

## **Organização da assistência materno-infantil e pediátrica em Portugal**

### **Introdução**

Os circuitos assistenciais para a grávida, criança e adolescente, estão definidos desde 1990. Para garantir o acesso universal e equidade, todas as crianças devem ter acesso aos médicos de família mas podem e devem ter acesso aos Pediatras se for necessária a sua intervenção. Se os limites de competência ou a logística dos Centros de Saúde forem ultrapassados, devem existir protocolos bem definidos com o Serviço de Pediatria da sua Rede de Referência, que garantam, partilha assistencial, comunicação e formação contínua. As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) são vitais para esta tarefa.

Em 22 Fevereiro de 2008 foi publicado o Decreto – Lei nº 28/2008, que caracteriza e cria os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) . Neste Decreto-Lei, são extintas as Sub-Regiões de Saúde, que até agora, eram as responsáveis pela nomeação e apoio logístico às Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF). Em todo o Decreto não há uma palavra sobre UCF. Não há uma orientação sobre a necessidade de Consultas de Referência, Pediatras Consultores e ou articulação com os Serviços de Pediatria, Neonatologia e Obstetrícia. Está no entanto prevista a criação de uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

Receamos estar perante uma subavaliação da importância da articulação entre os ACES/CS e os Serviços de Pediatria e de Neonatologia ou uma desvalorização do papel fundamental que as UCF têm desempenhado nesta Área.

Neste momento, está disponível para consulta e discussão pública no site do Alto Comissariado para a Saúde (<http://www.acs.min-saude.pt/2008/04/04/>) e no site da SPP (<http://www.spp.pt>), a proposta da Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescente (CNSCA) para a Carta Hospitalar de Pediatria. É preciso encontrar soluções para as situações de fronteira da assistência pediátrica em Portugal. A ocasião justifica uma reflexão partilhada sobre a assistência materno-infantil em Portugal.

### **Balanço**

A organização da assistência materno - infantil em Portugal tem vindo a ser consolidada desde 1990 cumprindo o Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil (PNSMI) <sup>(1-3)</sup>. Tem sido um processo dinâmico, contínuo, visando a concretização faseada de objectivos bem definidos.

Os excelentes resultados obtidos nesta área assistencial <sup>(3,4)</sup> e o modo como se rentabilizaram os recursos, fazem desta organização um modelo a seguir e um exemplo de eficiência e efectividade.

Em época de reformas, numa tentativa louvável de lutar contra o desperdício financeiro do SNS, é necessário afirmar que a organização materno-infantil não é a responsável pelo desperdício e não necessita ser reformada mas sim, consolidada.

Não excluindo a organização materna e infantil da onda reformista e sem se fazer um balanço correcto dos factores de sucesso, permite-se que questões levantadas há 20 anos quando da discussão do PNSMI, que a história se encarregou de resolver, voltem a entrar na agenda dos profissionais.

Aos profissionais e a quem de facto conhece a realidade, compete fornecer a informação adequada para que não seja por falta de informação, que se comprometa, mesmo que involuntariamente, este património nacional.

Desde 1990 até 2007, com o cumprimento do PNSMI conseguiu-se garantir uma cobertura em **Saúde Materna e Neonatal** quase universal e uma equidade assistencial. Os circuitos assistenciais, o papel dos médicos de família, dos obstetras, dos neonatologistas, os protocolos interinstitucionais, as consultas de referência, os protocolos de transferência ante-natal, o transporte neonatal, as redes de referência, a carta hospitalar neonatal, a acção das UCF, a distribuição dos recursos estão perfeitamente definidos e relativamente consolidados. (3,6,7,8,9,10)

Com as interrupções sucessivas e atrasos na renomeação das Comissões Nacionais, a quem tem competido coordenar este processo, têm surgido problemas de coordenação pondo em causa a continuidade do sistema. As UCF e a adesão dos profissionais, foram ao longo dos anos o suporte e a garantia da continuidade do PNSMI e da manutenção das relações interprofissionais e interinstitucionais.

Em relação à **Saúde Infantil e dos Adolescentes**, a organização dos circuitos assistenciais nunca chegou a ser consolidada. Em 1998, (11) aproveitando a boa experiência das UCF materno infantis, tentou-se individualizar o modelo para as crianças e adolescentes, mas este processo emperrou por falta da coordenação e da continuidade referidas, devido às mudanças sucessivas de tutela e às indefinições políticas nesta área. As UCF Pediátricas foram nomeadas a nível nacional(11). têm funcionado autonomamente, mas actualmente estão sem coordenação e em risco, se não se rectificar rapidamente o despacho 12917/98 (2ª série), criando alternativas às extintas Sub-Regiões previstas no Decreto-Lei nº 28/2008 atrás citado. Apesar disto e aproveitando a dinâmica das UCF Materno-Neonatais, muitas estão consolidadas e a cumprir com sucesso as suas funções.

