

_título:

Programa Nacional de Rastreio Neonatal

_subtítulo

Relatório 2023

_edição:

INSA, IP

_autores:

Comissão Executiva do Programa
Laura Vilarinho, Paula Garcia, Paulo Pinho e Costa

_local / data:

Lisboa
novembro 2024



Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge



Catálogo na publicação

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP
Programa Nacional de Rastreio Neonatal : relatório 2023 / Comissão Executiva do Programa ; Laura Vilarinho, Paula Garcia,
Paulo Pinho e Costa. - Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2024. - 113 p. : il.

ISBN: 978-989-9236-06-6 (*online*)

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2024.

Título: Programa Nacional de Rastreio Neonatal: relatório 2023

Autores: Comissão Executiva do Programa
(Laura Vilarinho, Paula Garcia, Paulo Pinho e Costa)

Editor: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

Coleção: Relatórios científicos e técnicos

Coordenação editorial: Elvira Silvestre

Composição gráfica: Rodrigo Jorge

Lisboa, novembro de 2024

Reprodução autorizada desde que a fonte seja citada, exceto para fins comerciais.



→ Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge, IP

Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
t: 217 519 200 @: info@insa.min-saude.pt

_titulo:

Programa Nacional de Rastreio Neonatal

_subtítulo

Relatório 2023

_edição:
INSA, IP

_autores:

Comissão Executiva do Programa
Laura Vilarinho, Paula Garcia, Paulo Pinho e Costa

_local / data:
Lisboa
novembro 2024



Índice

Lista de siglas e abreviaturas	4
Índice de tabelas e figuras	6
1. Nota introdutória	7
2. Programa Nacional de Rastreio Neonatal	9
2.1 Desenvolvimento do Programa	10
2.2 Órgãos de Coordenação	11
2.3 Painel das doenças rastreadas em 2023	12
2.4 Processo de acreditação de ensaios	13
2.5 Novos testes e melhoria dos marcadores primários e secundários	13
2.6 Parcerias internacionais	14
2.7 Atividade de divulgação científica	15
2.8 Colaboração com associações de doentes	15
3. Centros de Referência/Centros Especializados para o Tratamento	17
3.1 Reunião anual com os Centros de Referência / Centros Especializados para o Tratamento	19
4. Resultados	21
4.1 Rastreio neonatal	22
4.2 Doenças Hereditárias do Metabolismo	23
4.3 Hipotireoidismo Congénito (HC)	27
4.4 Fibrose Quística (FQ)	29
4.5 Drepanocitose	31
4.5.1 Rastreio Neonatal de Drepanocitose em 100.000 recém-nascidos	31
4.6 Atrofia Muscular Espinal – estudo-piloto	33
4.7 Apreciação global	35
4.8 Trabalhos publicados e apresentados em 2023	39
5. Conclusões	42
5.1 Eficácia e evolução dos Indicadores do Programa	43
5.2 Avaliação da satisfação	47
5.3 Prevalência ao nascimento das doenças rastreadas	48
6. Nota final	50
7. Publicações científicas	52
Anexos	61

Lista de siglas e abreviaturas

PNDP – Programa Nacional de Diagnóstico Precoce
PNRN – Programa Nacional de Rastreio Neonatal
FQ – Fibrose Quística
URN – Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética
INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
I&D – Unidade de Investigação e Desenvolvimento
HPhe – Hiperfenilalaninemia
MSUD – Leucinose
MAT – Hipermetioninémia
PA – Acidúria Propiónica
PKU – Fenilcetonúria
AMM Def CbIB – Défice do Metabolismo das Cobalaminas B
CoA – Coenzima A
IVA – Acidúria Isovalérica
3-HMG – Acidúria 3-Hidroxi-3-Metilglutárica
GA I – Acidúria Glutárica tipo I
3-MCC – 3-Metilcrotonilglicinúria
SCHAD – Défice da desidrogenase de 3-hidroxi-acil CoA de cadeia curta
MCAD – Défice da desidrogenase dos ácidos gordos de cadeia média
LCHAD/TFP – Défice da desidrogenase de 3-hidroxi-acil CoA de cadeia longa
VLCAD – Défice da desidrogenase dos ácidos gordos de cadeia muito longa
CPT I – Défice da carnitina-palmitoil transferase I
CPT II/CACT – Défice da carnitina-palmitoil transferase II
MADD – Défice múltiplo das desidrogenases dos ácidos gordos / Acidúria glutárica tipo II
CUD – Défice primário em carnitina
IPAC – Instituto Português da Acreditação
QREN – Quadro de Referência Estratégica Nacional
R4S – *The Region 4 Stork Collaborative Project*
APOFEN – Associação Portuguesa de Fenilcetonúria e outras Doenças Hereditárias do Metabolismo Proteico
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
ANFQ – Associação Nacional de Fibrose Quística
APFQ – Associação Portuguesa de Fibrose Quística
ANTDR – Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias
CHUSJ-HSJ – Centro Hospitalar Universitário de São João - Hospital de São João
CHULN-HSM – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria
CHLC-HDE – Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia
CHGE-HG – Centro Hospitalar Gaia/Espinho – Hospital de Gaia
CHUdSA-CMIN – Centro Hospitalar Universitário de Santo António – Centro Materno Infantil do Norte
HGO – Hospital Garcia de Orta
HFF – Hospital Fernando da Fonseca
TSH – Hormona Estimulante da Tiróide
T4 – Tetraiodotironina
HC – Hipotireoidismo Congénito
2TT – Teste de segundo nível
NMG – *National Mirror Group*
NGS – *Next Generation Sequencing*
NEQAS – *National External Quality Assurance Program*
RFB – *Reference institute for Bioanalytics*
SIMMESN – *Inborn errors of metabolism and newborn screening*
PCR – *Polymerase chain reaction*
PAP – Proteína associada à pancreatite
IRT – Tripsina imunorreativa
DGS – Direção-Geral da Saúde
USF – Unidade de Saúde Familiar
INE – Instituto Nacional de Estatística

Índice de tabelas

Tabela 1 – Composição dos Órgãos do PNRN em 2023	14
Tabela 2 – Painel das doenças integradas no PNRN	15
Tabela 3 – Avaliação Externa de Qualidade com Instituições Internacionais	16
Tabela 4 – Marcadores de segundo nível implementados no Rastreio Neonatal	17
Tabela 5 – Colaborações internacionais no âmbito da I&D e nos Programas de Controlo de Qualidade	17
Tabela 6 – Distribuição dos recém-nascidos estudados por distrito e por mês em 2023	29
Tabela 7 – <i>Cut-off</i> e <i>Ratios</i> dos marcadores bioquímicos, utilizados nas Doenças Hereditárias do Metabolismo ... pesquisadas por espectrometria de massa.	30
Tabela 8 – Doenças Hereditárias do Metabolismo identificados no rastreio neonatal em 2023	31
Tabela 9 – Casos de Hipotiroidismo Congénito rastreados em 2023	34
Tabela 10 – Casos de Fibrose Quística enviados para Centro de Referência em 2023	36
Tabela 11 – Casos de Drepanocitose enviados para Centro de Tratamento em 2023	39
Tabela 12 – Casos de Atrofia Muscular Espinal (estudo-piloto), enviados para Centro de Tratamento em 2023 ...	42
Tabela 13 – Distribuição global dos casos rastreados em 2023 por Centro de Tratamento	42
Tabela 14 – Prevalência ao nascimento em 2023 das doenças rastreadas	49
Tabela 15 – Número de colheitas efetuadas nos Hospitais Privados (2014-2023)	50
Tabela 16 – Indicadores do Programa entre 2013-2023	51
Tabela 17 – Taxa de pedidos de segundas amostras ao longo dos últimos anos (<i>recall-rate</i>)	52
Tabela 18 – Prevalência ao nascimento global das doenças rastreadas	53

Índice de figuras

Figura 1 – Desenvolvimento do Programa Nacional de Rastreio Neonatal	13
Figura 2 – Total de Testes de Rastreio e de Repetições realizadas	33
Figura 3 – Algoritmo utilizado no rastreio neonatal do Hipotiroidismo Congénito	36
Figura 4 – Algoritmo utilizado no rastreio da Fibrose Quística em Portugal	38
Figura 5 – Folheto informativo de Atrofia Muscular Espinal	31
Figura 6 – Idade do recém-nascido na altura da colheita (2014-2023)	43
Figura 7 – Número de dias decorridos desde a colheita até à receção no secretariado da Unidade de Rastreio Neonatal	44
Figura 8 – Média da idade do recém-nascido na altura da comunicação de resultados positivos (1981-2023)	45
Figura 9 – Número de nascimentos <i>versus</i> recém-nascidos estudados desde o início do Programa	49
Figura 10 – Número de visualizações dos resultados do Rastreio Neonatal na <i>Internet</i>	52
Figura 11 – Página para visualização dos resultados no <i>website</i> do INSA	52
Figura 12 – Avaliação do grau de satisfação dos utilizadores do PNRN 2023	53





1

Nota introdutória



Este ano, completaram-se 44 anos de Programa Nacional de Rastreio Neonatal.

