

Visto.
Concordo com o teor do documento apresentado pela
CNSMCA.
Remeta-se à DE-SNS,I.P., para promover a consulta pública,
com brevidade.

Comissão Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

Proposta de rede referenciação neonatal

2025

A atual rede de referenciação neonatal em Portugal apresenta assimetrias regionais relevantes, tanto na capacidade instalada (número de camas) como no grau de diferenciação dos cuidados prestados. Considerando as capacidades existentes, as respetivas forças e fragilidades e o enquadramento nas subespecialidades pediátricas, a Comissão Nacional para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (CNSMCA), nomeada em 2024, após auscultação de intervenientes da área da Neonatologia, propõe a organização dos cuidados em três níveis hierárquicos, com subdivisões nos níveis mais diferenciados. Este modelo visa adequar os cuidados às necessidades específicas de diferentes grupos de recém-nascidos, nomeadamente os pré-termo, e assegurar a prestação de cuidados integrados em articulação com outras especialidades pediátricas e médicas. Sendo fundamental que os cuidados neonatais altamente diferenciados sejam prestados em articulação com cuidados obstétricos diferenciados, torna-se fundamental que exista o máximo de coerência entre as redes. Por outro lado, os riscos associados ao transporte pós-natal do recém-nascido gravemente doente aconselham que o nascimento ocorra no hospital onde existem todos os recursos para o tratamento do recém-nascido. Antecipando-se a necessidade de apoio de sub-especialidades pediátricas ou de outras especialidades, particularmente em situações com diagnóstico pré-natal de patologia malformativa ou outra, devem ser feitos todos os esforços para que o nascimento ocorra numa maternidade localizada em hospital terciário que disponha das valências que se prevêem necessárias no mesmo edifício

Em consequência das assimetrias regionais identificadas, será importante ter em consideração as áreas de influência primária, secundária e terciária para cada unidade, recomendando-se que a capacidade de resposta seja adequada à procura previsível, de modo a evitar estrangimentos frequentes em determinados segmentos da rede.

Esta proposta segue modelos organizacionais adotados por vários países europeus, como o Reino Unido (*British Association of Perinatal Medicine*), França (*Haute Autorité de Santé*), e a Alemanha (*Gemeinsamer Bundesausschuss*), que também estruturam os cuidados neonatais em três níveis com referência centralizada para patologias complexas. Estes sistemas têm demonstrado que a implementação de modelos hierarquizados robustos contribuem para melhores resultados perinatais, especialmente na grande prematuridade.

HOSPITAIS DE NÍVEL I

Os hospitais de Nível I devem assegurar cuidados neonatais básicos, estando por isso obrigados a dispor de um Serviço de Pediatria com capacidade para prestar cuidados adequados a recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 34 semanas completas, em regime de alojamento conjunto ou numa Unidade de Neonatologia, cuja assistência será assegurada por um Pediatra em presença física, mas não necessariamente dedicado apenas à assistência aos recém-nascidos aí internados.

SERVIÇOS A OFERECER À POPULAÇÃO

A Unidade de Neonatologia do Serviço de Pediatria deve ter capacidade para assegurar os seguintes cuidados neonatais:

- Garantir reanimação neonatal imediata, sempre que necessária, em conformidade com as recomendações internacionais;
- Realizar avaliação clínica e cuidados pós-natais a recém-nascidos de termo saudáveis, devendo todos os recém-nascidos ser observados por um Pediatra pelo menos uma vez antes da alta hospitalar, idealmente nas primeiras 24 horas de vida;
- Proceder à estabilização inicial de recém-nascidos doentes e de prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas, até à sua transferência para unidades com maior diferenciação, através do sistema de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP);
- Assegurar a continuidade dos cuidados a recém-nascidos convalescentes e estáveis, após transferência de unidades de maior complexidade, incluindo uma consulta de seguimento após a alta, que deverá funcionar em articulação com a consulta do hospital de nível superior onde o recém-nascido foi tratado inicialmente.

RECURSOS HUMANOS

De acordo com o relatório europeu do *EuroNeoNet* e as normas de *staffing* da ESPR (*European Society for Paediatric Research*), a qualificação das equipas tem impacto direto na morbilidade e mortalidade neonatal, sendo prioritária a alocação de recursos humanos adequados, mesmo em unidades de menor diferenciação.

Deste modo, a coordenação da Unidade de Neonatologia deve ser, preferencialmente, assegurada por um Pediatra com treino específico Neonatologia (subespecialidade ou Ciclo de Estudos Especiais). Toda a equipa médica do Serviço de Pediatria deverá ter formação e experiência na prestação de cuidados neonatais de rotina, garantindo práticas clínicas baseadas na melhor evidência. A natureza assistencial da unidade recomenda igualmente a presença de enfermeiros com formação específica e experiência comprovada em cuidados neonatais.

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Para além das camas de internamento em regime de alojamento conjunto (a definir em articulação com o Serviço de Obstetrícia), recomenda-se a existência de 4 a 5 camas de cuidados neonatais especiais por cada 1000 nascimentos anuais na maternidade.

Esta recomendação está alinhada com os standards definidos por entidades como a *American Academy of Pediatrics* (AAP) e adaptada à realidade europeia segundo o relatório “*Standards for Neonatal Care*” (EFCNI, 2021).

HOSPITAIS DE NÍVEL II

Os hospitais de nível II constituem o patamar intermédio da rede de cuidados neonatais e devem apresentar uma casuística mínima de 1000 partos anuais. Devem dispor de uma Unidade de Neonatologia, que poderá ter em diferentes instituições dois subníveis de diferenciação — IIa e IIb — consoante o grau complexidade assistencial. Estas unidades devem garantir cuidados a recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 32 e 28 semanas, respetivamente, bem como a recém-nascidos de termo com patologia aguda que requeira internamento e monitorização. Os cuidados a recém-nascidos gravemente doentes, mas que não necessitem de técnicas altamente especializadas, podem ser assegurados nas unidades de nível IIb, em articulação com os hospitais de nível III.

