte;

Rui Vasconcelos,
Diretor do Serviço de Pediatria do Hospital Nélio Mendonça – Funchal;

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

RELATÓRIO SÍNTESE DAS ATIVIDADES

1. Publicação de despachos – contributos

- Desp. 9872/2010 de 11 de Junho,** posteriormente retificado pelo Desp. 17595/2010 de 23 de novembro – criação/reformulação em cada ARS das **UCF** de Saúde Materna e Neonatal e de Saúde da Criança e do Adolescente e das **CRSMCA**, que passaram a ter suporte legal e a obrigatoriedade de incluírem um

representante do Conselho Diretivo da ARS respetiva;

- b. **Desp. 9871/2010 de 11 de junho** – alargamento da idade pediátrica para os 18 anos;
- c. **Desp. 15385/2010 de 12 de outubro – Nomeação da Comissão Técnica para o Diagnóstico Pré-Natal**
 - i. Rastreio integrado: bioquímico e translucência da nuca;
 - ii. Competência em ecografia obstétrica;
 - iii. Convenção para a realização de ecografias;
 - iv. Nº limite de ecografias;
 - v. Laboratórios idóneos para o rastreio bioquímico;
 - vi. Instalação do Programa Astraia em todos os serviços que realizam o diagnóstico pré-natal

2. ARS e Comissões Regionais

Reuniões com todos os Conselhos Diretivos e CRSMCA

- a. Redes de referência – cuidados de saúde primários – cuidados hospitalares. Nas zonas de fronteira entre as diferentes regiões, foram definidas em conjunto com as CRSMCA;
- b. **Definição de metas a debater nos Plenários Regionais das UCF e tomada de posse dos elementos que as constituíam;**
- c. Unidades Coordenadoras Funcionais inter-hospitalares de Saúde Materna e Neonatal e Pediátricas, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica e Pediatria:

- i. Promovidas no âmbito das funções das Comissões Regionais, com o objetivo de melhorar a articulação entre diferentes serviços hospitalares, incluindo a utilização de protocolos clínicos comuns e a constituição de uma efetiva rede hospitalar. Já em funcionamento na ARS Centro.

3. Plenários das UCF

presença em todos os plenários realizados no âmbito de cada ARS;

4. Carta Hospitalar de Ginecologia-Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria geral e Unidades diferenciadas de Pediatria, Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Pediátrica

proposta entregue ao SEAMS, Fernando Leal da Costa em 2012.06.08. Foram ouvidos os diretores dos serviços hospitalares, sociedades científicas e colégios da ordem dos médicos, das especialidades envolvidas e administração central dos sistemas de saúde (ACSS);

5. Certificação de Qualidade dos Serviços Hospitalares

Assinatura de protocolo de parceria com a DGS para a certificação de qualidade, através do Modelo Nacional de Acreditação, de todos os Serviços Hospitalares que prestam cuidados de saúde a grávidas e crianças (Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica e Pedopsiquiatria, que ainda não estejam certificados ou em processo de certificação.

- a. Em 2011: iniciaram oito serviços
- b. Em 2012: iniciaram dez serviços

6. Plataforma Nacional para monitorização de indicadores de saúde na área materna e criança

- a. Rentabilização da plataforma em implementação na ARS Norte, pós candidatura ao QREN, inicialmente destinada a monitorizar as cesarianas e asfixia perinatal na Região Norte;
- b. Realizadas várias reuniões que integraram o Alto Comissariado da Saúde, Direção Geral de Saúde, ACSS, Instituto Nacional Ricardo Jorge, Instituto Nacional de Estatística, Faculdade Medicina do Porto e posteriormente os Sistemas Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e ARS Norte;

7. Transporte pediátrico inter-hospitalar

- a. Magistratura de influência para a sua extensão à Região Norte, que acabou por ter início em abril de 2011. Em funcionamento na Região Centro desde julho de 2005 e na Regiões LVT e Sul desde janeiro de 2010.