O Rastreio Neonatal Nacional é um programa que possui como principal objetivo, o diagnóstico precoce, nas primeiras semanas de vida, evitando a evolução da patologia rastreada, o défice intelectual e outras alterações neurológicas ou extraneurológicas irreversíveis, com a consequente morbilidade ou mortalidade, permitindo o tratamento precoce, através de instituição atempada de terapia adequada.

As doenças integradas no painel deste Programa são raras e, se inicialmente este era um fator de discussão ou de controvérsia, hoje em dia as doenças raras são uma das prioridades da Direção-Geral da Saúde no nosso país, tal como na Europa.

Após a conclusão do estudo-piloto de 100.000 recém-nascido da Drepanocitose, levando à integração desta patologia no painel de doenças rastreadas, o programa contempla atualmente o rastreio de 27 doenças, mais a Atrofia Muscular Espinal que se encontra em estudo-piloto.

No âmbito deste programa e considerado o período 1979-2023, cerca de 4 milhões e 218 mil recém-nascidos já foram rastreados o que permitiu o diagnóstico de 2.678 doentes.

A Comissão Executiva do Programa

Laura Vilarinho

Paula Garcia

Paulo Pinho e Costa





②

Programa Nacional de Rastreio Neonatal



2.1 Desenvolvimento do Programa

A **figura 1** representa cronologicamente os vários marcos registados neste programa de saúde Pública. O Despacho n.º 7276/2019 (**Anexo 1**) renomeia o Programa Nacional de Rastreio Neonatal, anteriormente designado de Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP - Despacho n.º 752/2010 (**Anexo 2**), criado em 1979. Este programa, que foi criado por iniciativa do Doutor Jacinto de Magalhães, com a colaboração do Dr. Vaz Osório, está sediado atualmente no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA). Iniciou-se com o rastreio da Fenilcetonúria e, desde 1981, também o rastreio do Hipotireoidismo Congénito. A aplicação da tecnologia de *tandem mass* ao rastreio neonatal, despoletou uma expansão exponencial das doenças rastreadas. Ao longo dos anos o Programa foi incluindo cada vez mais patologias, sendo que em 2006 já incluía 17 patologias, ampliando o painel para 25 desde 2008, integrando atualmente 27 patologias mais uma em estudo-piloto.

Com o objetivo de assegurar o acompanhamento clínico dos casos identificados e tendo em conta a sua complexidade, foram designados Centros de Referência Nacionais de Tratamento das Doenças Hereditárias do Metabolismo (Despacho n.º 3653/2016 – **Anexo 3**) e da Fibrose Quística (Despacho n.º 6669/2017 - **Anexo 4**), centros especializados que tratam e orientam os casos positivos.

No dia 5 de abril de 2019, o Ministério da Saúde, em sessão comemorativa do Dia Mundial da Saúde, homenageou o “Programa Nacional de Diagnóstico Precoce – Teste do Pezinho” na pessoa da Prof.ª Doutora Laura Vilarinho, com a Medalha de Serviços Distintos do Ministério da Saúde – Grau Ouro (**Anexo 5**).

A 14 de maio de 2019, o INSA organizou a sessão comemorativa dos 40 anos do PNRN na Biblioteca Almeida Garrett no Porto (**Anexo 6**).

Em 2013 avançou o estudo-piloto para o rastreio da Fibrose Quística, integrada no PNRN em 2018 (**Anexo 7**).

Em 2021 foi iniciado o estudo-piloto da Drepanocitose (**Anexo 8**), inicialmente nos distritos de Lisboa e Setúbal e rapidamente estendido a todo o país.

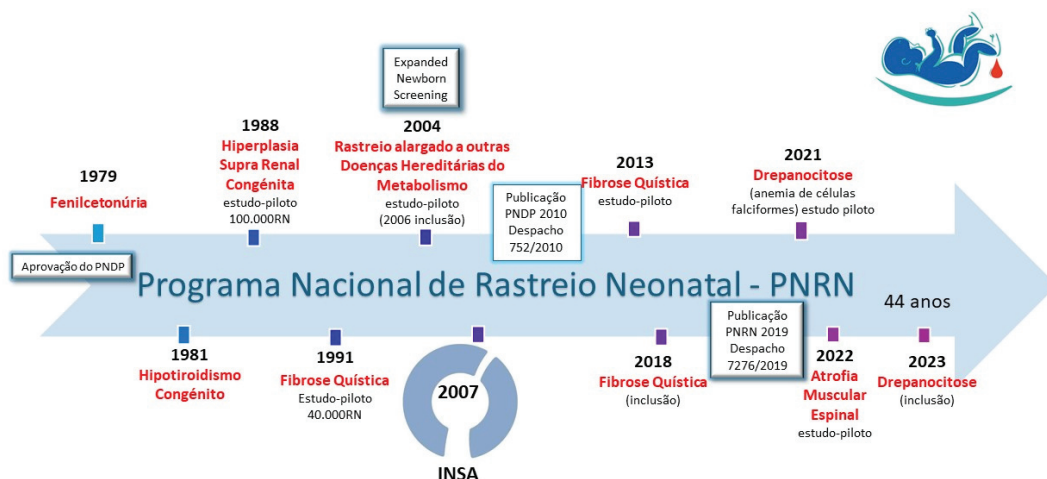


Figura 1 – Desenvolvimento do Programa Nacional de Rastreio Neonatal.

No decurso de 2023 é efetuada a inclusão oficial desta patologia no PNRN.

A 27 de outubro de 2022 foi iniciado a nível nacional o estudo-piloto para o rastreio neonatal da Atrofia Muscular Espinal, mantendo-se o mesmo no decurso do ano de 2023 ([Anexo 9](#)).

De forma a assegurar que todas as colheitas do “teste do pezinho” são rececionadas na Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética do INSA, foi iniciado em 2022 um estudo piloto de uma plataforma de redundância, a “Neocheck”. Esta plataforma informática permite que cada teste seja registado no local da recolha e a receção da amostra é confirmada no laboratório. Assim se pretende detetar possíveis extravios de amostras. Os locais incluídos neste estudo-piloto foram o Centro de Saúde São João no Porto, o Centro Hospitalar Universitário de Santo António, o Centro Hospitalar Universitário de São João e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Espinho.

As fichas de recolha das amostras, em cartão de Guthrie, tem sofrido evolução ao longo dos anos, acompanhando a inovação técnica e legal exigíveis. Contam no verso com as instruções para recolha e envio das amostras ([Anexo 10](#)).

Anualmente a Comissão Técnica Nacional do Programa Nacional de Rastreio Neonatal discute o relatório de atividades do ano anterior e assuntos de índole geral e particular. A reunião referente ao ano de 2023 teve lugar a 8 de fevereiro de 2024.

2.2 Órgãos de Coordenação

Os Órgãos de Coordenação do PNRN ([Tabela 1](#)) foram sendo objeto de vários despachos ao longo do tempo:

O Despacho n.º 752/2010 estabelece o primeiro regulamento do Programa e os Órgãos de Coordenação do PNPD, compostos por um Presidente (por inerência, o Presidente do Conselho Diretivo do INSA I.P.), uma Comissão Executiva e uma Comissão Técnica Nacional. O Despacho n.º 4502/2012 ([Anexo 11](#)), atualizado pelo Despacho n.º 7352/2015 ([Anexo 12](#)) nomeiam os Órgão de Coordenação. O Despacho n.º 7276/2019, revê o PNPD, renomeia-o de PNRN e atualiza a composição da Comissão Técnica Nacional. O Despacho n.º 2419/2021 nomeou os atuais órgãos do PNRN ([Anexo 13](#)).