Para além da falta de coordenação, está por definir a Rede Hospitalar Pediátrica, actualmente submetida a discussão pública pela CNSCA, não se generalizaram as Consultas de Referência entre Centros de Saúde e os Serviços de Pediatria, não se definiram bem os papéis dos Pediatras nem dos Médicos de Família e salvo honrosas excepções, os Serviços de Pediatria não se adaptaram para cumprir o papel que lhes competia na assistência aos adolescentes.

Com esta indefinição levantam-se os mesmos instintos corporativos de há 20 anos, sobre quem e como deve assistir as nossas crianças.

A nossa história recente, a evolução dos indicadores (4,5), a análise da estrutura actual, a eficácia e eficiência de alguns processos instalados, permitem-nos sugerir de forma racional e realista algumas soluções para o problema.

Se esta análise não for efectuada e a informação correcta não for veiculada corremos o risco de as actuais mudanças legislativas em curso comprometerem todo o sistema de vigilância. Cito como exemplo:

- Os novos modelos de gestão empresarial podem questionar as relações interhospitalares e as relações com os Centros de Saúde previstas nas Redes de Referência.
- Os novos contratos programa podem não prever o tempo necessário para os elementos das UCF cumprirem as suas acções de avaliação e formação fora das Instituições a que pertencem
- O termo das Sub Regiões deixam o decreto das UCF desactualizado e nada está previsto para o substituir.
- A nova legislação que regulamenta os ACES não expressa a acção das UCF nem aponta uma iniciativa para definir referência com os hospitais.

### **Situação Estrutural actual: Resultados**

- No actual sistema, a cobertura nacional em Saúde Infantil (cuidados primários) ronda os 90%.
- 85% desta actividade é actualmente executada pelos Médicos de Família (Quadro 1)
- Se esta actividade, actualmente desempenhada pelos médicos de família fosse da exclusiva responsabilidade pediátrica daria um acréscimo de 2000 consultas por ano por pediatra, à actividade média normal dos pediatras. (Quadro 2)
- Em 2005, existiam em Portugal 1389 Pediatras, dos quais 430 tinham acima dos 60 anos. (Quadros 3)
- Desde 2003 está em curso um plano de formação de pediatras para 10 anos, com cerca de 50 admissões por ano. Na prática este ritmo de formação vai apenas colmatar a saída de colegas para a aposentação. Se for cumprido está longe de provocar excesso de Pediatras. <sup>(12)</sup>
- O rácio crianças: Pediatra em 2005 era de 1117:1. Está entre o rácio proposto para os EUA e o da média Europeia. <sup>(13, 14)</sup> Existe uma assimetria significativa na distribuição dos Recursos humanos. Lisboa tem mais hospitais, menos CS, muito mais Pediatras e muito menos MF para a população a servir em relação ao resto do País. O êxodo recente de Pediatras para o sector privado pode comprometer o equilíbrio na distribuição dos recursos. (Quadros 4,5)
- O modelo adequado para o País pode não ser o mesmo para Lisboa. Em Lisboa não há número de médicos de família suficientes para garantir o movimento assistencial que se exige ao resto do país. No resto do País não há actualmente Pediatras suficientes para cooperar nas acções a nível dos cuidados primários, e a solução do Pediatra Consultor para cada ACES/CS é posta em causa.

## **Soluções**

- 1 - Os resultados nos indicadores MI e a história, demonstraram que os a competência em Saúde Infantil e Obstétrica, adquirida na Especialidade de Medicina Geral e Familiar pelos Médicos de Família tem-lhes permitido prestar assistência com eficácia à Grávida, Criança e Adolescente a nível dos cuidados primários, sendo neste momento imprescindíveis para continuar a exercer esta tarefa. (Figura 1)
- 2 - O número de Pediatras existente em Portugal tornam inviável, pelo menos a médio prazo, uma solução exclusivamente Pediátrica para o problema.
- 3 - Uma solução exclusivamente com Médicos de Família não permite garantir equidade na assistência. A solução ideal exige a cooperação e complementaridade entre os dois grupos de profissionais e a articulação efectiva entre os ACES/CS e Serviços de Pediatria.
- 4 - A experiência que Portugal tem nesta área há 18 anos, através do Programa das UCF, é modelar, eficaz e eficiente e deve ser aproveitada e consolidada. Basta seguir o exemplo das Consultas de Referência Obstétrica, das UCF Materno - Neonatais e das UCF Pediátricas em acção. <sup>(15,16)</sup> (Figura 1,2)

5 – Até que nova legislação seja aprovada, as ARS devem substituir o papel que até agora pertencia às Sub Regiões na nomeação e apoio logístico às UCF.