8. Orientação Técnica 001/2010 da DGS – Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta pós nascimento

Parceria com a Associação Portuguesa para a Segurança Infantil (APSI).

9. Taxa de Cesarianas

nomeada uma Comissão Nacional para a elaboração de proposta para a sua redução. Relatório entregue ao SEAMS.

10. Urgências Pediátricas – Sistemas de Triagem – nomeado Grupo de Trabalho

realidade em Portugal. e propostas para a sua harmonização. Entrega de relatório julho de 2012.

11. Direitos das Crianças hospitalizadas

Parceria com o Instituto de Apoio à Criança (IAC).

12. Taxas moderadoras

- a. Proposta de isenção de taxas moderadoras até aos 18 anos no acesso aos cuidados de saúde primários e/ou se referenciadas a uma consulta hospitalar urgente ou de ambulatório;
- b. Em contrapartida, eventual aplicação de taxas a todas as inscrições efetuadas nos serviços de urgência hospitalares para crianças não referenciadas e/ou não emergentes com idade superior de 12 meses;
- c. Transitoriamente – isenção de taxas moderadoras aos jovens que frequentam as consultas de medicina do adolescente no seu estabelecimento escolar;

13. Cuidados Continuados para crianças

- a. Foi feito o levantamento nacional do número de crianças de que deles necessita;
- b. Realizada uma reunião com a responsável pela Unidade de Missão em novembro de 2011;

14. Alargamento da idade pediátrica para os 18 anos

as ARS e os Serviços foram incentivados a cumprir o despacho até 1 junho 2012. Em maio de 2012 o internamento nos Serviços de Pediatria até aos 18 anos acontecia em 70% dos Serviços, Região Norte 93%.

15. Formulações Pediátricas – fármacos não disponíveis ou só existentes como manipulados

- Levantamento das necessidades – elaborado questionário a nível Nacional junho de 2010;
- Reunião com o Presidente do INFARMED, Jorge Torgal – inventariação dos fármacos tidos como prioritários;
- Publicação do Desp. 18694/2010 de 16 de dezembro – elaboração da lista de manipulados e início da sua comparticipação em 30%;
- Formulações pediátricas inventariadas, continuam na sua grande maioria a não estar disponíveis – para além dos custos sociais, contribui para o agravamento da fatura do SNS nesta área – a comparticipação dos manipulados mesmo a 30% fica mais dispendiosa do que a comparticipação de um fármaco a ser comercializado;

16. Vacina antipneumocócica 13 valente

contradição entre as recomendações da DGS e da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) – promovida reunião entre DGS, SPP e Comissão Nacional de Vacinas – tentativa de consenso.

17. Psiquiatria da Infância e da Adolescência

- Reunião coma Comissão Nacional de Saúde Mental;
- Unidades de Internamento insuficientes: existente apenas no H Magalhães de Lemos até aos 18 anos, mas não disponível 24h e no CH Lisboa Central até aos 16 anos;
- Aguarda resolução a referente ao Centro Hospitalar Universitário de Coimbra;

18. Enfermeiros especialistas

Foram elaboradas recomendações para a Implementação da Lei 9/2009, reconhecimento da qualificação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica e sua aplicação prática nos Cuidados Primários de Saúde. Entregue ao SEAMS.

19. Elaboração de vários pareceres

- Interpelação ao Governo pela Assembleia da República sobre mortalidade infantil na Região Autónoma dos Açores;
- Parto no Domicílio – interpelação da Ordem dos Médicos ao Ministro da Saúde;
- Encerramento da Maternidade Alfredo da Costa.

20. Taxas moderadoras

Redação de proposta de despacho que isentam os jovens que frequentam as consultas de medicina do adolescente no seu estabelecimento escolar.

21. Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Proposta de abertura de uma unidade de internamento no CH Universitário de Coimbra/ Hospital Pediátrico

OITAVA COMISSÃO 2012-2014

Nomeada pelo Diretor Geral de Saúde Dr. Francisco Jorge



com o acordo do SEAMS Leal da Costa em 2012 pelo Desp 11610 de 28 de Agosto.