Tabela 1 – Composição dos Órgãos do PNRN em 2023.

Presidente	Fernando de Almeida, MD
Comissão Técnica Nacional	Alberto Caldas Afonso, MD, PhD Henrique de Barros, MD, PhD Maria do Céu Machado, MD, PhD Rosa Arménia Campos, MD Rui Vaz Osório, MD Sérgio Castedo, MD, PhD
Comissão Executiva	Laura Vilarinho, PhD Paula Garcia, MD Paulo Pinho e Costa, MD, PhD

A Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética (URN) é o braço laboratorial do PNRN. Funciona no Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira do Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge, no Porto e está integrada no Departamento de Genética Humana do INSA. É composta fundamentalmente pelo Laboratório Nacional de Rastrear, Laboratório de Genética Bioquímica e o Laboratório de Genética Molecular e Celular.

Nesta Unidade, para além do rastreio neonatal dos bebés nascidos em Portugal (cerca de 350 recém-nascidos/dia), efetua-se a confirmação bioquímica/enzimática e molecular das patologias rastreadas nos casos identificados. Esta Unidade laboratorial dedica-se também à investigação e diagnóstico a nível nacional de muitas Doenças Raras, nomeadamente mais de 600 Doenças Hereditárias do Metabolismo.

A Unidade de Investigação e Desenvolvimento (I&D) do Departamento de Genética Humana, que funciona neste Centro no Porto, desenvolve vários projetos em parceria com Centros de referência nacionais e internacionais.

2.3 Painel das doenças rastreadas em 2023

As doenças sistematicamente rastreadas constituem um painel de 27+1 patologias: o Hipotiroidismo

Congénito, a Fibrose Quística, a Drepanocitose, a Atrofia Muscular Espinal (estudo-piloto) e 24 Doenças Hereditárias do Metabolismo (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Painel das doenças integradas no PNRN.

I. Hipotiroidismo Congénito	
II. Fibrose Quística	
III. Drepanocitose	
IV. Atrofia Muscular Espinal (estudo-piloto)	
V. Doenças Hereditárias do Metabolismo	
Aminoacidopatias	Fenilcetonúria (PKU) / Hiperfenilalaninemias (HPhe) Tirosinemia tipo I Tirosinemia tipo II/III Leucinose (MSUD) Homocistinúria clássica (déf. cistationina β -sintetase) Hipermetioninemia (déf. MAT1/III)
Doenças do Ciclo da Ureia	Citrulinemia tipo I Acidúria Arginino-succínica Hiperargininemia
Acidúrias Orgânicas	Acidúria Propiônica (PA) Acidúria Metilmalónica (déf. em metilmalonil CoA mutase/cobalaminas) Acidúria Isovalérica (IVA) Acidúria 3-Hidroxi-3-Metilglutárica (3-HMG) Acidúria Glutárica tipo I (GA I) 3-Metilcrotonilglicínúria (3-MCC)/défice múltiplo das carboxilases Acidúria Malónica
Doenças da β -Oxidação Mitocondrial dos Ácidos Gordos	Défice da desidrogenase de 3-hidroxi-acil CoA de cadeia curta (SCHAD) Défice da desidrogenase dos ácidos gordos de cadeia média (MCAD) Défice da desidrogenase de 3-hidroxi-acil CoA de cadeia longa (LCHAD/TFP) Défice da desidrogenase dos ácidos gordos de cadeia muito longa (VLCAD) Défice da carnitina-palmitoil transferase I (CPT I) Défice da carnitina-palmitoil transferase II (CPT II / CACT) Défice múltiplo das desidrogenases dos ácidos gordos (MADD / Acidúria glutárica tipo II) Défice primário em carnitina (CUD)

2.4 Processo de acreditação de ensaios

De forma a garantir a competência, a qualidade do laboratório, dados confiáveis, rastreáveis e reprodutíveis, a Unidade de Rastreio Neonatal é auditada segundo a norma de acreditação para laboratórios clínicos, através da NP EN ISO 15189, sendo o Instituto Português da Acreditação (IPAC) a entidade que reconhece formalmente a competência técnica na realização dos testes genéticos. Esta acreditação é reconhecida internacionalmente.

No decurso de 2023 foi realizada uma auditoria interna técnica, pela Dra. Sílvia Lopo no dia 17 de janeiro. Duas auditorias externas, efetuadas pelo IPAC, das quais uma auditoria técnica a 31 de maio (Dra. Fátima Vale), e auditoria de gestão a 6 de junho (Eng. Miguel Franco).

O processo de acreditação laboratorial de rastreio neonatal de Fibrose Quística (FQ) foi acreditado em 2018 e manteve a acreditação no âmbito do rastreio neonatal do Hipotiroidismo Congénito (HC) (edição n.º 4 emitido a 29 out 2019 - [Anexo 14](#)).

Esta acreditação é o reconhecimento da competência técnica da URN para realizar os testes genéticos ([Anexo Técnico de Acreditação n.º E0015_2 - Anexo 15](#)).

Os ensaios qualitativos e quantitativos praticados na URN mantiveram a avaliação externa da qualidade por outras instituições reconhecidas internacionalmente ([Tabela 3](#)).

2.5 Novos testes e melhoria dos marcadores primários e secundários

Em abril de 2021 foi iniciado, no âmbito do PNRN, um estudo prospetivo, no âmbito do Hipotiroidismo Congénito, por iniciativa da URN e UID. Este estudo tem como objetivo a identificação das variantes genéticas associadas ao Hipotiroidismo Congénito Familiar (disormonogénese) nos doentes identificados e referenciados pelos Centros de Tratamento, com a finalidade da caracterização molecular desta população a nível nacional.

Tabela 3 – Avaliação Externa da Qualidade com Instituições Internacionais.

Programas	Entidades promotoras
CDC – <i>Newborn Screening Quality Assurance Program – Proficiency testing</i>	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CDC – <i>Newborn Screening Quality Assurance Program – Control Quality</i>	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
NEQAS – <i>National External Quality Assessment Scheme</i>	<i>The United Kingdom National External Quality Assessment Scheme – UK NEQAS.</i>
ERNDIM – <i>Quality assurance in laboratory testing for IEM</i>	<i>European Research Network for Evaluation and Improvement of Screening Diagnosis and Treatment of Inborn Errors of Metabolism</i>
RFB – <i>Reference Institute for Bioanalytics</i>	<i>RfB Surveys for Laboratory Medicine (PAP; 17-hydroxi-progesterone; TSH)</i>
SIMMESN – <i>Inborn errors of metabolism (IEM) and newborn screening</i>	<i>Società Italiana per lo studio delle Malattie Metaboliche Ereditarie e lo Screening Neonatale</i>

Trata-se de um estudo genético efetuado por NGS (*Next Generation Sequencing*) do painel de genes envolvidos no Hipotiroidismo Congénito: *ARNT2, DUOX2, DUOXA2, CDCA8, FOXE1, GLIS3, GNAS, HESX1, IGSF1, IRS4, IYD, KDM6A, KMT2D, LHX3, LHX4, NKX2-1, NKX2-5, OTX2, PAX8, PDE4D, POU1F1, PRKAR1A, PROP1, SECISBP2, SLC5A5, SLC16A2, SLC26A4, SLC26A7, TBL1X, TG, THRA, THRB, TPO, TRHR, TSHB, TSHR, TUBB1, UBR1, XRCC4*.

Ao longo dos últimos anos, para além da inclusão de novas patologias rastreadas, tem-se procedido ao ajuste dos *cut-offs* dos metabolitos analisados e à implementação, por técnica de LC-MS/MS, do doseamento de marcadores de segundo nível (*2nd tier tests*) na amostra de sangue do ras-

treio neonatal (**Tabela 4**). Estes marcadores são determinantes no diagnóstico diferencial das Tiro-sinémias, das Acidúrias Metilmalónica e Propiónica, dos Défices da Síntese de Cobalamina, das Homocistinúrias e das Doenças do Ciclo da Ureia, visando a redução de falsos positivos e consequentemente uma diminuição de pedidos de repetição do teste (*recall rate*).

2.6 Parcerias internacionais

Durante este ano, a Unidade de Rastreio Neonatal manteve colaborações internacionais no âmbito da I&D (**Tabela 5**).

Tabela 4 – Marcadores de segundo nível implementados no rastreio neonatal.