6 - Todos os Serviços de Pediatria a criar com a Rede Hospitalar Pediátrica, actualmente em discussão, devem prever no Ambulatório, uma Consulta de Referência, que garanta a assistência solicitada pelos Médicos de Família dos ACES/CS da sua área de referência (a definir), vias de comunicação eficazes e um programa de avaliação e formação contínua. (Figura 2)

7 – Nos locais onde seja possível, esta actividade pode ser efectuada com a nomeação de Pediatras Consultores para os ACES/CS da sua Rede de referência como consta da proposta da CNSCA.

8 – As UCF são responsáveis por garantir esta articulação, criando protocolos interinstitucionais com todos os S de Pediatria e ACES/CS que se venham a constituir na Rede actualmente em discussão, e coordenar os processos de avaliação e formação.

9 – As Unidades de Recursos Assistenciais Integrados e o Conselho Clínico prevista no Decreto - Lei 28/2008 para a criação dos ACES devem incluir as UCF para solucionar as situações de interface na área Materna e Infantil.

10 – É necessário rectificar a Coordenação Nacional e Regional das UCF. Se a Coordenação Nacional for "intermitente" como até aqui, é fundamental criar e ou apoiar as Comissões Regionais até agora, responsáveis por esta tarefa.

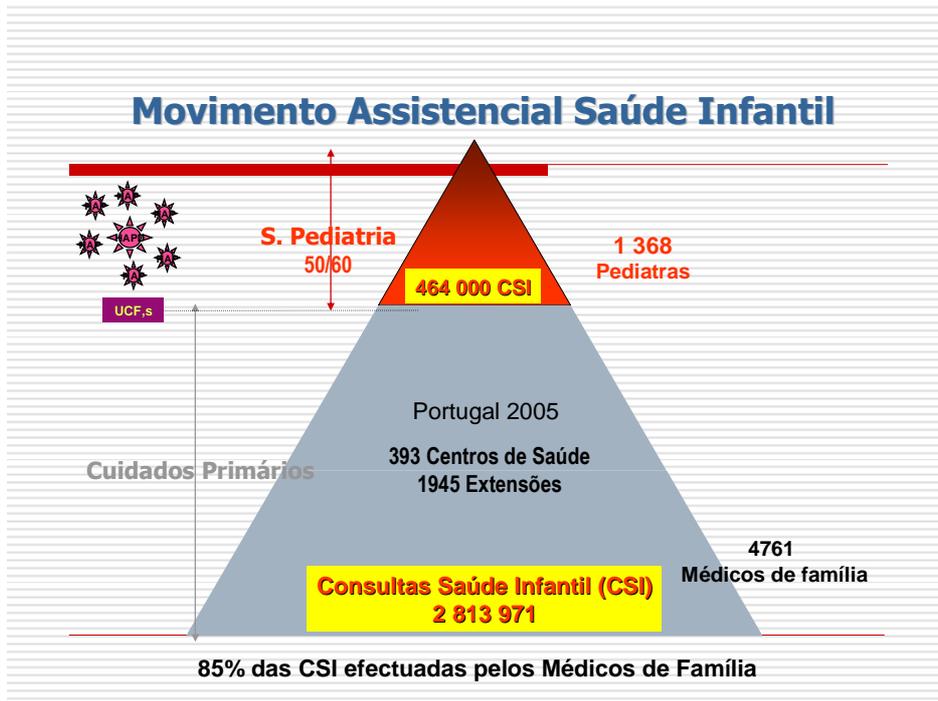
11 – Os contratos programa que as ARS efectuam anualmente com os Hospitais/ACES/CS devem contemplar todo o tempo necessário para que os elementos das UCF cumpram esta actividade e dotar os Serviços de Pediatria com os recursos humanos necessários para esta actividade. São necessários 2-3 Pediatras em cada hospital para cumprir esta tarefa.