Manteve na generalidade a composição anterior, com a exceção de Joaquim Correia e Luísa Matos e passou a integrar: Ana Leça, pediatra, Diretora de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde da DGS; Lisa Vicente, ginecologista-obstetra, Chefe de Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil; Luís Graça, Diretor do Serviço de Ginecologia-Obstetrícia do Centro Hospitalar Lisboa Norte.

A Comissão teve desde o início das suas funções o apoio

incondicional do Diretor Geral de Saúde Francisco George e nos últimos meses a presença nas suas reuniões da Subdiretora Geral de Saúde Graça Freitas, que se revelou um claro valor na interação entre a Comissão e a DGS.

A fotografia representa os elementos presentes na última reunião da Oitava Comissão realizada em 11 de Julho de 2014.

Antes de terminar o mandato e tendo manifestado a minha indisponibilidade para continuar, procedi às diligências necessárias para evitar o vazio não desejável da inexistência de uma Comissão Nacional. A nomeação do novo presidente Jorge Saraiva aconteceu através do Desp. 11917/2014 de 25 de Setembro.

RELATÓRIO SÍNTESE DAS ATIVIDADES

1. Regulamento da Comissão:

elaboração e aprovação pelo Diretor Geral de Saúde.

2. Criação de página na Internet

da Comissão no sítio da DGS e do endereço eletrónico cnsmca@dgs.pt.

3. Carta Hospitalar Materna da Criança e do Adolescente – ações implementadas para a sua divulgação e discussão:

- Discussão pública;
- Apresentação e discussão em Mesa Redonda no Congresso Nacional de Pediatria;
- Discussão com a Direção da Sociedade Portuguesa de Pediatria;

d. Apresentação e discussão em separado com cada um dos Conselhos Diretivos das ARS e com as respetivas Comissões Regionais de Saúde Materna da Criança e do Adolescente (CRSMCA);

- i. Lisboa 2012.11.09: Alentejo, Algarve, LVT
- ii. Coimbra 2012.11.16: Norte, Centro
- e. Contactos informais com SEAMS;

4. Comissões Regionais de Saúde Materna da Criança e do Adolescente e Unidades Coordenadoras Funcionais

a. Realização em Lisboa no dia 20.11.2013 do Plenário das Comissões Regionais, com a presença pela primeira vez das Regiões Autónomas, de todas as Administrações Regionais de Saúde e participação da Ordem dos Médicos, Conselhos Diretivos dos Colégios de Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Geral e Familiar, Pediatria e Neonatologia, da Ordem dos Enfermeiros, Mesas dos Colégios de Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Materna e Obstétrica e das **Sociedades Científicas de Medicina Geral e Familiar, Obstetrícia e Medicina Materno Fetal e Pediatria, que contou com a presença do SEAMS em representação do Ministro da Saúde, e do Diretor Geral de Saúde;**

b. Plenários das UCF do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo – Presença do Presidente da Comissão;

c. Atualização da composição e reorganização de todas as UCF das cinco Regiões de Saúde, da responsabilidade das Comissões Regionais;

5. Triagem Pediátrica e Obstétrica

a. Pediátrica – aprovação do relatório elaborado pelo Grupo

de Trabalho nomeado pela Comissão Nacional e seu envio a todos Conselhos de Administração dos Hospitais com Serviço de Pediatria, com conhecimento aos Diretores de Serviço e para o SPMS;

b. Obstétrica – constituição do Grupo de Trabalho e posterior discussão do relatório em conjunto com o Grupo Português de Triagem. O relatório foi enviado a todos os Conselhos de Administração dos Hospitais com Bloco de Partos, com conhecimento aos Diretores de Serviço e para o SPMS;

6. Cuidados Paliativos/Cuidados Continuados para Crianças

a. Reunião com a Dr.ª Ana Lacerda – mentora da criação de unidades de cuidados continuados e paliativos destinados a crianças e adolescentes;

b. Participação como parceiro na Reunião Nacional realizada na Fundação Calouste Gulbenkian em 2013.06.25;

c. Elaboração de projeto do despacho 8286/2014 para a nomeação da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, publicado em junho de 2014;