Doença	Implementado	Marcador Primário	Marcador Secundário
Tirosinemia tipo 1	2006	Tirosina	Succinilacetona
Acidurias Propiónica/Metilmalónica	2017	Propionilcarnitina (C3)	Ácido Metilmalónico Ácido 3-hidroxi-propiónico Propionilglicina
Défices da síntese de Cobalaminas (Cbl C/D)	2017	Propionilcarnitina (C3) Metionina	Ácido Metilmalónico Homocisteína total
Homocistinúria Clássica	2017	Metionina	Homocisteína total
Acidúria Isovalérica	2017	Isovaleril/ 2-metilbutirilcarnitina (C5)	Isovalerilcarnitina 2-metilbutirilcarnitina Pivaloilcarnitina
Doenças do Ciclo da Ureia	2021	Citrulina, Ácido Arginino sucínico e Arginina	Ácido Orótico

Tabela 5 – Colaborações internacionais no âmbito da I&D e nos Programas de Controlo de Qualidade.

Tipo de rede	Designação	Entidade promotora/organizadora	Ano de início
Comision de Diagnóstico Perinatal	SEQC	<i>Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular</i>	2010
Neonatal Screening Working Group	ECFS	<i>European Cystic Fibrosis Society</i>	2019

2.7 Atividade de divulgação científica

Com o objetivo de capacitar e contribuir para o aumento da literacia, decorreram ações de formação intituladas por: “Um Dia com o Diagnóstico Precoce”, de periodicidade bianual, realizadas no âmbito do PNRN, tendo sido ministradas a 12 de abril (presencial) e 11 de outubro (online). Manteram-se as palestras de esclarecimento multiprofissionais e/ou visitas de estudo à Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, sempre que solicitadas.

A divulgação do Programa Nacional de Rastreio Neonatal, dirigida aos pais dos recém-nascidos foi efetuada nas unidades de saúde onde funciona a consulta de vigilância da gravidez e/ou se procede às respetivas colheitas aos recém-nascidos (Centros de Saúde, Unidades de Saúde Familiares, Hospitais públicos e privados) através da distribuição de panfletos informativos do PNRN.

Em 2019 este folheto foi atualizado e passou a incluir informação sobre a Fibrose Quística ([Anexo 16](#)).

Com a colaboração da Associação Portuguesa de Neuromusculares, foi elaborado e distribuído o respetivo folheto informativo sobre a Atrofia Muscular Espinal ([Anexo 17](#)).

2.8 Parcerias internacionais

O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), enquanto coordenador do National Mirror Group (NMG) do “European Joint Programme on Rare Diseases” (EJP RD), assinalou o Dia Mundial das Doenças Raras, que se comemora a 28 de fevereiro, com uma conferência online subor-

dinado ao tema “Doenças raras: juntos somos mais fortes”. Organizado em conjunto pelo INSA, Direção-Geral da Saúde, União das Associações das Doenças Raras de Portugal – RD Portugal, National Mirror Group do European Joint Programme for Rare Diseases, Orphanet, Fundação para a Ciência e Tecnologia, e pela Associação de Investigação Clínica e Inovação Biomédica. A iniciativa visou sensibilizar o público para a temática das doenças raras, mas também dar visibilidade ao trabalho desenvolvido nesta área.



Ao longo dos anos o Programa tem mantido uma estreita colaboração com diversas Associações de Doentes, em particular com aquelas que representam os doentes diagnosticados através do “teste do pezinho”, dando a sua contribuição técnico-científica sempre que solicitada.

Por ocasião das comemorações dos 40 anos do Programa Nacional de Rastreio Neonatal, foi elaborado um protocolo de colaboração entre o INSA e a APOFEN ([Anexo 18](#)).

Em 2020, um protocolo de colaboração entre o INSA e as duas Associações de Doentes da Fibrose Quística: ANFQ e APFQ foi também assinado ([Anexo 19 e 20](#)).

São exemplo de associações que tem colaborado com o Programa Nacional de Rastreio Neonatal:

- **Associação Portuguesa de Fenilcetonúria e outras Doenças Hereditárias do Metabolismo Proteico (APOFEN)** www.apofen.pt



Presidente da Direção – Dr.^a Elisabete Almeida

É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), de utilidade pública, em que a missão é estritamente social.

A APOFEN congrega doentes com doenças hereditárias do metabolismo das proteínas (sendo a grande maioria identificados através do rastreio neonatal), familiares e amigos. Edita regularmente a revista Tribólicas.

- **Associação Portuguesa de Fibrose Quística (APFQ)** www.apfq.pt



Presidente da Direção – Dr. Manuel Herculano Castro Rocha

A Associação Portuguesa de Fibrose Quística é uma IPSS que tem por objetivo implementar todas as ações relacionadas com o aspeto médico, paramédico e social da fibrose Quística.

- **Associação Portuguesa de Pais e Doentes com hemoglobinopatias (APPDH)** www.appdh.org.pt



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PAIS E DOENTES COM HEMOGLOBINOPATIAS

Presidente da Direção – Dr. Manuel Pratas

É uma associação com caracterização jurídica de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), cujas vertentes principais são a saúde e ação social.

- **Associação de Doenças Neuromusculares (APN)** www.apn.pt



Presidente da Direção – Eng. Joaquim Brites

A APN é uma IPSS e de Utilidade Pública desde 5 de Fevereiro de 2000. Atualmente conta com mais de 1800 sócios dos diferentes horizontes ligados às doenças Neuromusculares – doentes, familiares, médicos e técnicos de saúde.





3

Centros de Referência/
Centros Especializados para o Tratamento



Os Centros de Referência Nacionais são reconhecidos como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença. Os Centros de Referência nacionais de Doenças Hereditárias do Metabolismo (CR DHM)

e da Fibrose Quística (CR FQ) foram determinados pelos Despachos n.º 3653/2016 e n.º 6669/2017, respetivamente. Foram também definidos Centros Especializados para o tratamento de Hemoglobinopatias e de Doenças Neuromusculares, por apresentarem consultas bem estruturadas e de reconhecido mérito a nível nacional. Todos estes Centros recebem os doentes detetados no PNRN, dos quais fazem parte:

Centros de Referência (CR) / Centros Especializados para o Tratamento (CT)

Centro Hospitalar e Universitário de São João, E.P.E. (Hospital São João)

Coordenador do CR DHM - Dr^a. Esmeralda Rodrigues
Coordenador do CR FQ - Prof^a. Doutora Inês Azevedo
CT de Hemoglobinopatias - Dr^a. Fátima Ferreira
CT de Neuromusculares - Dr^a. Raquel Sousa

Centro Hospitalar e Universitário do Porto, E.P.E. (Centro Materno Infantil do Norte)

Coordenador do CR DHM - Prof^a. Doutora Esmeralda Martins
Coordenador do CR FQ - Dr^a. Telma Barbosa
CT de Hemoglobinopatias - Dr^a. Esmeralda Cleto
CT de Neuromusculares - Dr^a. Manuela Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E. (Hospital Pediátrico de Coimbra)

Coordenador do CR DHM - Prof^a. Doutora Luísa Diogo
Coordenador do CR FQ - Dr^a. Fernanda Gamboa (responsável do pólo pediátrico, Dr^a. Teresa Reis Silva)
CT de Hemoglobinopatias - Dr^a. Tabita Maia
CT de Neuromusculares - Dr^a. Joana Ribeiro

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. (Hospital de Santa Maria)

Coordenador do CR DHM - Dr^a. Ana Gaspar
Coordenador do CR FQ - Prof^a. Doutora Celeste Barreto
CT de Hemoglobinopatias - Dr^a. Anabela Ferrão
CT de Neuromusculares - Dr^a. Teresa Moreno

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E. (Hospital Dona Estefânia)

Coordenador do CR DHM - Dr^a. Ana Cristina Ferreira
Coordenador do CR FQ - Dr^a. Susana Castanhinha
CT de Hemoglobinopatias - Dr^a. Paula Kjollerstrom
CT de Neuromusculares - Dr. José Pedro Vieira

Hospital Garcia de Orta

CT de Hemoglobinopatias - Dr^a. Paula Kjollerstrom

Hospital Fernando da Fonseca

CT de Hemoglobinopatias - Dr^a. Teresa Faria

Os casos positivos ou suspeitos são encaminhados para os Centros de Referência para o tratamento, preferencialmente mais próximos da área de residência, onde são confirmados e orientados por equipes multidisciplinares de profissionais de saúde.