12 – Embora não abordado neste documento, nos mesmos contratos programa devem estar contempladas todas as relações inter hospitalares necessárias para satisfazer a assistência nas Sub especialidades e Valências só existentes nos S Centrais de Pediatria.

13 – Todos os Serviços de Pediatria devem desenvolver uma Equipa Multidisciplinar para assistir Jovens e Adolescentes referenciados pelos Médicos de Família da sua Rede de Referência.

José Carlos Cabral Peixoto\*.

\* Membro da Ex-Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal

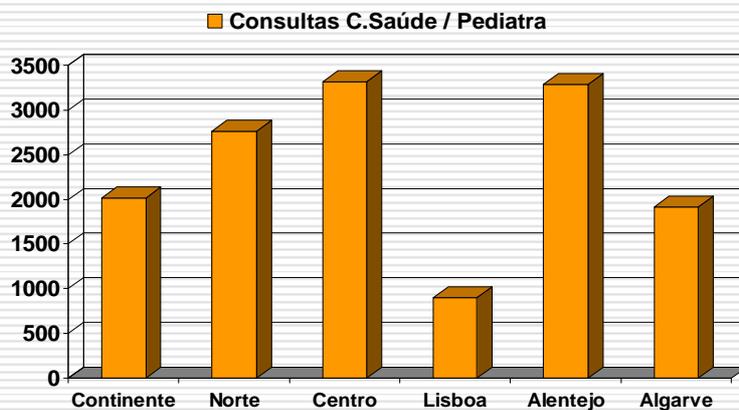


INE 2007

QUADRO 1

A taxa de cobertura em Saúde Infantil a nível nacional ronda os 90%. 85% das consultas de Saúde Infantil são efectuadas nos cuidados primários. (Não inclui urgências). Os Médicos de Família (MF) são imprescindíveis e a história demonstrou que estão habilitados para exercer esta actividade. A cooperação e complementaridade entre Pediatras e MF e a articulação entre os dois níveis de cuidados são fundamentais para garantir equidade no actual sistema.

## Consultas de Saúde Infantil por Pediatra

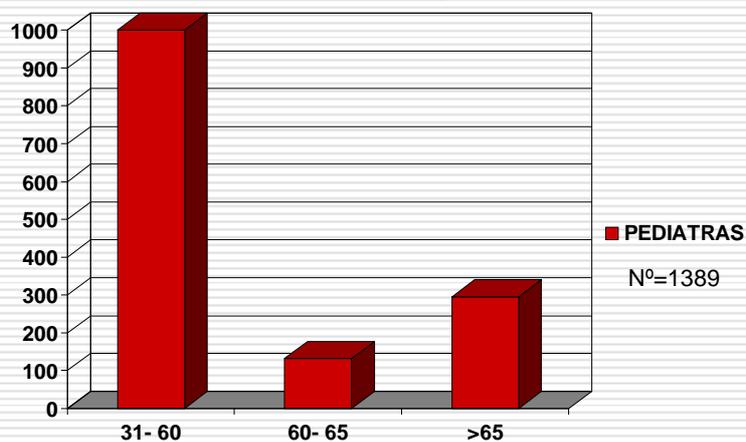


QUADRO 2

INE 2007

Para exercer a actividade anterior exclusivamente com Pediatras, seria necessário que cada Pediatra efectuasse além da sua actividade normal, mais 2000 consultas por ano em média.

## Idade dos Pediatras 2005



430 Pediatras acima dos 60 anos

INE 2007

### QUADRO 3

#### **O nº de Pediatras para as necessidades actuais ainda é insuficiente.**

Em 2005, existiam em Portugal 1389 Pediatras, dos quais 430 tinham acima dos 60 anos. Desde 2003 está em curso um plano de formação de pediatras para 10 anos com cerca de 50 admissões por ano.<sup>(12)</sup> Na prática este ritmo de formação vai colmatar a saída de colegas para a aposentação. Se for cumprido está longe de provocar excesso de Pediatras.