7. Modelo Nacional de Acreditação da Unidades de Saúde:

a. No âmbito do protocolo de parceria entre o Departamento de Qualidade em Saúde da DGS e a Comissão Nacional, em que foi dada prioridade aos serviços hospitalares prestadores de cuidados de saúde às mulheres e crianças, foi realizada uma reunião para monitorização da situação e implementação de novos processos de acreditação;

b. Foi salientado a melhoria significativa da qualidade em termos de segurança, dos direitos dos doentes e da implementação de processos assistenciais integrados;

8. Certidão de óbito no Período Perinatal

a. Perante as dúvidas sobre quais as situações em que deve ser emitida certidão de óbito, foi feito o levantamento da legislação e promovida uma discussão de consensualização inscrita na orientação técnica publicada no sítio da DGS em dezembro de 2013;

9. Emissão de Pareceres

a. Interpeleção ao Governo pela Assembleia da República no âmbito da proposta de Carta Hospitalar Materna da Criança e do Adolescente, sobre a classificação do Hospital de Barcelos;

b. Posição da Comissão sobre a transferência/extinção da Maternidade Alfredo da Costa, junto do SEAMS;

c. Mortalidade Infantil em 2011 – relatório da DGS;

d. Mortalidade Infantil em 2012 – relatório da DGS, com proposta de recomendações;

e. Petição à Assembleia da República 39-XII sobre as funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica;

f. Revisão da Portaria n.º 615/2010, de 3 de agosto” que contempla as regras de licenciamento para blocos de parto no setor privado;

g. Revisão do despacho que criou a Comissão Nacional para a redução da taxa de cesarianas;

h. Despacho n.º 1393/2013, transporte pediátrico, enviado ao SEAMS;

i. Despacho sobre Sistema Integrado de Emergência Médica abril de 2014;

10. Ações implementadas

a. Programa HIV/SIDA – Carta ao Diretor Dr. António Dinis, sobre a necessidade de implementação de medidas para a redução da transmissão vertical, em 2011 de 1.85%;

b. Programa de Saúde Mental – Envio ao Coordenador Dr. Álvaro de Carvalho, de proposta sobre medidas transitórias a implementar enquanto persistir a atual situação de carência na área Psiquiatria da Infância e da Adolescência, posteriormente enviada ao SEAMS;

c. ARS LVT rede de referenciação materna e infantil – Comentário crítico enviado ao SEAMS e ao Presidente da ARS;

d. ARS LVT – Pedido de nomeação de um representante do Conselho Diretivo para a respetiva CRSMCA, uma vez que era a única que não cumpria o Despacho em vigor;

e. ARS Centro – Comentário crítico enviado ao Presidente sobre mapa de vagas para assistente de cardiologia pediátrica e cirurgia pediátrica;

f. SEAMS – Comentário crítico enviado ao sobre mapa de vagas para assistente das diferentes áreas da saúde materna e da criança;

g. Obstetra e pediatra consultores – Proposta de redação de despacho sobre a criação/implementação enviada ao SEAMS;

- h. Indicadores de qualidade a nível Nacional – a serem dinamizados pelas Comissões Regionais e a monitorizar pelas Unidades Coordenadoras Funcionais de Saúde Materna e Neonatal e da Criança e do Adolescente;
- i. Transporte Pediátrico – Preocupação enviada ao Coordenador do STEP INEM da Região Sul sobre o transporte no Algarve;
- j. Abertura de um Maternidade em Vila Verde – cartas à ACSS e ARS Norte;
- k. Alargamento da idade pediátrica em todos os Serviços de Pediatria do Continente e Regiões Autónomas – interação com o Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos, fazendo depender a idoneidade do alargamento da idade;
- l. Grávidas e crianças sem médico de família – Questionário aos ACES sobre a percentagem sem médico de família e de propostas de estratégias para favorecer o seu acesso;

