

Para: **Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha/Hospitais do Serviço Regional de Saúde**

Assunto: Rede de Referência Materno-infantil e Rede de Transferência de Grávidas e Recém-nascidos (RN).

Fonte: Direcção Regional da Saúde

Contacto na DRS: **Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde/CAPRS**

Class.:C/P.2011/35. 2

A presente Circular estabelece a Rede de Referência Materno-Infantil – Açores, de acordo com o estabelecido no Programa Regional de Saúde Materna e Planeamento Familiar e a Rede de Transferências de Grávidas e de Recém-nascidos da Região Autónoma dos Açores (RAA).

### 1. Rede de Referência Materno-Infantil – Açores

A Rede de Referência Materno-Infantil, preconizada no PRSMPF, clarifica a interligação entre os CS/USI e os Hospitais, definindo as competências de cada área de cuidados, atribuindo aos Núcleos Funcionais o papel facilitador dessa articulação, enquanto “estruturas de coordenação”, de acordo com o Despacho nº 758/2007, de 8 de Agosto.

#### A) Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha

1. Assegurar a primeira linha da assistência pré-concepcional pré e pós-natal e encaminhar todas as situações de risco de acordo com as Tabelas de Identificação de Risco Materno-fetal que estejam conforme os protocolos que venham a ser estabelecidos;
2. Realizar a vigilância das grávidas pela equipa de saúde. Caso a Unidade de Saúde (US) de referência não tenha resposta, utilizar o recurso complementar a consultas no âmbito de protocolos ou projectos a desenvolver;
3. Promover a realização da 1.ª consulta no 1.º trimestre;
4. Prevenir os defeitos do tubo neural através da cedência de medicação, tão precoce quanto possível, de acordo com a Portaria nº 56/97, de 24 de Julho;
5. Prevenir a isoimunização Rh disponibilizando a Imunoglobulina anti-D, às 28 semanas de gestação, a todas as grávidas Rh- não sensibilizadas;
6. Conferir os boletins de vacina das grávidas e proceder à vacinação de acordo com as recomendações da DRS;
7. Promover o preenchimento correcto e tratamento dos suportes de informação;



8. Promover o uso correcto do Boletim de Saúde da Grávida (BSG), em especial o seu preenchimento;
9. Manter a articulação com a consulta de referência cumprindo os protocolos existentes ou a criar;
10. Promover o aleitamento materno, através da generalização dos “cantinhos de amamentação”;
11. Assegurar a consulta de revisão do puerpério (cerca de 6 semanas após o parto);
12. Promover a inscrição em Planeamento Familiar;
13. Desenvolver as competências parentais;
14. Promover grupos educativos (como por exemplo preparação para o parto e cuidados ao bebé);
15. Efectuar acções de informação/educação para a saúde, para as populações da sua área geográfica, no âmbito dos conteúdos deste programa;
16. Colaborar com os NF na elaboração de protocolos, garantindo o seu cumprimento;
17. Garantir informação e entrega de documentação relativa à gravidez, ao nascimento, ao puerpério e aos cuidados com o bebé;
18. Implementar a visitação domiciliária às puérperas e recém-nascidos;
19. Assegurar, nomeadamente através de protocolos ou convenções, a acessibilidade das grávidas aos exames ecográficos;
20. Garantir o apoio da mulher, após a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), de acordo com a legislação em vigor.

## **B) Hospitais**

1. Garantir a consulta de referência com apoio ecográfico e monitorização fetal;
2. Assistir todos os RN dando continuidade aos cuidados até à alta e informar os CS/USI;
3. Garantir a estabilidade das funções vitais do RN até ao transporte, se for este o caso;
4. Tratar os RN em fase de convalescença (ex: prematuros);
5. Prevenir os defeitos do tubo neural através da cedência de medicação, tão precoce quanto possível, de acordo com a Portaria nº 56/97, de 24 de Julho;
6. Prevenir a isoimunização Rh disponibilizando a Imunoglobulina anti-D, às 28 semanas de gestação, a todas as grávidas Rh- não sensibilizadas;

7. Detectar as malformações congénitas, através dos marcadores e/ou realizar a amniocentese a todas as grávidas com os critérios previamente estabelecidos;
8. Optimizar e uniformizar os meios de diagnóstico da infecção na grávida;
9. Garantir informação e entrega de documentação relativa aos primeiros cuidados com o bebé e com a mãe, bem como sobre os métodos recomendados para a contracepção pós-parto;
10. Prevenir a doença de membrana hialina do prematuro estabelecendo protocolos de actuação com os CS/USI;
11. Garantir consultas de genética e caso a instituição não disponha de geneticista, o apoio nesta área deverá ser assegurado por protocolo com um Serviço de Genética;
12. Contribuir para a formação dos Clínicos de Medicina Geral e Familiar da sua área;
13. Manter ou iniciar nos CS/USI consultas de referência nas áreas de pediatria e obstetria;
14. Colaborar com os NF na elaboração de protocolos, garantindo o seu cumprimento;
15. Informar a mulher, aquando da IVG, da necessidade de recurso ao CS/USI da área da sua residência para acompanhamento posterior.