Os Centros Especializados para o tratamento, para encaminhamento de rastreios positivos para Drepanocitose e Atrofia Muscular Espinal foram acordados antes do início dos respectivos estudo-piloto.

3.1 Reunião anual com os Centros de Referência /Centros Especializados para o Tratamento

As reuniões anuais da Comissão Executiva do PNRN com os Centros de Referência/Centros Especializados para o tratamento para discussão dos casos identificados no rastreio neonatal no ano 2023, realizaram-se nos dias 8 de fevereiro (Atrofia Muscular Espinal), 24 de fevereiro (Fibrose Quística), 9 de abril (Doenças Hereditárias do Metabolismo) e 21 de maio (Hipotiroidismo Congénito). Para os Centros de Tratamento da Drepanocitose os casos foram enviados por comunicação eletrónica.

Durante o ano de 2023 foram rastreados 85.764 recém-nascidos e diagnosticados 136 casos: 46 casos de Doenças Hereditárias do Metabolismo; 44 casos de Hipotiroidismo Congénito, 6 casos de Fibrose Quística, 34 casos de Drepanocitose e 6 casos de Atrofia Muscular Espinal. Comparativamente ao ano anterior, foram rastreados mais 2328 recém-nascidos e no total diagnosticados mais 7 casos (129 *versus* 136).

I – Doenças Hereditárias do Metabolismo

Foram analisados os resultados dos estudos bioquímicos e moleculares efetuados no âmbito da confirmação diagnóstica dos 54 casos enviados para Centro de Referência para o Tratamento, 46 dos quais corresponderam a recém-nascidos com Doenças Hereditárias do Metabolismo. Foram revistos os oito casos de causa materna (cinco de défice de vitamina B12 e três de 3-Metilcrotonilglicinúria), diagnosticados através de alterações bioquímicas no rastreio do respetivo recém-nascido. Os Centros de Referência para o Tratamento complementaram a informação apresentando os aspetos clínicos e laboratoriais dos recém-nascidos, com atualização do *follow-up*. Em todos os casos foi efetuado a confirmação genética.

II – Hipotiroidismo Congénito

Foram detetados 52 casos sugestivos de Hipotiroidismo Congénito. Dos quais, oito casos foram considerados Hipotiroidismos transitórios, obtendo-se um total de casos confirmados de 44.

Foram confirmados os casos detetados ao rastreio e que mantinham terapia hormonal, discutidos os casos que se constatarem ser transitórios e avaliados os casos duvidosos, constituídos essencialmente por grandes prematuros ou recém-nascidos gravemente doentes.

III – Fibrose Quística

Foram orientados para os Centros de Referência para o tratamento, 10 recém-nascidos com alterações no rastreio da Fibrose Quística e confirmados 6 casos. Assim, este ano foram diagnosticados 6 casos de Fibrose Quística.

IV – Drepanocitose

Em fevereiro de 2022 este rastreio foi estendido a nível nacional.

No decurso do ano de 2023, o rastreio da drepanocitose foi adicionado ao Programa Nacional de Rastreio Neonatal, tendo sido diagnosticados 34 casos.

V – Atrofia Muscular Espinal

O estudo-piloto para a Atrofia Muscular Espinal iniciou-se a 27 de outubro de 2022, a nível nacional, tendo-se atingido o estudo de 100.000 recém-nascidos em dezembro de 2023. No ano 2023, foram diagnosticados e orientados para Centros Especializados para o tratamento, 6 casos.





4

Resultados



4.1 Rastreio neonatal

Na Unidade de Rastreio Neonatal em 2023 foram estudados 85.764 recém-nascidos, com a distribuição temporal e regional descrita na **Tabela 6**.

No âmbito do rastreio neonatal foram ainda efetuados estudos a bebés nascidos no estrangeiro, nomeadamente em países africanos, Angola e Moçambique, que foram contratualizados com Centros Médicos desses países. O rastreio de Anemia de Células Falciformes (Drepanocitose) foi também incluído, devido à alta prevalência desta doença nessas regiões.

Os grandes centros urbanos, dos distritos de Lisboa e Porto contribuíram com 48% do total de nascimentos. Desde 2000 que se tem verificado um decréscimo na taxa de natalidade nacional, tendo sido 2021 o ano com o menor número de nascimentos, reflexo da pandemia da COVID-19. O ano de 2022 traduziu-se num ano de viragem, 2023 acompanha o crescimento da taxa natalidade, tendo sido contabilizados mais 2028 nascimentos, que no ano anterior. Os distritos de Bragança, Guarda e Portalegre são os distritos com menor número de nascimentos (menos de 700 por ano). Em média registaram-se 7.147 nascimentos por mês.

Tabela 6 – Distribuição dos recém-nascidos estudados por distrito e por mês em 2023.

Distrito	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Aveiro	348	287	335	278	306	357	335	401	337	340	363	336	4 023
Beja	92	72	103	79	77	93	89	74	79	109	102	93	1 062
Braga	575	445	500	470	538	533	542	563	557	579	535	438	6 275
Bragança	52	53	58	48	50	44	49	43	40	50	62	45	594
Castelo Branco	99	72	78	83	105	84	83	88	70	96	111	95	1 064
Coimbra	328	256	294	224	282	293	285	347	314	329	338	269	3 559
Évora	64	84	90	91	92	85	87	112	97	100	100	98	1 100
Faro	380	325	377	312	361	384	357	405	371	418	386	363	4 439
Guarda	60	49	58	36	64	41	58	54	66	61	63	36	646
Leiria	318	258	275	249	264	269	257	312	272	302	271	261	3 308
Lisboa	2 179	1 910	2 162	1 853	2 414	2 095	2 114	2 228	2 199	2 219	2 432	2 000	25 805
Portalegre	50	33	38	38	46	48	56	66	49	47	42	41	554
Porto	1 407	1 091	1 301	1 141	1 363	1 247	1 262	1 375	1 252	1 382	1 385	1 250	15 456
Madeira	175	125	136	125	150	120	147	144	140	127	199	132	1 720
Açores	209	134	194	137	169	171	162	158	161	174	180	147	1 996
Santarém	252	180	248	201	242	234	226	233	234	245	241	242	2 778
Setúbal	662	517	567	500	616	566	556	632	558	647	575	508	6 904
Viana do Castelo	132	100	131	101	118	117	131	130	116	129	149	108	1 462
Vila Real	80	72	87	76	86	92	76	94	83	88	85	67	986
Viseu	187	157	164	136	163	180	162	202	175	190	160	157	2 033
Total PT	7 649	6 220	7 196	6 178	7 506	7 053	7 034	7 661	7 170	7 632	7 779	6 686	85 764

Para além das amostras de rastreio dos recém-nascidos, foram recebidas mais 676 amostras, que dizem respeito às segundas amostras solicitadas pelos motivos apresentados na **Figura 2**.

As restantes repetições foram solicitadas devido ao facto de serem casos com valores ligeiramente alterados ao rastreio e no qual foi necessário uma

segunda amostra para esclarecer o resultado inicial do biomarcador dessa doença. As amostras inadequadas (não conformes), englobam aquelas em que o sangue é insuficiente para análise ou em que algo aconteceu com o acondicionamento ou com o transporte até à sua receção na URN.

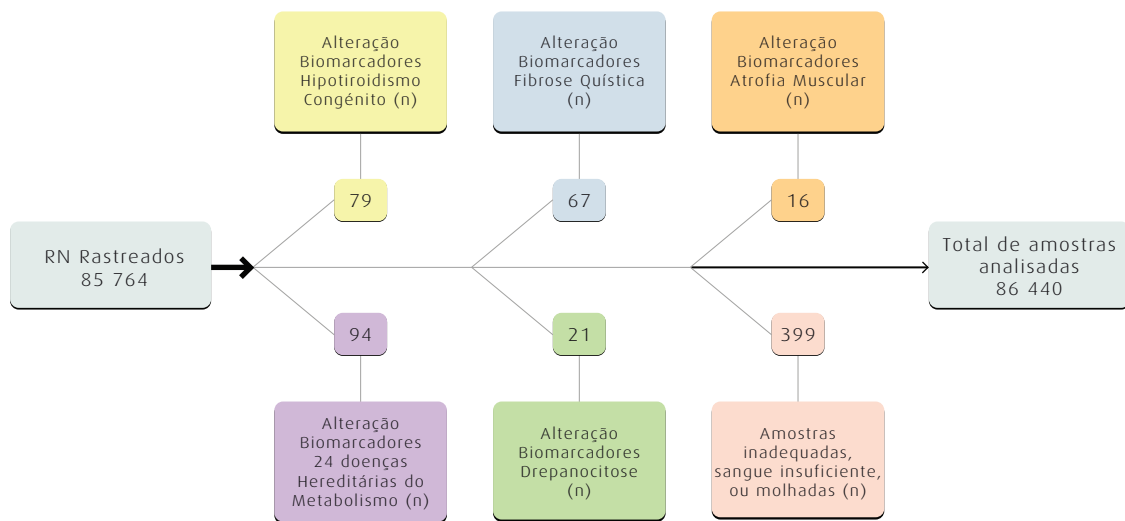


Figura 2 – Total de testes de rastreio e de repetições realizadas.