11.Reuniões de Trabalho no âmbito da Comissão

- a. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés – presidida por Ana Jorge com o objetivo de aumentar a prevalência do aleitamento materno e responder ao repto lançado pelo Ministro da Saúde – constituída comissão paritária;
- b. Associação XXS Prematuros – necessidade de elaborar recomendações para a melhoria do apoio aos pais de grandes prematuros;
- c. Notícia de Nascimento e eBoletim da Criança e do Adolescente – reunião com representantes da SPMS e DGS. Definição da estrutura da Notícia de Nascimento e

de lista de diagnósticos favoritos, interligação com os softwares existentes e monitorização de indicadores;

12.Reuniões de Trabalho em que a Comissão participou

- a. Mortalidade Infantil em 2011 – Reunião Nacional para reflexão;
- b. Mortalidade fetal, neonata e infantil – Reunião com as ARS e INEM sobre medidas a implementar para a consolidação/redução dos indicadores;
- c. Petição 39-XII – Reunião com as Ordens dos Médicos e dos Enfermeiros e diferentes Sociedades Científicas;
- d. Psiquiatria da Infância e da Adolescência na Região Centro – reunião realizada em Viseu em colaboração com a CRSMCA e UCF inter-hospitalar Centro;
- e. Plataforma de Dados em Saúde Materna e da Criança – reunião com Henrique Martins do SPMS e membros da ACSS. Inicialmente a intenção era criar uma plataforma destinada à saúde materna e da criança, com monitorização de vários indicadores, taxas de cesarianas, asfixia perinatal, muito baixo peso, mortalidade perinatal, malformações congénitas. Acabou por evoluir para a PDS Nacional e Notícia de Nascimento.



COMISSÃO REGIONAL DA SAÚDE DA MULHER CRIANÇA E ADOLESCENTE DA REGIÃO CENTRO

José Carlos Peixoto ¹³



(13) Médico Pediatra. Integrou as Comissões Nacionais nomeadas em 1998, Desp. 4359 de 13 março, 2003, Desp. 24256 de 17 dezembro, 2009, Desp. 21929 de 1 de Outubro, 2012, Desp. 11610 de 28 de Agosto, 2014, desp 11917 de 25 de Setembro. Preside à CRSMCA da Região Centro desde 2008

A Comissão Regional da Saúde da Mulher Criança e Adolescente (CRSMCA) iniciou funções em 1998, por iniciativa do Dr. Sá Correia e aprovação do Presidente da ARS Centro de então, Dr. Júlio Reis, englobada nesta onda cívica, respeitando as recomendações das sucessivas Comissões Nacionais e do seu líder de então Dr. Albino Aroso.

A função principal foi continuar a defender as Bases do sucesso do PNSMI. As Redes de Referência entre os cuidados primários e serviços hospitalares, os Circuitos Assistenciais com garantia de equidade no acesso e vigilância partilhada, a garantia da segurança no parto e qualidade no nascimento a nível nacional, as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) e a mobilização e motivação dos profissionais.

Desde o início do século várias tentativas têm sido tentadas para reduzir o desperdício financeiro no SNS. Por eventual desconhecimento, voluntariamente ou não, poucas iniciativas acautelam as Bases do Sucesso da Assistência MI.

Algumas medidas retiraram mesmo o suporte legislativo que defendia o PNSMI, (Decreto Lei 222/2007 e n.º 28/2008). Uma experiência mundialmente reconhecida como eficiente e efectiva não fora devidamente acautelada nas novas reformas.

A sua continuidade só tem sido possível graças à adesão, aceitação e empenho dos profissionais e pelos resultados obtidos a um custo muito baixo. A CRSMCA teve e mantém um papel fundamental na preservação deste património.

Coordenação, promoção da Comunicação, envolvimento das Competências nos processos de formação, promoção da Cooperação entre os profissionais e Complementaridade entre as instituições.