## Cuidados Primários - distribuição recursos humanos

	C. Saúde (extensões)	Pediatras	M. Família
Portugal	378 - 1930	1389	4761
Norte	109-430	460	1683
Centro	109-767	219	1303
Lisboa	54-168	610	1327
Alentejo	59-347	56	299
Algarve	16-68	44	149

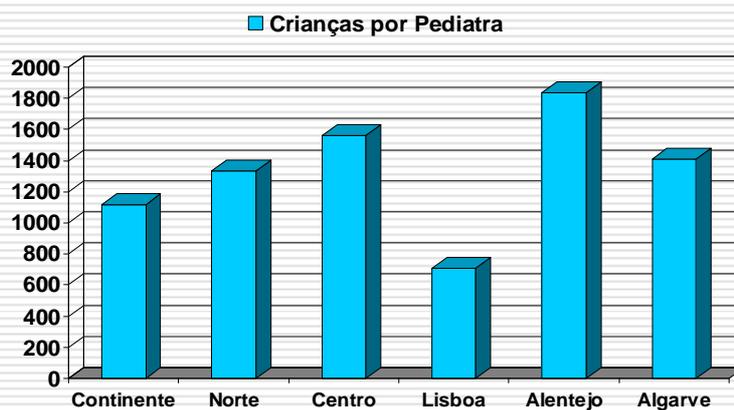
INE; OM 2005

QUADRO 4

### Assimetria na Distribuição dos Recursos Humanos

O número de Centros de Saúde e Hospitais em cada Região, condicionou ao longo dos anos, em parte a distribuição dos Recursos Humanos. A distribuição dos Centros de Saúde e respectivas extensões a nível nacional, assenta muito mais em critérios geográficos do que pela população servida. Tal facto justifica que a Região de Lisboa com quase o dobro da população em relação à Região Centro tenha metade dos Centros de Saúde desta, muito menos clínicos gerais e muitos mais pediatras para a população a servir. Estes números têm de ser tomados em conta para as soluções propostas para a Assistência Materna e Infantil. A solução para Lisboa pode não ser viável no resto do país ou vice-versa.

## Crianças por pediatra 2005



INE 2005

### QUADRO 5

Tendo em conta o rácio Crianças: Pediatras médio na Europa (2000:1)<sup>(13)</sup> e proposta nos EUA <sup>(14)</sup> o rácio de (1110:1) nacional não significa carência mas assimetria na distribuição.

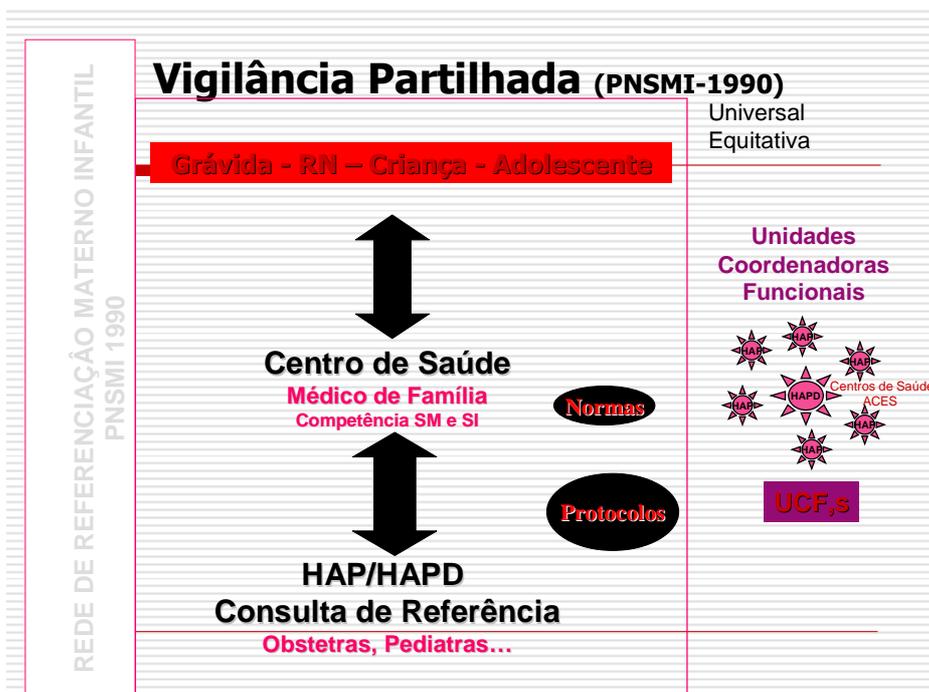
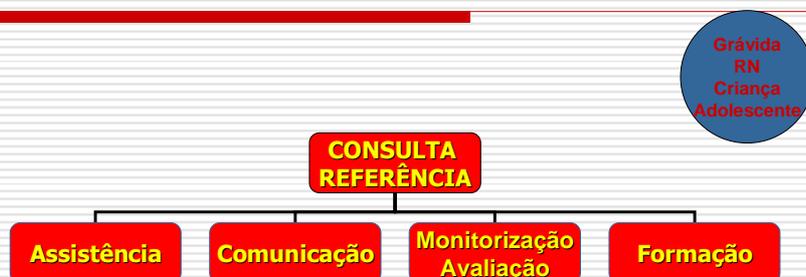