Este modelo está alinhado com a prática adotada em países como o Reino Unido, cujas *Neonatal Operational Delivery Networks* distinguem unidades de cuidados especializados de cuidados intensivos, ou a Alemanha, que diferencia níveis IIa e IIb com base na disponibilidade de ventilação invasiva e subespecialização em Neonatologia.

SERVIÇOS A OFERECER À POPULAÇÃO

Unidades neonatais de nível IIa

As unidades de nível IIa devem assegurar cuidados neonatais especiais, nomeadamente:

- Internamento de recém-nascidos de termo com patologia aguda moderada;
- Internamento de prematuros com idade gestacional igual ou superior a 32 semanas com instabilidade fisiológica (ex. apneia da prematuridade, dificuldades na termorregulação, alimentação entérica não estabelecida), cuja evolução clínica se anteveja favorável e com baixa probabilidade de necessidade de transferência urgente;
- Reanimação e estabilização de recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas ou gravemente doentes, até à sua transferência pelo TIP;
- Continuidade de cuidados a recém-nascidos previamente internados em unidades de maior complexidade;
- Disponibilidade para administração de nutrição parentérica e ventilação não invasiva.

Unidades neonatais de nível IIb

As unidades de nível IIb devem assegurar cuidados neonatais intermédios e intensivos de menor complexidade, incluindo:

- Internamento de recém-nascidos de termo com patologia aguda moderada;
- Internamento de prematuros com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas com instabilidade fisiológica ou patologia aguda, desde que a evolução clínica previsível não justifique transferência imediata;
- Reanimação e estabilização de recém-nascidos inferior a 28 semanas ou gravemente doentes até à transferência pelo TIP;
- Continuidade de cuidados a recém-nascidos estabilizados provenientes de hospitais de Nível III;
- Capacidade para nutrição parentérica, ventilação não invasiva e ventilação invasiva convencional.

RECURSOS HUMANOS

Equipa médica

As unidades de nível II devem garantir a presença física contínua de profissionais com formação especializada em Neonatologia, sendo esta obrigatória nas unidades de Nível IIb:

- Nas unidades de Nível IIa, recomenda-se fortemente que exista, em permanência, pelo menos um pediatra com subespecialização em Neonatologia;
- Nas unidades de Nível IIb, a presença física de um Neonatologista é obrigatória, idealmente constituindo equipa com outro pediatra ou interno de 4.º ou 5.º ano da formação específica em Pediatria.

Na atividade assistencial diária, recomenda-se a seguinte dotação de médicos:

- 1 Pediatra para cada 3 camas de cuidados intensivos;
- 1 Pediatra para cada 8 camas de cuidados intermédios;
- 1 Pediatra para cada 20 camas de cuidados básicos;
- Deve ainda existir, adicionalmente, pelo menos um médico afeto à consulta de seguimento neonatal.

Visto.

Concordo com o teor do documento apresentado pela CNSMCA

Estas recomendações encontram-se em linha com os padrões de capital humano recomendados pela *The British Association of Perinatal Medicine Service and Quality Standards for Provision of Neonatal Care in the UK* (2022), que define rácios mínimos de profissionais médicos por nível de cuidados, e com os modelos adotados em redes integradas da França, Finlândia e Países Baixos, onde a formação em Neonatologia é pré-requisito para cobertura de cuidados diferenciados, mesmo em contextos não universitários.

Equipa de enfermagem

As equipas de enfermagem devem incluir profissionais com formação e experiência específica em cuidados neonatais, assegurando a cobertura contínua (24 horas por dia, todos os dias da semana). Devem respeitar os rácios mínimos definidos na legislação nacional (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro), sendo recomendados os seguintes rácios:

- 1 enfermeiro para cada 8 recém-nascidos em áreas de cuidados básicos;
- 1 enfermeiro para cada 4 recém-nascidos em cuidados intermédios;
- 1 enfermeiro para cada 2 recém-nascidos em cuidados intensivos.

A *European Foundation for the Care of Newborn Infants* (EFCNI), através dos *European Standards of Care for Newborn Health*, reforça que a adequação dos rácios de enfermagem tem impacto comprovado na redução de eventos adversos, infeções associadas aos cuidados e melhoria dos indicadores de neurodesenvolvimento em populações de risco.

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

As unidades de nível II devem dispor de instalações adequadas à prestação de cuidados diferenciados a recém-nascidos de risco moderado a elevado. As seguintes recomendações aplicam-se à sua dimensão e organização física:

- Cuidados intermédios – recomenda-se a existência de 5 camas por cada 1000 nascimentos anuais na respetiva área de influência primária e secundária, com um mínimo operacional de 8 camas por unidade;
- Cuidados intensivos (nível IIb) – entre 1 a 2 camas por cada 1000 nascimentos anuais na sua área de influência primária e secundária, dependendo do perfil assistencial da unidade e do grau de diferenciação funcional;
- Consulta de seguimento – devem estar disponíveis gabinetes de consulta equipados para a vigilância multidisciplinar de recém-nascidos em risco neurológico, incluindo avaliação do neurodesenvolvimento, acompanhamento de infeções congénitas, anomalias estruturais, prematuridade extrema, e outras situações de risco clínico relevante.

A organização do espaço físico deve ainda garantir áreas adequadas para amamentação, isolamento de infeções, vigilância neurológica e apoio à permanência da família, tal como recomendado pela *European Standards of Care for Newborn Health* (EFCNI, 2021) e refletido em práticas estruturais nos sistemas neonatais da Suécia, Áustria e Países Baixos, que priorizam a individualização do cuidado, privacidade e ambiente adequado para o desenvolvimento neurológico do recém-nascido.

Adicionalmente, a separação funcional entre os diferentes níveis de cuidados (básicos, intermédios, intensivos) deve ser assegurada, garantindo a segurança clínica, controlo de infeções e eficiência organizacional.

HOSPITAIS DE NÍVEL III

Os hospitais de Nível III constituem o patamar mais diferenciado da rede de cuidados neonatais e devem apresentar uma casuística mínima de 1500 partos anuais. A sua localização preferencial deve ser em Hospitais Universitários integrados em Centros Acadêmicos Clínicos, de forma a garantir sinergias entre a prática assistencial, a investigação e o ensino pós-graduado.