### C) Núcleos Funcionais

Para facilitar a articulação funcional entre as duas áreas de cuidados, foram instituídos NF, instrumentos para o estabelecimento de uma metodologia dialogante entre instituições que devem actuar em complementaridade, quer na identificação de carências e constrangimentos locais, quer como garante da continuidade dos cuidados (Despacho n.º 758/2007 de 8 de Agosto de 2007). Assim, é necessário implementar a sua criação como determinado *“Em cada área constituída pela população correspondente à zona de influência de hospital, dos CS/USI compreendidas naquela zona, é criada uma estrutura de coordenação designada por NF”*.

As estratégias a desenvolver no âmbito das NF são as seguintes:

1. Promoção das consultas de referência e interligação regular e permanente entre as áreas de cuidados e avaliar a sua eficiência e eficácia;
2. Verificação da circulação recíproca da informação clínica, garantido o seu cumprimento;
3. Divulgação da utilização e correcto preenchimento de diversos documentos de notação, designadamente o BSG e Boletim de Saúde Infantil;
4. Avaliação das necessidades e prioridades em saúde materna e infantil;



5. Elaboração de medidas concretas no sentido de resolver os problemas de saúde materna e infantil identificados na sua área, incluindo os de carácter organizativo;
6. Estudo dos dados de informação e estatísticos que considere relevantes;
7. Elaboração de estudos epidemiológicos que conduzam a um melhor conhecimento da realidade local e que permitam fundamentar decisões, actividades ou procedimentos, com o objectivo de melhorar os cuidados em saúde materna e infantil, nomeadamente a aplicação de instrumentos de recolha de dados estatísticos adequados ao melhor conhecimento das causas da mortalidade infantil e da diversidade do comportamento deste indicador na Região e respectivo tratamento e análise;
8. Elaboração de relatórios e propostas adequadas à prossecução dos objectivos para que foram criados.

## 2. Rede de Transferências de Grávidas e de Recém-nascidos (RN) da RAA

Sem prejuízo do disposto na Portaria nº66/2010, de 30 de Junho, que aprova o regulamento de deslocação de doentes do Serviço Regional de Saúde na Região Autónoma dos Açores, a transferência de grávidas e de recém-nascidos da RAA rege-se pelas seguintes normas:

1. Sempre que a **situação clínica** da grávida determine a sua transferência deverá ser privilegiado o transporte in-útero;
2. Consoante a idade gestacional (IG), dever-se-á ter em consideração as competências dos serviços de pediatria dos três hospitais, a saber:
  - a. Hospital do Divino Espírito Santo (HDES) – assistência a todos os RN com IG  $\geq$  26 Semanas de Amenorreia (SA);
  - b. Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo (HSEAH) – assistência a todos os RN com IG  $\geq$  32 SA;
  - c. Hospital da Horta (HH) – assistência a todos os RN com IG  $\geq$  36 SA.



3. Os circuitos de transferência são os seguintes, de acordo com os pressupostos acima referidos:

<b>Santa Maria</b>	a) Para HDES, todas as grávidas qualquer que seja a IG
<b>S. Miguel</b>	a) Para Hospitais Centrais (HC), todas as grávidas com IG < 26 SA b) Para HC, todas as grávidas com diagnóstico pré-natal de patologia fetal implicando após o nascimento necessidade de apoio de especialidades ou competências pediátricas não existentes na RAA.
<b>Terceira</b>	a) Para HDES, todas as grávidas com IG < 32 SA b) Para HC, todas as grávidas com IG < 26 SA c) Para HC, todas as grávidas com diagnóstico pré-natal de patologia fetal implicando após o nascimento necessidade de apoio de especialidades ou competências pediátricas não existentes na RAA.
<b>Graciosa</b>	a) Para HSEAH, todas as grávidas com IG ≥ 32 SA b) Para HDES, todas as grávidas com IG < 32 SA
<b>S. Jorge</b>	a) Para HSEAH, todas as grávidas com IG ≥ 32 SA b) Para HDES, todas as grávidas com IG < 32 SA
<b>Pico</b>	a) Para HSEAH, todas as grávidas com IG ≥ 32 SA b) Para HDES, todas as grávidas com IG < 32 SA c) Para HH, todas as grávidas com IG ≥ 36 SA
<b>Faial</b>	a) Para HSEAH, todas as grávidas com IG ≥ 32 SA b) Para HDES, todas as grávidas com IG < 32 SA c) Para HC, todas as grávidas com IG < 26 SA d) Para HC, todas as grávidas com diagnóstico pré-natal de patologia fetal implicando após o nascimento necessidade de apoio de especialidades ou competências pediátricas não existentes na RAA. e) Não são transferidas grávidas com IG ≥ 36 SA
<b>Flores</b>	a) Para HSEAH, todas as grávidas com IG ≥ 32 SA b) Para HDES, todas as grávidas com IG < 32 SA c) Para HH, todas as grávidas com IG ≥ 36 SA
<b>Corvo</b>	a) Para HSEAH, todas as grávidas com IG ≥ 32 SA b) Para HDES, todas as grávidas com IG < 32 SA c) Para HH, todas as grávidas com IG ≥ 36 SA

4. Os hospitais de destino não poderão recusar os casos referenciados de acordo com as normas constantes nesta Circular.

É revogada a Circular Normativa da DRS n.º 11, de 21 de Março de 2006.

A Directora Regional  
  
Sofia Adriana Carvalho Duarte