FIGURA 1

Desde 1990 estão definidos os circuitos assistenciais para a grávida, criança e adolescente. Para garantir o acesso universal e equidade, todas as crianças devem ter acesso aos médicos de família mas podem e devem ter acesso aos Pediatras se for necessária a sua intervenção. Se os limites de competência ou a logística dos CS forem ultrapassados, devem existir protocolos bem definidos (UCF) com o Serviço de Pediatria da sua Rede de Referência, que garantam, partilha assistencial, comunicação e formação contínua. AS UCF são vitais para esta tarefa.

# Proposta de Organização

## Consulta de Referência



II ENCONTRO REGIONAL DAS UCF's PEDIÁTRICAS  
16 Março 2006  
CRSMC – UCF's

**FIGURA 2**

As Consultas de Referência são fundamentais para as situações de Interface. Exigem a criação de protocolos de articulação bem definidos e permitem o movimento ideal para justificar a comunicação e formação entre os dois grupos de profissionais.

Para esta solução a CNSCA propõe a figura dos Pediatras Consultores. Esta solução será difícil de implementar no Centro e Norte pela escassez de Pediatras e excesso de Centros de Saúde e extensões. Copiando o modelo neonatal e aproveitando os bons exemplos de UCF Pediátricas <sup>(15,16)</sup> podemos generalizar este modelo com certezas de que dará resultados positivos.

**Under-five mortality rankings**

The following list ranks countries and territories in descending order of their estimated 2005 under-five mortality rate (U5MR), a critical indicator of the well-being of children. Countries and territories are listed alphabetically in the tables that follow.

	Under 5 mortality rate (2005)		Under 5 mortality rate (2005)		Under 5 mortality rate (2005)			
	Value	Rank	Value	Rank	Value	Rank		
Sierra Leone	282	1	Guyana	63	66	Bulgaria	15	123
Angola	269	2	Huamala	61	67	Comilla	15	124
Algerianistan	257	3	Timor-Leste	61	68	Mauritius	15	125
Niger	256	4	Marshall Islands	58	69	Serbia and Montenegro (pre-cession)	15	126
Liberia	235	5	Korea, Democratic People's Republic of	58	70	Syrian Arab Republic	15	127
Dominika	235	6	Mongolia	49	71	Unopari	14	128
Mali	218	7	Georgia	45	72	Saint Lucia	14	127
Chad	208	8	Guatemala	43	73	San Lusia	14	127
Congo, Democratic Republic of the	205	9	Maldivas	42	74	Seychelles	13	129
Equatorial Guinea	205	9	Microsoes (Federated States of)	42	74	Antiga and Barbuda	13	130
Rwanda	203	11	Honduras	40	76	Barbados	12	140
Guinea-Bissau	200	12	Morocco	40	76	Bahamas	12	140
Cote d'Ivoire	195	13	Algeria	39	78	Cuba	12	140
Nigeria	194	14	Jurtema	39	78	Malaysia	12	140
Central African Republic	193	15	Tuvalu	38	80	China	12	140
Burkina Faso	191	16	Vanuatu	38	80	Bahrain	11	146
Burundi	190	17	Neopago	37	82	Kuwait	11	146
Zambia	182	18	Indonesia	36	83	Lebia	11	146
Ethiopia	184	19	Iran (Islamic Republic of)	36	83	Palau	11	146
Swaziland	180	20	Cape Verde	35	85	Chile	10	150
Benin	180	21	Brazil	33	89	Eswazi	9	151
Guinea	150	21	Egypt	33	89	Lituania	9	151
Cameroon	149	22	Philippines	33	89	United Arab Emirates	9	151
Mozambique	145	24	Dominican Republic	31	89	Hungary	8	154
Cambodia	142	25	Libanon	30	90	Eslovania	8	154
Togo	139	26	Nauru	30	90	Croacia	7	164
Gambia	137	27	Armenia	29	92	Colômbia	7	156
Senegal	136	28	Gambia	29	92	Estônia	7	156
Uganda	136	28	Solomon Islands	29	92	Polónia	7	156
Dibaudi	132	30	Turkey	29	92	United States	7	156
Lesotho	132	31	China	27	96	Australia	6	161
Zimbabwe	132	31	El Salvador	27	96	Canada	6	161
Iran	125	33	Mexico	27	96	Ireland	6	161
Maliawi	125	33	New Zealand	27	96	Israel	6	161
Mauritania	125	33	Jordan	26	100	Malta	6	161
Tanzania, United Republic of	122	36	Saudi Arabia	26	100	New Zealand	6	161
Botswana	120	37	Ecuador	25	102	United Kingdom	6	161
Haiti	120	37	Paraguay	24	103	Austria	5	168
Kenya	120	37	Togo	24	103	Belgium	5	168
Madagascar	119	40	Timor	24	103	Cyprus	5	168
Sao Tome and Principe	118	41	Occupied Palestinian Territory	23	106	Denmark	5	168
Dhana	112	42	Paraguay	23	106	France	5	168
Congo	108	43	Colômbia	21	106	Germany	5	168
Tajikistan	105	44	Grenada	21	106	Greece	5	168
Tajikistan	104	45	Gate	21	106	Israel, Republic of	5	168
Yemen	102	46	Thailand	21	106	Luxemburgo	5	168
Paquistão	96	47	Venezuela (Bolivarian Republic of)	21	106	Mônaco	5	168
São Tomé	91	48	Cook Islands	20	113	San Marino	5	168
Suécia	90	49	Jamaica	20	113	Portugal	5	168
Azerbaijão	89	50	Saint Kitts and Nevis	20	113	Espanha	5	168
Laos People's Democratic Republic	79	51	Saint Vincent and the Grenadines	20	113	Schweiz	4	182
Eritreia	79	52	Libyan Arab Jamahiriya	19	117	Czech Republic	4	182
Bhutan	76	53	Paraguay	19	117	Finlândia	4	182
Índia	74	54	Trinidad and Tobago	19	117	Japão	4	182
Nepal	74	54	Niel Nam	19	117	Coreia	4	182
Papua New Guinea	74	54	Abomán	18	121	Lituania	4	182
Bangladesh	72	57	Argentina	18	121	Noruega	4	182
Kazakhstan	72	57	Fiji	18	121	Eslovénia	4	182
Comoros	71	59	Russian Federation	18	121	Suecia	4	182