Estas unidades devem assegurar todos os cuidados neonatais descritos para os níveis I e II, abrangendo a população da sua área de referência direta. Adicionalmente, devem funcionar como centros de referência regional ou nacional para a abordagem de patologias neonatais complexas, sendo por isso dotadas de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) altamente diferenciadas, com acesso rápido e protocolado a múltiplas subespecialidades pediátricas e médicas, bem como a tecnologias avançadas.

A centralização dos recém-nascidos com patologia grave nestes centros visa garantir uma abordagem multidisciplinar, integrada e segura, tal como demonstrado por experiências internacionais (Reino Unido e na Alemanha, por exemplo), onde a concentração de casos complexos está associada a melhores resultados clínicos e menores taxas de morbilidade e mortalidade.

Os hospitais de nível III são também responsáveis pela formação e treino da subespecialidade de Neonatologia, devendo existir programas estruturados e acreditados para formação teórico-prática, idealmente com estágios rotativos em articulação com unidades de nível IIb.

SERVIÇOS A OFERECER À POPULAÇÃO

As unidades hospitalares classificadas como nível III devem prestar cuidados altamente diferenciados a recém-nascidos de todas as idades gestacionais, incluindo os mais prematuros (idade gestacional inferior a 28 semanas), e a recém-nascidos com patologia médico-cirúrgica complexa. Estas unidades subdividem-se em:

- Nível IIIa – unidades com capacidade para prestar cuidados intensivos neonatais a recém-nascidos de todas as idades gestacionais, incluindo ventilação invasiva, suporte hemodinâmico e nutrição parentérica, podendo providenciar de forma opcional óxido nítrico inalado e hipotermia terapêutica;
- Nível IIIb – unidades que, além de todas as competências acima, dispõem de equipas multidisciplinares permanentes para o tratamento integral da patologia médico-cirúrgica neonatal complexa, integrando Centros de Referência reconhecidos, por exemplo cardiopatias congénitas, ECMO, doenças metabólicas, coagulopatias e Oncologia Pediátrica.

As unidades de nível IIIb devem igualmente:

- Possuir tecnologia avançada de suporte de vida, nomeadamente ventilação convencional e de alta frequência, óxido nítrico inalado, hipotermia terapêutica, ECMO, técnicas dialíticas e de depuração renal;
- Ter capacidade para monitorização hemodinâmica e neurológica contínua (ex: NIRS, aEEG);
- Garantir articulação interna com serviços ou unidades de Cirurgia Pediátrica, Cardiologia Pediátrica, Neuropediatria, ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia e outras especialidades hospitalares com experiência neonatal;
- Concentrar o tratamento da patologia cirúrgica neonatal complexa (hérnia diafragmática congénita, atresia esofágica, gastrosquisis, onfalocelo, tumores congénitos), promovendo o tratamento integrado no mesmo centro de patologias que pela sua baixa incidência e necessidade de recursos altamente diferenciados e de abordagem multidisciplinar, beneficiam da sua concentração nestas estruturas com capacidade instalada.

De acordo com as boas práticas recomendadas pela *Haute Autorité de Santé* (França) e *Swedish National Board of Health*, recomenda-se que todas as valências necessárias à prestação destes cuidados estejam fisicamente concentradas na mesma unidade hospitalar, garantindo maior experiência no tratamento de doentes com patologia rara, a continuidade assistencial, maior segurança clínica e melhores desfechos para o recém-nascido crítico, evitando ainda o transporte de recém-nascidos instáveis entre diferentes hospitais, sempre que de forma atempada o diagnóstico pré-natal seja conhecido.

RECURSOS HUMANOS

Equipa médica

As unidades de Nível III devem dispor de uma equipa médica altamente diferenciada, constituída por dois ou três elementos, conforme a dimensão da unidade de número de partos, sendo pelo menos um deles um Neonatologista, que deve estar acompanhado por outro Neonatologista ou Pediatra com experiência em Neonatologia, podendo a equipa ser completada por um interno do 4.º ou 5.º ano da formação específica em Pediatria, idealmente como terceiro elemento.

Na atividade assistencial diária, recomenda-se a seguinte dotação:

- 1 Neonatologista para cada 2 camas de cuidados intensivos;
- 1 Neonatologista para cada 8 camas de cuidados intermédios;
- 1 Neonatologista para cada 20 camas de cuidados neonatais básicos;
- Acrescenta-se a necessidade de pelo menos um médico adicional afeto às consultas de seguimento.

Estes rácios seguem as orientações internacionais para unidades terciárias, nomeadamente as do *Royal College of Paediatrics and Child Health* (RCPCH, Reino Unido), da *American Academy of Pediatrics*, e as boas práticas consolidadas em centros neonatais da Suíça, Bélgica e Países Baixos, que associam a presença contínua de neonatologistas experientes à melhoria dos indicadores de sobrevivência, sobretudo em prematuros extremos e recém-nascidos com doença crítica.

Equipa de Enfermagem

As equipas de enfermagem devem ter formação específica em Neonatologia e experiência prática consolidada em cuidados intensivos e intermédios. A sua presença deve estar garantida 24 horas por dia, todos os dias da semana. A proporção recomendada de profissionais por nível de cuidados é:

- 1 enfermeiro para cada 2 recém-nascidos em cuidados intensivos;
- 1 enfermeiro para cada 3 a 4 recém-nascidos em cuidados intermédios;
- 1 enfermeiro para cada 8 recém-nascidos em cuidados básicos.

Estas recomendações estão de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro e refletem os rácios definidos pela *European Foundation for the Care of Newborn Infants* (EFCNI) que destacam a correlação entre dotação adequada de enfermagem e a redução de complicações como infeções nosocomiais, erros de medicação e falhas na vigilância clínica.

Deve ser promovida a formação contínua das equipas de enfermagem, com acesso a programas de simulação, atualização em ventilação e neurodesenvolvimento, e treino em situações críticas.

Visto.