4.2 Doenças Hereditárias do Metabolismo

Este ano foram diagnosticados 46 recém-nascidos com Doenças Hereditárias do Metabolismo, conforme referido na **Tabela 8**. Nesta tabela é apresentada também a distribuição por distrito e o respetivo Centro de Referência. Para além destes casos, foram ainda identificados dois recém-nascidos suspeitos de Tirosinemia, um dos quais após avaliação clínica verifica-se que este caso estava associado ao tipo de alimentação (leite de vaca), o segundo recém-nascido foi diagnosticado com uma Doença auto-imune.

O método laboratorial, assim como os *cut-offs* dos biomarcadores e critérios bioquímicos (**Tabela 7**), para o rastreio das diversas doenças rastreadas estão definidos e podem ser consultados no artigo publicado em 2010: *Vilarinho L, Rocha H, Sousa C, Marcão A, Fonseca H, Bogas M, Osório RV. Four years of expanded newborn screening in Portugal with tandem mass spectrometry. J Inherit Metab Dis. 2010 Dec;33(Suppl3):S133-138. doi: 10.1007/s10545-010-9048-z*, sendo que, alguns dados foram atualizados ao longo dos anos.

Tabela 7 – Cut-off e Ratios dos marcadores bioquímicos, utilizados nas Doenças Hereditárias do Metabolismo pesquisadas por espectrometria de massa.

	Doenças Rastreadas	Cutt-Offs e Ratios	2 TT
Aminoacidopatias	Fenilcetonúria (PKU) / Hiperfenilalaninemia (HPhe)	Phe (>150 µM) e Phe/Tyr (>1,5)	-
	Leucínose (MSUD)	XLeu (>270 µM) e Val (>285 µM) Val/Phe>4, Xleu/Phe>5	-
	Tirosinemia Tipo I (TYR 1)	Tyr (> 210 µM)	Succinilacetona
	Tirosinemia Tipo II (TYR 2)	Tyr (> 500 µM)	Succinilacetona
	Tirosinemia Tipo III (TYR 3)	Tyr (> 500 µM)	Succinilacetona
	Homocistinúria Clássica (Hcy)	Met (>45 µM)	Homocisteína
	Deficiência em metionina adenosinatransferase II/III (MAT II/III)	Met (>45 µM)	Homocisteína
Doenças do Ciclo da Ureia	Citrulinemia tipo I (Cit I)	Cit (>200 µM)	-
	Acidúria Argininosuccínica (AAS)	ASA (> 1 µM)	-
	Arginemia (ARG)	Arg (>50 µM) and Arg/Orn (>1,0)	-
Acidúrias Orgânicas	3-Metilcrotonilglicínúria (3-MCC)/ Deficiência em Holocarboxilases sintetase (Def. HCS)	C5OH (>1,0 µM)	-
	Acidúria Isovalérica (IVA)	C5 (>1,0 µM)	C5 e Piv-C5
	Acidúria Propiónica (PA)	C3 (>5,25 µM) e C3/C2 (>0,2)	MMA, 3OHprop, PropGly
	Acidúria metilmalónica tipo mut -(MMA mut-/mut0)/ Défices do metabolismo das Cobalaminas	C3 (>5,25 µM) e C3/C2 (>0,2)	MMA, 3OHprop, PropGly
	Acidúria Glutárica Tipo I	C5DC (>0,2 µM)	-
	Acidúria 3-hidroxi-3-metilglutárica (3-HMG)	C5OH (>1,0 µM) e C6DC (>0,07 µM)	-
	Acidúria Malónica (MA)	C3DC (>0,35 µM)	-
Défices da β-oxidação Mitochondrial dos Ácidos Gordos	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	C8 (>0,3 µM) e C8/C10 (>2,5)	-
	Deficiência da Desidrogenase de 3-Hidroxi-Acil-CoA de Cadeia Longa (LCHAD) / Deficiência Proteína Trifuncional (TFP)	C16OH (>0,10 µM), C18:1OH (>0,07 µM), C18OH (>0,06 µM) e C16OH/C16 (>0,04)	-
	Deficiência Múltipla das Acil-CoA Desidrogenases dos Ácidos Gordos (MADD)	Valores elevados de Acil carnitinas de C4 a C18	-
	Deficiência Primária em Carnitina (CUD)	C0 (<6,8 µM)	-
	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Muito Longa (VLCAD)	C14:1 (>0,46 µM), C14:2 (>0,17 µM) e C14:1/C12:1 (>6,0)	-
	Deficiência da Carnitina-Palmitoil Transferase I (CPT I)	C0/(C16+C18) (>30)	-
	Deficiência da Carnitina-Palmitoil Transferase II (CPT II) /Deficiência da Carnitina-acilcarnitina translocase (CACT)	C0/(C16+C18) (<3,0)	-
Deficiência da Desidrogenase de 3-Hidroxi-Acil-CoA de Cadeia Curta (SCHAD)	C4OH (>0,95 µM)	-	

Phe - fenilalanina; Tyr - tirosina; Xleu - leucina/isoleucina/alo-isoleucina; Val - valina; CoA - coenzima A; Met - metionina; C0 - carnitina livre; C2 - acetilcarnitina; C3 - propionilcarnitina; C3DC - malonilcarnitina; C4 - butirilcarnitina; C4OH - 3-hidroxi-butilcarnitina; C5 - isovalerilcarnitina/2-metilbutirilcarnitina; C5OH - 3-hidroxiisovalerilcarnitina/2-metil-3-hidroxi-butilcarnitina; C8 - octanoilcarnitina; C10 - decanoilcarnitina; C5DC - glutarilcarnitina/3-hidroxi-decanoilcarnitina; C14:1 - tetradecenoilcarnitina; C16 - palmitoilcarnitina; C16OH - 3-hidroxi-palmitoilcarnitina; C18 - estearoilcarnitina; C18:1OH - 3-hidroxi-oleoilcarnitina; C18OH - 3-hidroxi-estearoilcarnitina; C6DC - adipoil/metilglutarilcarnitina; MMA - ácido metilmalónico; PropGly - propionilglicina; 2TT - Teste de segundo nível.



Tabela 8 – Doenças Hereditárias do Metabolismo identificados no rastreio neonatal em 2023.