Relatório UNICEF 2007

**SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA 2006**

Due to the cessation in June 2006 of Montenegro from the State Union of Serbia and Montenegro, and its subsequent admission to the UN on 29 June 2006, disaggregated data for Montenegro and Serbia as separate States are not yet available. Aggregated data presented are for Serbia and Montenegro pre-cession.

**TABLE 7 Number of Live Births and Birth Rates for 2003 and IMR for 2001, 2002, and 2003 for Countries of > 2 500 000 With IMR Less Than That for the United States in 2002 and 2003**

Country <sup>a</sup>	No. of Births in 2003	Birth Rates 2003	IMR		
			2003	2002	2001
Hong Kong	46 965	6.9	2.3	2.3	2.6
Singapore	37 485	9.0	2.7	3.0	2.4
Japan	1 123 610	8.8	3.0	3.0	3.1
Finland	56 630	10.9	3.1	3.0	3.2
Sweden	99 157	11.1	3.1	3.3	3.7
Norway	56 458	12.4	3.4	3.5	3.9
Czech Republic	93 685	9.2	3.9	3.9	4.0
Spain	439 863 <sup>b</sup>	10.5 <sup>b</sup>	3.9	4.1	4.1
Greece	104 420	9.5	4.0	5.8	5.1
Portugal	112 515	10.8	4.1	5.0	5.0
Germany	706 721	8.6	4.2	4.2	4.3
Switzerland	71 848	9.8	4.3	4.5	5.0
France	760 300 <sup>b</sup>	12.7 <sup>b</sup>	4.4 <sup>b</sup>	4.4	4.5
Denmark	64 682	12.0	4.4	4.4	4.9
Austria	76 944	9.5	4.5	4.1	4.8
Italy	539 503	9.4	4.6	4.3	4.6
Australia	251 161	12.6	4.8	5.0	5.3
Netherlands	200 297	12.3	4.8	5.1	5.4
Israel	144 936	21.7	4.9 <sup>b</sup>	5.4 <sup>b</sup>	5.1 <sup>b</sup>
New Zealand	56 134	14.0	4.9	5.6	5.3
Korea	493 471 <sup>b</sup>	10.3 <sup>b</sup>	5.0 <sup>b</sup>	5.1	5.4
Ireland	61 517	15.4	5.1	5.1	5.7
United Kingdom	695 549	11.7	5.3 <sup>b</sup>	5.2	5.5
Canada	330 919 <sup>b</sup>	10.5 <sup>b</sup>	—	5.4	5.2
Cuba	136 795	12.2	6.3 <sup>b</sup>	6.5	6.2
United States	4 089 950	14.1	6.9	7.0	6.8

<sup>a</sup> Belgium is excluded because data are not available for 2002 or 2003.