Concordo com o teor do documento apresentado pela

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

CNSMCA
Remeta-se

As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de nível III devem estar dotadas de infraestruturas e equipamentos compatíveis com a prestação de cuidados altamente diferenciados a recém-nascidos com patologia crítica, médica e cirúrgica. As instalações devem garantir:

- Áreas de cuidados intensivos com dimensão e organização funcional adequadas, permitindo vigilância contínua e acesso imediato a recursos técnicos e humanos;
- Sistemas de monitorização neurológica e hemodinâmica avançada, incluindo: monitorização cerebral com aEEG, NIRS, ecografia à cabeceira (POCUS), monitorização invasiva de pressão arterial, oximetria, entre outros;
- Tecnologia para suporte vital complexo, como:
 - Ventilação convencional, de alta frequência e de transporte;
 - Óxido nítrico inalado;
 - Hipotermia terapêutica para encefalopatia hipóxico-isquêmica;
 - Técnicas de substituição renal (hemodiálise, hemofiltração);
 - ECMO (oxigenação por membrana extracorporeal) para insuficiência cardiorrespiratória refratária nos centros já reconhecidos.
- Bloco operatório e apoio cirúrgico pediátrico imediato, com capacidade para cirurgias neonatais de urgência e eletivas, idealmente dentro da mesma unidade hospitalar;
- Consulta de avaliação e seguimento multidisciplinar, incluindo avaliação do neurodesenvolvimento, infeções congénitas, anomalias estruturais, doença metabólica e vigilância de prematuros de risco.

Deve ainda existir uma forte articulação funcional:

- Com Unidades de Neonatologia de nível IIb, para referenciação e contra-referenciação estruturada;
- Enquanto Centros de Referência Nacionais (ex. Cardiopatias congénitas, Doenças metabólicas, ECMO, entre outros), permitindo uma coordenação eficiente e tratamento integral no mesmo centro.

Quanto ao seu dimensionamento, as unidades de nível III devem dispor de:

- Cuidados intermédios – recomenda-se a existência de 5 camas por cada 1000 nascimentos anuais nas respetivas áreas de influência primária, secundária e terciária, com um mínimo operacional de 8 camas por unidade;
- Cuidados intensivos – entre 2 e 3 camas por cada 1000 nascimentos anuais nas suas áreas de influência primária, secundária e terciária, dependendo do perfil assistencial da unidade e do grau de diferenciação funcional.

ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO NEONATAL

CLASSIFICAÇÃO DOS DIFERENTES HOSPITAIS POR NÍVEIS DE CUIDADOS

Área / Hospital	Nível	Observações
Norte		
Bragança	I	
Famalicão	I	
Póvoa do Varzim	I	
Penafiel	IIa	
Viana do Castelo	IIa	
Vila Real	IIa	
Matosinhos	IIb	
Vila da Feira	IIb	
Braga	IIIa	Cirurgia
Guimarães	IIIa	
Vila Nova de Gaia	IIIa	Cirurgia
São João	IIIb	Cirurgia neonatal complexa, CR Cardiopatias, Hipotermia, CR ECMO, CR Metabólicas, CR Coagulopatias, CR Oncologia, Nefrologia, Neurocirurgia
CMIN	IIIb	Cirurgia neonatal complexa, Hipotermia, CR Metabólicas, CR Coagulopatias, Nefrologia, Neurocirurgia
Centro		
Castelo Branco	I	
Covilhã	I	
Guarda	I	
Aveiro	IIa	
Leiria	IIa	
Viseu	IIa	
Coimbra	IIIb	Cirurgia neonatal complexa, CR Cardiopatias, Hipotermia, CR Metabólicas, CR Coagulopatias, CR Oncologia, Neurocirurgia

Área / Hospital	Nível	Observações
Lisboa e Vale do Tejo		
Abrantes	I	
Barreiro	I	
Caldas da Rainha	I	
Santarém	I	
Setúbal	I	
Vila Franca de Xira	I	
Cascais	IIb	
Loures	IIb	
Almada	IIIa	Cirurgia
Amadora-Sintra	IIIa	Cirurgia
São Francisco Xavier	IIIa	
MAC/HDE	IIIb	Cirurgia neonatal complexa, CR Cardiopatias, Hipotermia, CR Metabólicas, CR Coagulopatias, Nefrologia, Neurocirurgia
Santa Maria	IIIb	Cirurgia neonatal complexa, CR Cardiopatia, CR ECMO, Hipotermia, CR Metabólicas, CR Coagulopatias, Nefrologia, Neurocirurgia
Alentejo		
Beja (ULSBA)	I	
Portalegre (ULSNA)	I	
Évora (ULSAC)	IIb	
Algarve		
Portimão (ULSA)	I	
Faro (ULSA)	IIIa	Cirurgia, Hipotermia

ARTICULAÇÃO REGIONAL ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS

A articulação entre os diferentes níveis de cuidados neonatais é fundamental para garantir a prestação de cuidados adequados, no local certo e no tempo certo, minimizando riscos associados a atrasos no tratamento ou a transferências inadequadas.

Princípios Gerais

- Cada unidade neonatal deve integrar-se numa rede regional de cuidados neonatais, com definição clara da sua área de influência primária, secundária e terciária, em alinhamento com a Rede de Referência Neonatal, apoiada nas Redes de Referência Pediátrica e Obstétrica, conforme diagramas abaixo por regiões e sub-regiões de acordo com a área de influência das unidades de nível IIIb.
- A referência dos recém-nascidos deve respeitar a gravidade da situação clínica, a idade gestacional, de acordo com a tipologia e a capacidade diferenciada da unidade de destino:
 - Recém-nascidos com idade gestacional inferior a 28 semanas deverão ser centralizados em hospitais de Nível III (IIIa ou IIIb);
 - Recém-nascidos entre 28+0 e 31+6 semanas poderão ser acompanhados em hospitais de Nível IIb;
 - Recém-nascidos entre 32+0 e 33+6 semanas deverão ser acompanhados em hospitais de Nível IIa;
 - Recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 34 semanas deverão ser acompanhados em hospitais de Nível I.