N.º Doente	Patologia	Distrito	Centro de Referência	Idade RN à referência ao CRT	Data Nascimento	Sexo
46	Homocistinúria Clássica	Santarém	CHUC - HP	13D	29/11/2023	M
45	Deficiência Múltipla das Acil-CoA Desidrogenases dos Ácidos Gordos (MADD-Like)	Lisboa	CHULN - HSM	2x	28/11/2023	F
44	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia muito Longa (VLCAD)	Lisboa	CHULN - HSM	11D	19/11/2023	M
43	Deficiência primária em Carnitina (CUD)	Porto	CHUdSA - CMIN	2x	10/11/2023	F
42	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Beja	CHULN - HSM	7D	03/11/2023	M
41	Deficiência primária em Carnitina (CUD)	Leiria	CHUC - HP	2x	24/09/2023	M
40	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Faro	CHULN - HSM	10D	15/09/2023	M
39	Tirosinemia II/III (Tyr II/III)	Lisboa	CHLC - HDE	2 x	12/09/2023	F
38	Défices do Metabolismo das Cobalaminas C (AMM Def Cb1C)	Braga	CHUSJ - HSJ	15D	07/09/2023	M
37	Leucinose (MSUD)	Santarém	CHLC - HDE	9D	06/09/2023	M
36	Acidúria Isovalérica (IVA)	Setúbal	CHULN - HSM	11D	21/08/2023	F
35	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Lisboa	CHLC - HDE	15D	15/08/2023	M
34	Défices do Metabolismo das Cobalaminas A (AMM Def Cb1A)	Setúbal	CHULN - HSM	9D	12/08/2023	M
33	Deficiência em Metionina Adenosiltransferase II/III (MAT II/III)	Vila Real	CHUdSA - CMIN	2x	31/07/2023	F
32	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Lisboa	CHULN - HSM	9D	19/07/2023	M
31	Fenilcetonúria (PKU)	Beja	CHULN - HSM	12D	12/07/2023	F
30	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Faro	CHULN - HSM	7D	12/07/2023	M
29	Citrulinemia tipo I (Cit I)	Castelo Branco	CHUC - HP	9D	02/07/2023	M
28	Acidúria Isovalérica (IVA)	Braga	CHUSJ - HSJ	11D	23/06/2023	F
27	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Faro	CHLC - HDE	10D	20/06/2023	M
26	Défices do Metabolismo das Cobalaminas B (AMM Def Cb1B)	Porto	CHUdSA - CMIN	4D	15/06/2023	M
25	Deficiência da Desidrogenase de 3-Hidroxi-Acil-CoA de Cadeia Longa (LCHAD)	Leiria	CHUC - HP	12D	07/06/2023	F
24	Hiperfenilalalinemia/DHPR	Coimbra	CHUC - HP	2x	01/06/2023	M
23	3-Metilcrotonilglicinúria (3-MCC)	Lisboa	CHLC - HDE	2x	21/05/2023	F
22	3-Metilcrotonilglicinúria (3-MCC)	Aveiro	CHUC - HP	2x	20/05/2023	M
21	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Aveiro	CHUC - HP	11D	11/05/2023	F
20	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Faro	CHULN - HSM	10D	09/05/2023	F
19	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Setúbal	CHULN - HSM	9D	08/05/2023	M
18	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia muito Longa (VLCAD)	Porto	CHUSJ - HSJ	8D	07/05/2023	F
17	Citrulinemia tipo I (Cit I)	Lisboa	CHULN - HSM	11D	06/05/2023	M
16	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Leiria	CHUC - HP	9D	19/04/2023	F
15	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Beja	CHULN - HSM	3D	16/04/2023	M
14	3-Metilcrotonilglicinúria (3-MCC)	Lisboa	CHULN - HSM	2x	15/04/2023	M
13	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Setúbal	CHULN - HSM	7D	14/04/2023	M
12	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Santarém	CHULN - HSM	11D	09/03/2023	F
11	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Porto	CHUSJ - HSJ	6D	04/03/2023	M
10	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Évora	CHULN - HSM	17D	19/02/2023	F
9	Fenilcetonúria (PKU)	Évora	CHLC - HDE	9D	18/02/2023	M
8	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Setúbal	CHULN - HSM	14D	13/02/2023	F
7	Argininemia (Arg)	Lisboa	CHULN - HSM	10D	07/02/2023	F
6	Acidúria Malónica (MA)	Coimbra	CHUC - HP	11D	29/01/2023	F
5	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Aveiro	CHUSJ - HSJ	6D	20/01/2023	F
4	Fenilcetonúria (PKU)	Madeira	HCF	7D	03/01/2023	M
3	3-Metilcrotonilglicinúria (3-MCC)	Faro	CHLC - HDE	2x	28/12/2022	F
2	Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD)	Lisboa	CHULN - HSM	10D	27/12/2022	M
1	Hiperfenilalalinemia/DHPR	Faro	CHLC - HDE	2x	20/11/2022	F

CHUSJ-HSJ: Centro Hospitalar Universitário de São João - Hospital de São João; CHULN-HSM: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria; CHLC-HDE: Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia; CHUdSA-CMIN: Centro Hospitalar Universitário de Santo António – Centro Materno Infantil do Norte; CHUC-HP: Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Hospital Pediátrico; HCF: Hospital Central do Funchal. * iniciou terapêutica após repetição do teste

Este ano a prevalência ao nascimento encontrada para as 46 Doenças Hereditárias do Metabolismo rastreadas, foi de **1:1.864**.

A comunicação de resultados positivos aos Centros de Referência foi efetuada em média aos 9,8 dias de vida dos recém-nascidos e o início de tratamento foi efetuado no dia da referência ou eventualmente no dia seguinte.

O déficit de MCAD, doença da β -oxidação mitocondrial dos ácidos gordos, foi identificado em 18 dos 46 casos positivos (39,1%), mantendo-se como a patologia mais comum entre as DHM rastreadas.

A hiperfenilalaninemia (HPhe) moderada referida na Tabela 8 (caso nº 1 e 24) ao rastreio e posteriormente na amostra de confirmação revelou valores de fenilalanina $>150\mu\text{M}$ e $<360\mu\text{M}$, assim como, uma razão de fenilalanina/tirosina superior a 1,5. Estes bebés são enviados aos respetivos Centros de Referência para avaliação. Se nos controlos periódicos e após a diversificação alimentar, com conseqüente aumento do aporte proteico, se verificar que os valores de fenilalanina são superiores a $360\mu\text{M}$ (6 mg/dL), estes bebés são considerados Fenilcetonúricos e iniciam tratamento dietético com restrição em fenilalanina.

Um recém-nascido estava internado na altura do rastreio e ao qual foi diagnosticado: Déficit do Metabolismo das Cobalaminas CblB.

Não foram detetados casos falsos positivos ou negativos, 39,1% dos casos detetados de Doenças Hereditárias do Metabolismo no ano 2023, são provenientes dos fluxos migratórios.

Este ano não houve registo de óbitos nas crianças detetadas com Doenças Hereditárias do Metabolismo ao rastreio.

Falsos positivos de causa materna

Este ano foram identificados 8 casos falsos positivos de rastreio neonatal devido a alterações metabólicas secundárias no recém-nascido e que levaram ao diagnóstico de 3 mães com Doença Hereditária do Metabolismo por déficit de 3-metilcrotonil CoA carboxilase. Estas adultas foram referenciadas para Centros de Referência de Doença Hereditária do Metabolismo. Em 5 mães foi detetado déficit de vitamina B12 secundário a veganismo.

4.3 Hipotiroidismo Congénito

O rastreio de Hipotiroidismo Congénito é executado utilizando a TSH como marcador primário. O rastreio do Hipotiroidismo Congénito utilizando a TSH como marcador primário não contempla o Hipotiroidismo Central, para isso teríamos que usar também a T4 total como marcador primário. Na **Figura 3** encontra-se representado o algoritmo atualmente utilizado no rastreio neonatal do Hipotiroidismo Congénito.

Este ano foram orientados para Centro de Tratamento 52 casos, tendo sido confirmados 44 casos de Hipotiroidismo Congénito, uma vez que 8 tiveram carácter transitório, um dos quais a mãe é portadora da Doença de Graves. Na Tabela 9 apresenta-se a distribuição por distrito, Centro de Tratamento, assim como os valores de TSH e T4 total na amostra de rastreio.

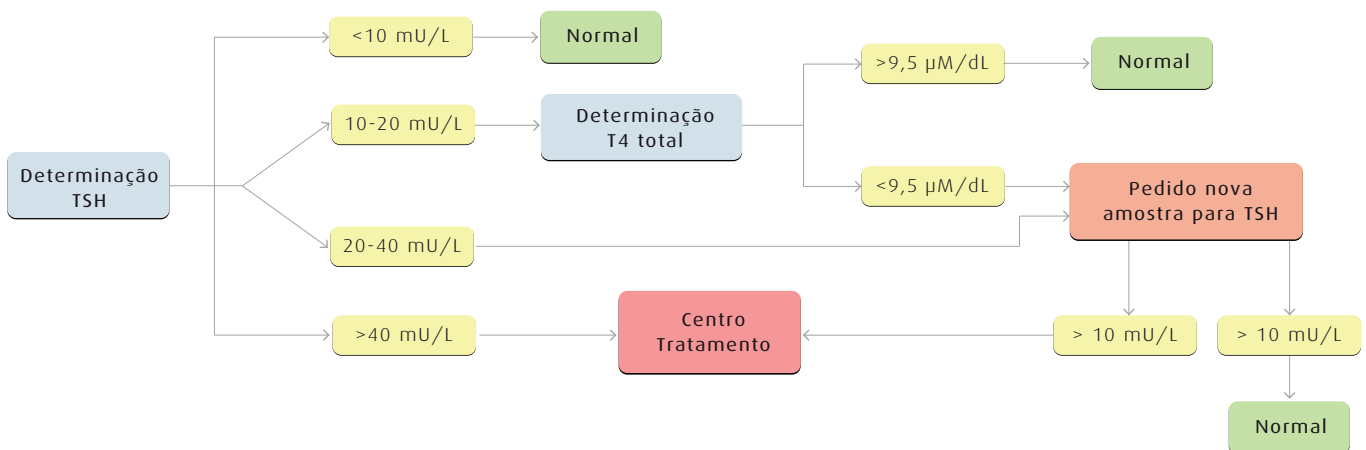


Figura 3 – Algoritmo utilizado no rastreio neonatal do Hipotiroidismo Congénito.