O apoio concedido pelos sucessivos Presidentes da ARS, independentemente da filiação partidária e o sentido de missão garantiram os C's do sucesso e Continuidade do PNSMI.

As UCF são as estruturas multidisciplinares que de forma original, desde 1990 dão coesão a estes processos, garantem a interface entre os cuidados primários e hospitais, a circulação da informação, a formação, as auditorias clínicas, a divulgação das normas de orientação clínica, elaboram e implementam os protocolos de referência garantindo um processo de melhoria contínua da qualidade.

Representam os profissionais, são da confiança dos diretores de serviço e dos presidentes dos conselhos clínicos, mobilizam, motivam e garantem as relações profissionais. Estas funções são executadas sem qualquer remuneração adicional e mesmo assim ainda hoje não estão incluídas nas várias soluções testadas para combater o desperdício.

Em 2008 na sequência da nova reforma, o suporte legal das UCF e as funções da CRSMCA ficaram comprometidas. Como sinal de alerta e protesto o Dr Sá Correia pôs o lugar à disposição e pediu a demissão, se não houvesse mudança legislativa que apoiasse a intervenção da CRSMCA.

Alguns meses depois o Dr João Pedro Pimentel, Presidente da ARS Centro, reconhecendo o importante papel da CRSMCA renomeia nova Comissão, que não fez mais do

que criar condições para dar continuidade aos processos até então desenvolvidos.

As UCF foram reassumidas pela ARS Centro, adaptadas à nova Reforma dos Cuidados Primários, foram envolvidos todos os profissionais de toda a Região.

A aceitação e o reconhecimento desta tarefa, contribuíram para a Dra. Ana Jorge, Ministra da Saúde da Mulher Criança e Adolescente, fazendo publicar o Despacho nº 9872/2010. Este formaliza a existência das CRSMCA e dá suporte legal de novo às UCF e assume o modelo de regionalização de cuidados perinatais e pediátricos preconizado pelo PNSMI como eficiente e efectivo a ser preservado.

SITUAÇÃO ACTUAL

A publicação deste Despacho permitiu também constituir as UCF inter-hospitalares pediátricas e perinatais e coordenar a actividade interhospitalar nas Áreas Diferenciadas, imprescindível para consolidar a Regionalização de cuidados pediátricos e perinatais.

Evitou-se a proliferação das áreas diferenciadas, garantiram-se os circuitos assistenciais com equidade, descentralizaram-se os cuidados de proximidade a toda população e manteve-se a concentração bem sucedida das situações de risco nos serviços devidamente apetrechados para tal. Este modelo é aceite pelos profissionais e utentes, é reconhecido internacionalmente como o mais eficiente e efectivo e comprovado com os resultados obtidos ao longo dos anos na Região.

O Transporte neonatal e pediátrico inter-hospitalar,

efectuado pela mesma equipa, tem sido um instrumento imprescindível para assegurar a articulação inter-hospitalar, promover a comunicação, cooperação e complementaridade e garantir um processo de avaliação e formação contínuas.

Graças ao reconhecimento e apoio dos sucessivos presidentes da ARS Centro, a CRSMCA tem assegurado a coordenação e continuidade deste sistema. A continuidade destas relações profissionais e interinstitucionais está dependente deste apoio, imune a qualquer influência político-partidária e da manutenção da CNSMCA como principal defensor do PNSMI.

RECOMENDAÇÃO

Ao longo da história, este modelo internacionalmente reconhecido, nem sempre foi (re)conhecido e acautelado. A continuidade dos processos foi possível graças ao espírito de Missão e crença de grandes profissionais que foram cumprindo o papel de advogados dos interesses da Mulher e da Criança. Os interesses das crianças só podem ser defendidos por quem conhece, sente quer e deve resolver os seus problemas.

Quem não conhece o passado nem respeita as referências põe o futuro ameaçado. É urgente ensinar as bases do sucesso aos jovens, mobilizá-los para os Deveres de Cidadania, e continuar a defender o PNSMI como um património nacional.