Papel do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP)

O sistema de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) assume um papel crítico na garantia de transferências seguras e eficazes de recém-nascidos entre unidades, assegurando que:

- A transferência é efetuada por equipas especializadas em cuidados neonatais, compostas por pediatras e enfermeiros com formação específica em transporte neonatal;
- O transporte é iniciado apenas após estabilização clínica adequada do recém-nascido, em conformidade com protocolos validados de transporte neonatal (*Guidelines of Neonatal Transport*, EFCNI);
- A seleção da unidade de destino respeita a hierarquia definida na Rede de Referência Pediátrica/Neonatal e é adequada à situação clínica do recém-nascido;
- Excepcionalmente, e com a finalidade de criar uma vaga numa unidade de nível III, poderá ser solicitado o transporte de retorno de recém-nascidos estáveis para uma unidade menos diferenciada, desde que esse transporte não comprometa o funcionamento do TIP

De acordo com dados internacionais (ex.: *Vermont Oxford Network*), a mortalidade neonatal, na impossibilidade de transferência *in utero*, pode ser reduzida em até 30% quando as transferências de recém-nascidos de alto risco são realizadas para unidades de nível superior no momento adequado e com equipas especializadas. As Unidades de Neonatologia de nível II devem prestar os cuidados necessários à estabilização do recém-nascido pré-termo após o nascimento de forma que a transferência seja realizada no momento mais adequado a cada situação clínica, podendo em certos casos o momento da transferência ideal não corresponder a uma transferência nas primeiras horas de vida.

Gestão articulada de referência inter-regional

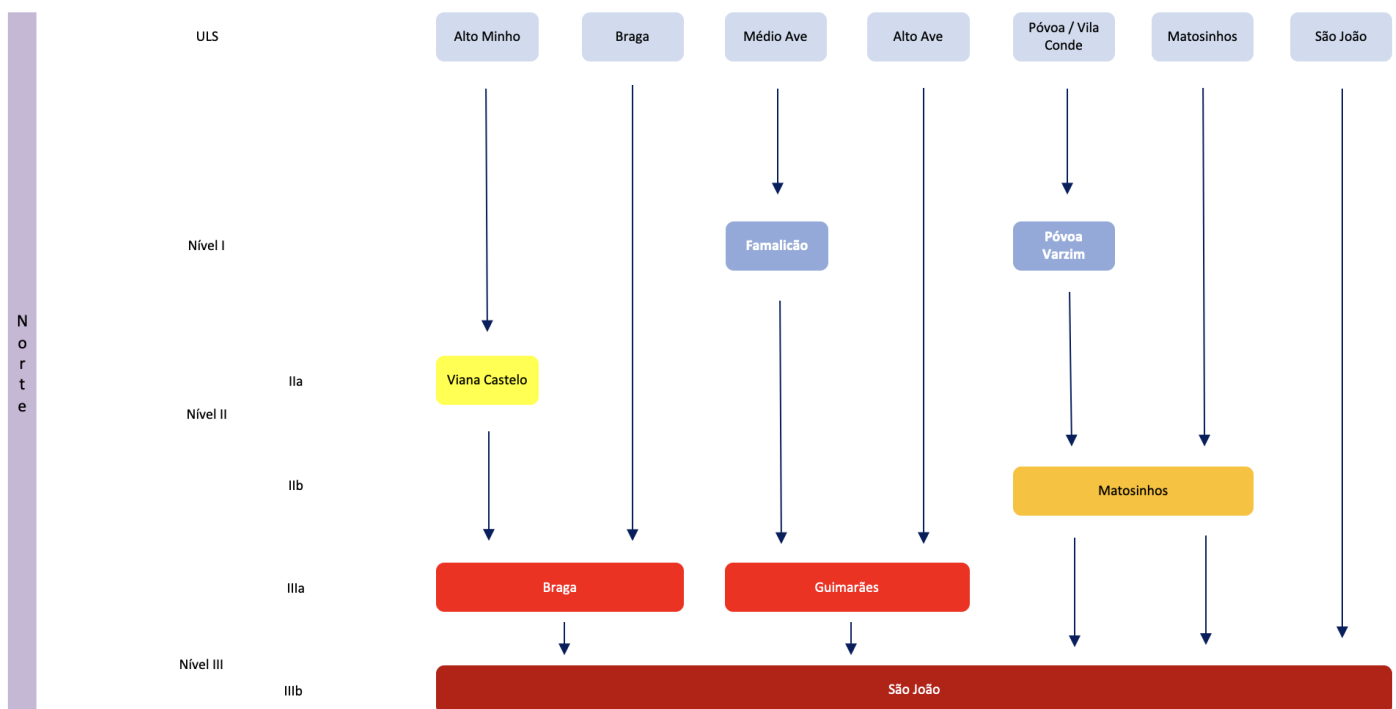
Nas situações excepcionais, para responder de forma eficiente a casos de elevada complexidade clínica, patologias raras ou insuficiência temporária de vagas dentro da Rede Regional, deverá estar previsto um modelo de gestão articulada de referência inter-regional, respeitando sempre a autonomia das instituições de origem.