<sup>b</sup> Provisional data.

Source: United Nations Demographic Yearbook, 2003

Pediatrics 2007

2006: Mortalidade infantil 3,3

Os Resultados reconhecidos internacionalmente apontam para o sucesso da MI em Portugal. Atingimos os indicadores dos países mais bem organizados. Há que identificar os factores de sucesso e não permitir que as reformas ponham em causa o que de bom se fez no País.

## Bibliografia

- 1 - Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde, Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro Diário da República, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008
- 2 –Relatório da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, 1989.
- 3 – Rede de Referenciação Hospitalar Materna e Infantil. Divisão da Saúde Materna Infantil e Adolescentes. Direcção Geral da Saúde, Novembro 2000.
- 4 – The state of the world’s children 2007. Relatório Mundial UNICEF 2007
- 5 - Annual Summary of Vital Statistics: 2005  
Brady E. Hamilton, PhDa, Arialdi M. Miniño, MPHa, Joyce A. Martin, MPHa, Kenneth D. Kochanek, MAa, Donna M. Strobino, PhDb and Bernard Guyer, MD, MPHb  
PEDIATRICS 2007; 119:345-360
- 6 - PROPOSTA DE CARTA HOSPITALAR. Criação das Redes Perinatais Regionais. COMISSÃO NACIONAL DA SAÚDE DA MULHER E CRIANÇA  
[http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/ECDB0EBC-8328-418A-A060-8DCAB1E876F5/0/propcartahosp\\_1999.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/ECDB0EBC-8328-418A-A060-8DCAB1E876F5/0/propcartahosp_1999.pdf)
- 7 - A Saúde Materna e Infantil em Portugal: uma história de um sucesso Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo Derechos, hechos y realidades. Buenos Aires, Agosto 2007  
<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E7A6BABD-57F6-41B7-AAB5-DE7A6835BB15/0/SMBuenosAires.pdf>
- 8 - Bases do Sucesso da Organização Materna e Infantil.  
[http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/157115B5-4BD4-42DF-8021-01FF0D90D76C/0/saudematerna\\_2004.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/157115B5-4BD4-42DF-8021-01FF0D90D76C/0/saudematerna_2004.pdf)
- 9 - Organização Perinatal Nacional. Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Comissão Nacional Materna e Neonatal.  
<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3B954880-DAE9-4D5B-BD5E-E80350EC8239/0/orgperinatal.pdf>
- 10 - Organização Perinatal Nacional (2). Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Comissão Nacional Materna e Neonatal  
[http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/11BC1174-31D8-4571-A83D-D0808E52E4E2/0/Org\\_Perinatal\\_Nacional.pdf](http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/11BC1174-31D8-4571-A83D-D0808E52E4E2/0/Org_Perinatal_Nacional.pdf)
- 11- Despacho nº 12917/98 (2ª série)- Criação da vertente da saúde infantil e dos adolescentes das UCF.
- 12 – Cálculo de Vagas para o Internato de Pediatria em 2006-2015. Daniel Virella. Acta Pediatr. Port 2005 36:101:103
- 13 - Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training Manuel Katz, MD\*; Armido Rubino, MD‡; Jacqueline Collier, *Pediatrics* 2002;109:788 –796
14. American Academy of Pediatrics. The Future of Pediatric Education II: Organizing Pediatric Education to Meet the Needs of Infants, Children, Adolescents, and Young Adults in the 21st Century. PEDIATRICS Vol. 105 No. 1 January 2000 (suplement)
- 15 – Relatório das UCF da ARS Norte  
[http://www.arsnorte.minsaude.pt/downloads/Relatorio\\_UCF\\_NORTE\\_2006\\_PA\\_2007.pdf](http://www.arsnorte.minsaude.pt/downloads/Relatorio_UCF_NORTE_2006_PA_2007.pdf)

16 – Comissão Regional da Saúde da Mulher e Criança Região Centro.  
II Encontro Regional das UCF da Região Centro. Março 2006.