A CNSMCA, as Sociedades Científicas (SPP), a DGS em conjunto devem ser os seus advogados e TÊM o dever de comunicar e informar continuamente a tutela, sob pena de mesmo que involuntariamente se pôr em causa este Património.

Em 2015 a CRSMCA é composta por: José Carlos Peixoto (Coordenador), Alzira Venâncio, Ivone Saavedra, José Dias, José Órfão, Lina Ramos, Lúcio Almeida, Maria João Bilelo e Odete Santos.



O FUTURO

Jorge Manuel Saraiva¹⁴



(14) Médico Pediatra e Geneticista. Integrou as Comissões nomeadas em 2009_Desp. 21929 de 1 de Outubro, 2012_Desp. 11610 de 28 de Agosto. Preside à Comissão foi nomeado em 2014_desp. 11917 de 25 de Setembro

A atual Comissão Nacional da Saúde Materna da Criança e do Adolescente (CNSMCA) delineou como objetivos para o biénio 2014-2016, em continuidade com as anteriores, e por forma a consolidar a qualidade dos cuidados de saúde e a introduzir inovação que responda a necessidades ainda sem resposta adequada ou a desafios das mudanças geodemográficas, tecnológicas e da sociedade:

- O reforço da cooperação com as Comissões Regionais da Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente, com a realização de uma reunião

anual, consensualização de indicadores a coligir homogeneamente ao longo de 2015 para avaliação inter-regional e intrarregional, simultaneamente com estímulo à normal atividade das Unidades Coordenadoras Funcionais, Comissões Regionais Inter-hospitalares e boas práticas partilhadas;

- Participação na definição de novos indicadores que devem evoluir por forma a reduzir o desperdício resultante da redundância de cuidados e passar a medir resultados e não meramente processos, reforçando a centralidade da grávida e da criança;

- A reorganização dos cuidados de saúde hospitalares através das Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência, dos Centros de Referência e dos Cuidados Continuados Integrados e dos Cuidados Paliativos Pediátricos;
- A oficialização do especialista consultor para incentivar a articulação entre especialidades hospitalares e cuidados de saúde primários e inter-hospitalares, concretizando o modelo previsto no Orçamento de Estado para 2015;
- A preparação da introdução pela primeira vez em Portugal do rastreio pré-natal de trissomia 21 com avaliação da implementação do rastreio pré-natal não invasivo;

Cumprir recordar que já em 2015 foi aprovada a isenção das taxas moderadoras até aos 18 anos, com efeitos a 1 de maio; foi introduzida no Programa Nacional de Vacinação a vacina conjugada anti-pneumocócica 13-valente para as crianças nascidas este ano e a partir do dia 1 de julho de 2015; foi proibida a venda de álcool a menores; e foi reforçada a especificidade do atendimento hospitalar pediátrico com o atendimento total de crianças nos serviços de urgência médico-cirúrgicos, polivalentes e urgência polivalente pediátrica em áreas específicas exclusivamente pediátricas, incluindo a triagem e obrigatoriamente com um sistema que tenha em conta a especificidade da criança; foram aprovados o Fundo para a Investigação em Saúde, o Programa Integrado de Promoção da Excelência em Investigação Médica e a Estratégia Integrada para as Doenças Raras 2015-2020; e em breve será aprovado o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.

A CNSMCA tem procurado potenciar a efetividade da sua intervenção com articulação com outras estruturas da

Direção Geral da Saúde e desenvolver alianças estratégicas com outras entidades incluindo as sociedades científicas (Sociedade Portuguesa de Pediatria, Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetria e Ginecologia, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução e Sociedade Portuguesa de Obstetria e Medicina Materno Fetal).

DOCUMENTOS E LEGISLAÇÃO



Acesso a esta brochura,
a documentos relevantes e à
legislação mais significativa,
ordenada por ordem cronológica.

Ler o QR Code

Utilizar smartphones ou tablet,
equipados com câmara e uma aplicação
para leitura de QR Code.