Princípios de Gestão

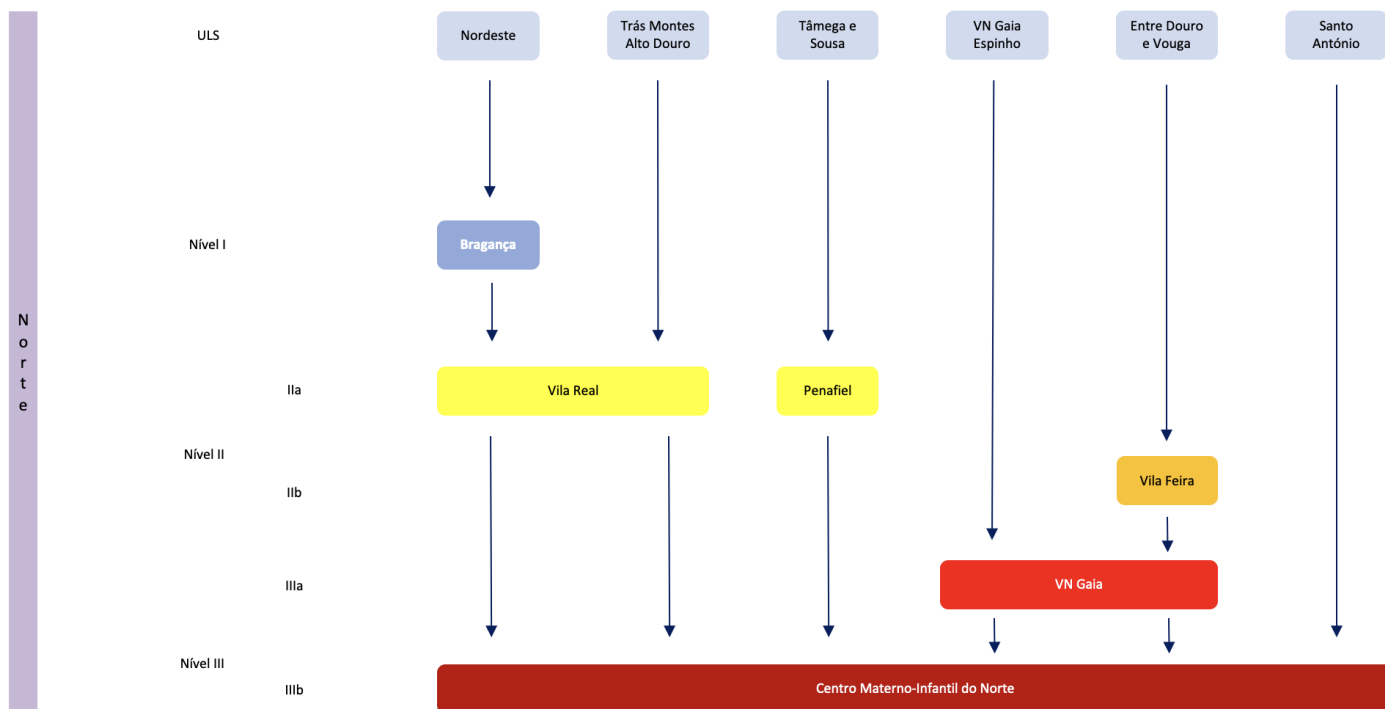
1. A gestão da necessidade de referência para outras regiões de saúde deverá ser da responsabilidade da instituição de origem, que deverá articular diretamente com a unidade de destino, de acordo com a Rede de Referência Pediátrica/Neonatal e com os critérios clínicos estabelecidos;
2. Em situações de ausência de vaga imediata na unidade de destino mais próxima, a instituição de origem deverá procurar ativamente alternativas disponíveis noutras regiões, garantindo a escolha da unidade mais adequada ao perfil clínico do recém-nascido;
3. Para patologias de elevada complexidade (como necessidade de ECMO, cirurgia neonatal complexas, doenças metabólicas, entre outras), a referência deverá ser feita diretamente para os Centros de Referência reconhecidos para essas valências, seguindo as vias de contacto previamente estabelecidas.

Região Norte

1. Área de influência da ULS São João

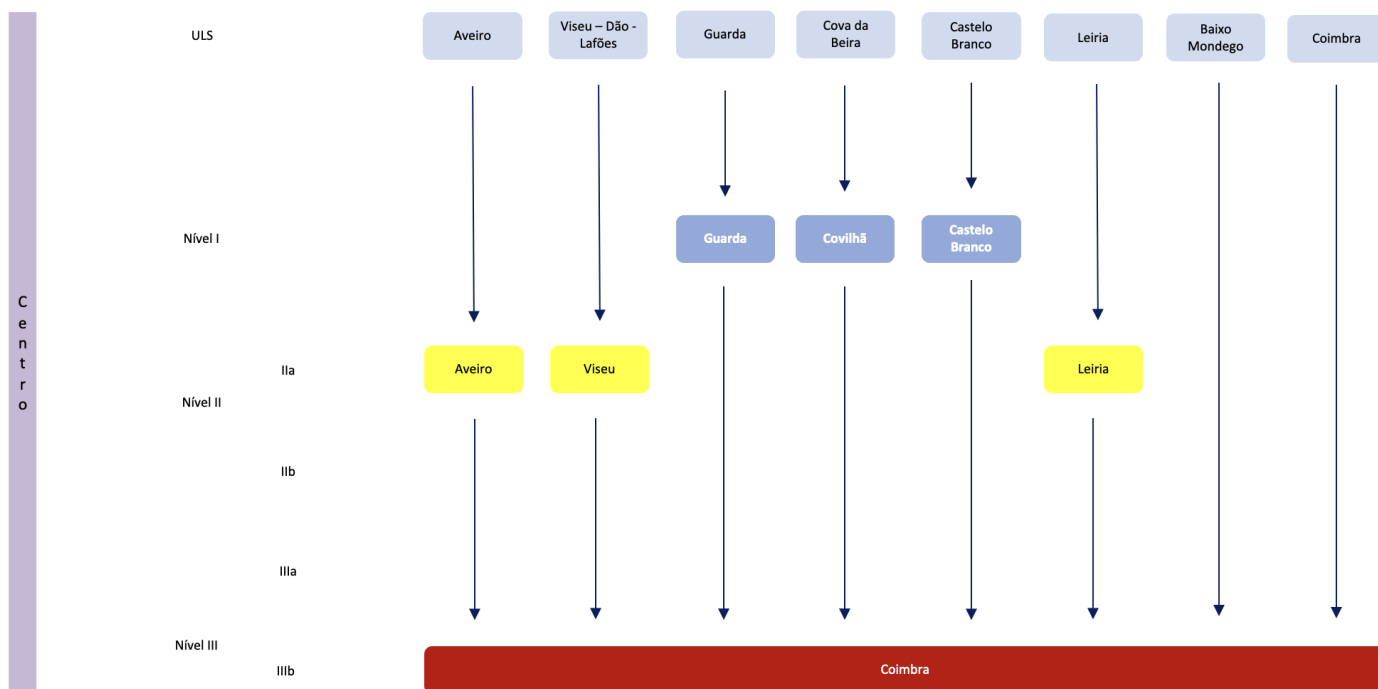


2. Área de influência da ULS Santo António (Centro Materno-Infantil do Norte)



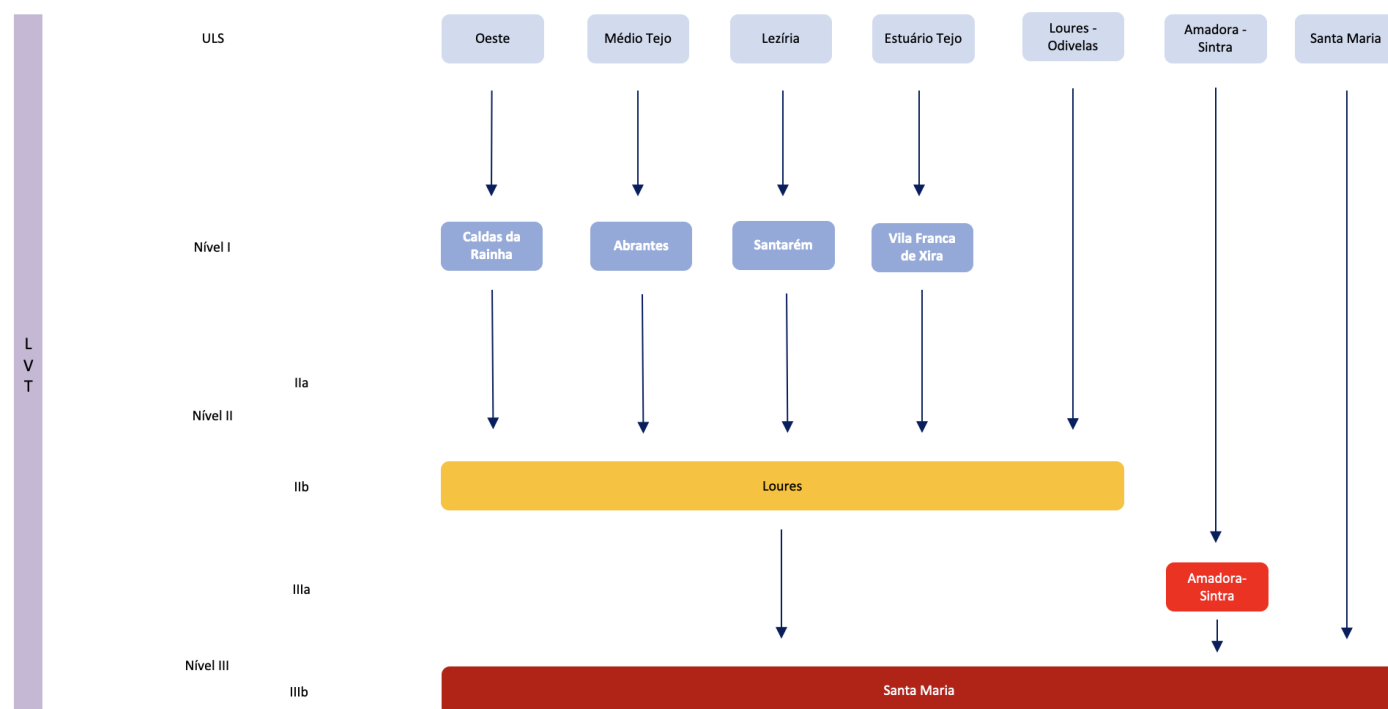
Região Centro

1. Área de influência da ULS Coimbra

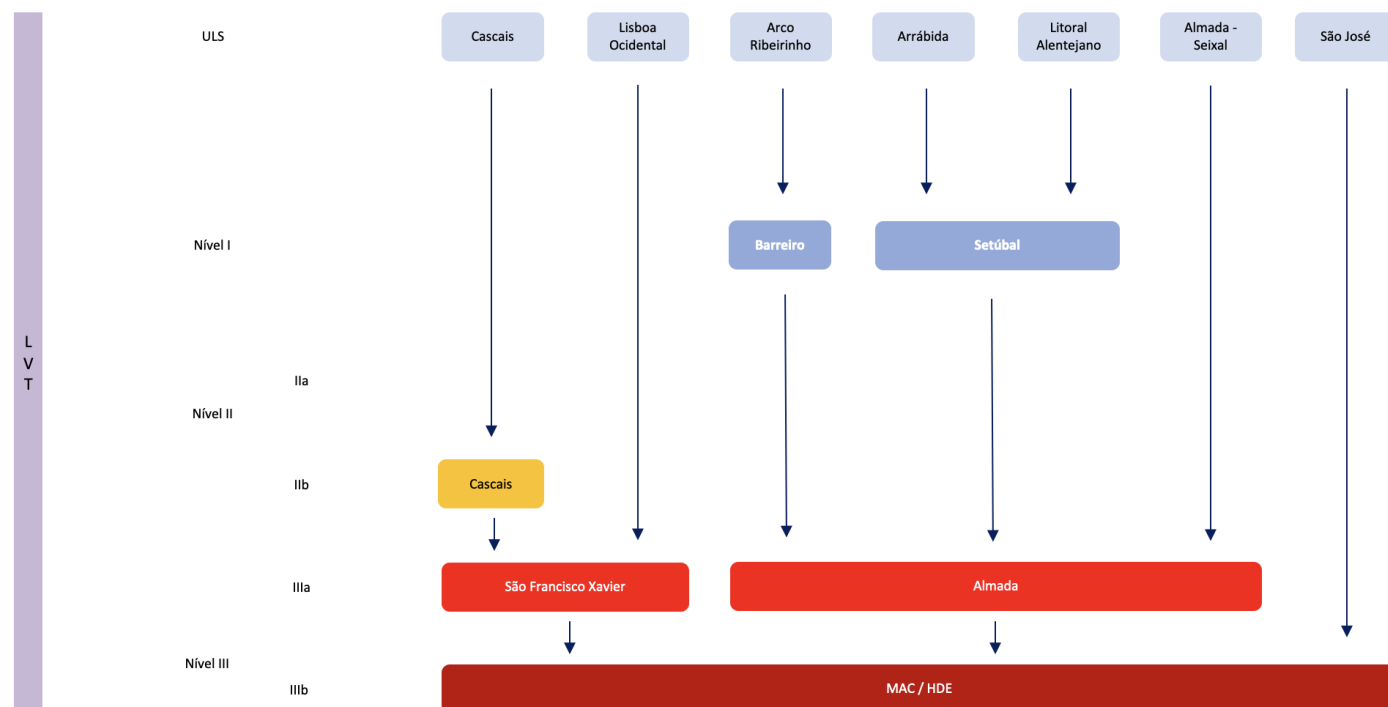


Região Lisboa e Vale do Tejo

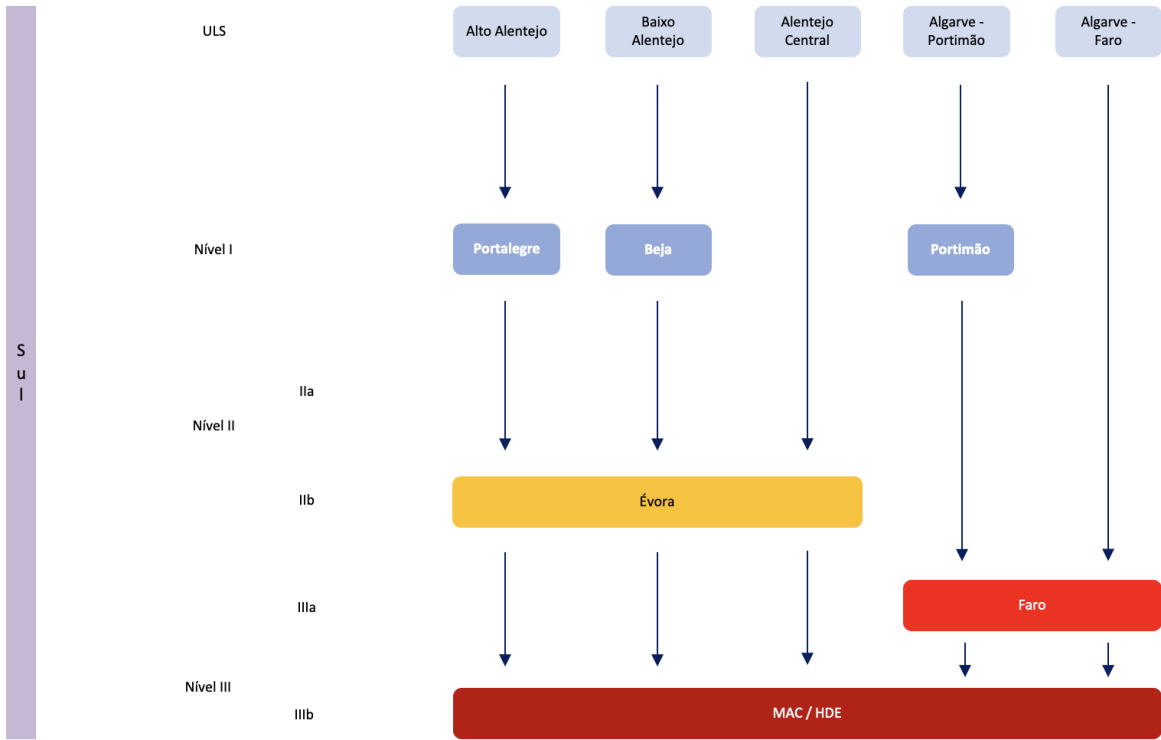
1. Área de influência da ULS Santa Maria



2. Área de influência da ULS São José



Região Sul (Área de influência da ULS São José)



METODOLOGIA DE MONITORIZAÇÃO E INDICADORES

A operacionalização da presente proposta de rede de referência neonatal será objeto de monitorização contínua e avaliação sistemática da sua eficácia e impacto assistencial.

A sua revisão global deverá ocorrer num intervalo não superior a cinco anos, ou em momento anterior, caso alterações estruturais no sistema de saúde nacional assim o justifiquem.

A avaliação anual da aplicação do modelo será conduzida pelas Comissões Técnicas da Direção-Geral da Saúde (DGS) e pela Direção Executiva do SNS (DE-SNS), com base nos relatórios submetidos semestralmente por cada unidade hospitalar, que deverão incluir análise de:

- Indicadores de produção assistencial;
- Indicadores de qualidade clínica e de segurança do doente;
- Indicadores de *benchmarking* nacional e internacional;
- Distribuição e adequação dos recursos humanos (incluindo a análise etária das equipas médicas e de enfermagem);
- Sugestões estruturadas de melhoria e registo de obstáculos à implementação, a submeter por escrito à comissão técnica nacional.

Os indicadores de produtividade, qualidade e benchmarking estão listados no quadro abaixo.

Indicadores neonatais
Nº de recém-nascidos (RN) de baixo peso ao nascer (1500- 2500g)
Nº de RN de muito baixo peso ao nascer (1000-1499)
Nº de RN de extremo baixo peso ao nascer (<1000g)
Nº de RN com cateter venoso central
Número anual de RN ventilados com ventilação invasiva
Nº de RN submetidos a ECMO
Nº de RN com necessidade de terapêutica com óxido nítrico
Número anual de RN ventilados com ventilação não invasiva
Nº de cirurgias neonatais / ano
Nº de RN submetidos a hipotermia terapêutica
Nº de RN submetidos a técnicas dialíticas
Nº de RN submetidos a monitorização cerebral
Nº de ecografias cerebrais realizadas
Nº de ecografias cardíacas realizadas
Nº de ecografias pulmonares realizadas
Nº de ecografias renais realizadas
Índice de case-mix
Taxa de mortalidade neonatal anual
Mortalidade neonatal por idade gestacional
Mortalidade neonatal por grupos de peso de nascimento
Taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde
% de reinternamentos nos primeiros 7 dias após a alta hospitalar
Custos operacionais por doente padrão
Custos com medicamentos por doente padrão
Número de primeiras consultas
% de primeiras consultas realizadas