Tabela 9 – Casos de Hipotiroidismo Congénito rastreados em 2023

N.º	Distrito	Centro de Tratamento	Idade RN à referenciação ao CT	TSH (mU/L)	T4 (µg/dL)	Data Nascimento	Sexo	Observações
44	RAM	Funchal	8d	75,6	5,7	13/12/2023	M	-
43	RAM	Funchal	8d	271,7	11,5	13/12/2023	M	Familiar
42	Lisboa	CHULN-HSM	9d	435,4	0,7	04/12/2023	F	-
41	Coimbra	CHUC - HP	2x	19,2/49,1	11,2/8,4	02/11/2023	M	-
40	Faro	CHULN-HSM	2x	8,4/9,3	6,7/3,2	31/10/2023	M	-
39	Coimbra	CHUC - HP	10d	519,0	1,6	28/10/2023	M	Kreniterius
38	Porto	CHUSJ - HSJ	6d	129,0	3,6	27/10/2023	M	-
37	Porto	CHUdSA- CMIN	7d	46,2	13,2	23/10/2023	F	-
36	Braga	CHUSJ - HSJ	9d	111,6	2,3	24/09/2023	F	-
35	Braga	CHUSJ - HSJ	2x	16,6/44,0	6,7/3,2	08/09/2023	M	-
34	Aveiro	CHVNGE - HG	2x	34,9/101,0	9,3/8,4	01/09/2023	M	Familiar
33	Porto	CHUSJ - HSJ	7d	44,2	10,6	31/08/2023	F	-
32	Faro	CHULN-HSM	8d	285,0	2,2	29/08/2023	F	-
31	Santarém	CHULN-HSM	13d	74,5	10,7	29/08/2023	F	-
30	Faro	CHULN-HSM	12d	134,9	4,5	24/08/2023	M	-
29	Lisboa	CHULN-HSM	2x	37,3/5,6	16,0/5,0	20/08/2023	M	-
28	Viseu	CHUC - HP	2x	36,0/60,9	10,9/10,9	05/08/2023	F	-
27	Porto	CHVNGE - HG	4x	11,3/10,4/25,1/24,3	9,9/8,5/4,5/6,2	22/07/2023	F	-
26	Coimbra	CHUC - HP	2x	11,9 / 46,7	5,6 / 1,9	27/06/2023	M	-
25	Porto	CHUdSA- CMIN	2x	18,6 / 121,9	5,1 / 2,1	22/06/2023	M	-
24	Porto	CHUSJ - HSJ	2x	0,8 / 138,7	0,1 / 3,0	12/06/2023	F	-
23	Lisboa	CHULN-HSM	9d	74,1	14,4	22/05/2023	F	-
22	Faro	CHULN-HSM	11d	168,7	2,1	19/05/2023	F	-
21	Aveiro	CHUC - HP	8d	231,7	4,0	16/05/2023	M	Familiar
20	Viseu	CHUC - HP	15d	42,5	7,1	01/05/2023	M	-
19	Beja	CHULN-HSM	11d	121,1	6,4	28/04/2023	F	-
18	Porto	CHUSJ - HSJ	10d	512,3	1,8	17/04/2023	F	-
17	Braga	CHUSJ - HSJ	11d	79,9	9,5	03/04/2023	F	-
16	Lisboa	CHULN-HSM	11d	409,7	6,4	31/03/2023	M	-
15	Lisboa	CHULN-HSM	8d	136,9	4,2	29/03/2023	F	-
14	Lisboa	CHULN-HSM	7d	99,8	2,2	06/03/2023	M	-
13	Braga	CHUSJ - HSJ	10d	181,7	3,4	06/03/2023	F	-
12	Porto	CHUSJ - HSJ	9d	192,6	2,8	01/03/2023	M	-
11	Setúbal	CHULN-HSM	3x	20,0 / 21,5 / 8,0	9,3 / 11,7 / 8,8	27/02/2023	F	-
10	Lisboa	CHULN-HSM	8d	215,3	4,2	15/02/2023	F	-
9	Lisboa	CHULN-HSM	6d	332,4	3,6	09/02/2023	F	-
8	Beja	CHULN-HSM	13d	45,1	5,2	04/02/2023	M	-
7	Lisboa	CHULN-HSM	12d	108,0	9,8	02/02/2023	F	-
6	Leiria	CHUC - HP	7d	48,5	2,9	19/01/2023	F	-
5	Lisboa	CHULN-HSM	2x	1,0 / 27,1	9,7 / 6,3	11/01/2023	M	-
4	Açores	HDES	13d	175,1	2	21/12/2022	M	-
3	Portalegre	CHULN-HSM	11d	179,7	4,5	18/12/2022	F	-
2	Porto	CHULN-HSM	3x	5,0/11,3/10,8	7,8/3,1/6,1	02/12/2022	F	-
1	Porto	CHUdSA- CMIN	3x	10,9/10,0/11,3	8,1/6,3/8,2	02/11/2022	F	-

2x – doentes que iniciaram terapêutica só após uma 2.ª colheita; 3x grande prematuro – doentes que iniciaram terapêutica só após uma 3.ª colheita (protocolo dos grandes prematuros).
 CHUSJ-HSJ: Centro Hospitalar Universitário de São João – Hospital de São João; CHULN-HSM: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria;
 CHVNGE-HG: Centro Hospitalar Vila Nova Gaia Espinho – Hospital de Gaia; CHUdSA-CMIN: Centro Hospitalar Universitário de Santo António – Centro Materno Infantil do Norte;
 CHUC-HP: Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Hospital Pediátrico; HDES: Hospital Divino Espírito Santo.

Os casos positivos ao rastreio foram enviados para o Centro de Tratamento mais próximo da área de residência, embora seja dada aos pais a possibilidade de serem acompanhados numa unidade de saúde da sua preferência. A comunicação dos resultados aos Centros de Tratamento ocorreu em média aos 9,5 dias de vida do bebé.

Todos os casos referidos na **Tabela 9** estão em tratamento. Este ano, a prevalência ao nascimento encontrada para esta patologia foi de 1:1.949.

Catorze recém-nascidos só iniciaram tratamento com L-tiroxina, após uma segunda e terceira colheitas com repetição do doseamento da TSH e da avaliação da T4 total.

As amostras previstas no protocolo de colheitas aos grandes prematuros (idade gestacional <32 Semanas e/ou um peso <1.500 gr). Para evitar falsos negativos no rastreio, em maio de 2021, foi revisto e aprovado um novo protocolo para o rastreio do Hipotiroidismo Congénito nos grandes prematuros, considerando a imaturidade do seu eixo hipotálamo-hipofisário:

Para todos os recém nascidos pré-termo referidos:
1ª amostra, entre 3º e 6º dia de vida;
2ª amostra, duas semanas após nascimento (entre o 14º dia e o 15º dia)
3ª amostra, à quarta semana (entre o 28º e 30º dia)
No caso de recém-nascidos ≥ 27 e ≤ 32 semanas idade gestacional:
4ª amostra, às 36S idade gestacional ou no momento da alta (o que ocorrer primeiro)
No caso de recém-nascidos ≥ 27 e ≤ 32 semanas idade gestacional:
4ª amostra, às 32S idade gestacional
5ª amostra, às 36S idade gestacional ou no momento da alta (o que ocorrer primeiro)

Em cerca de 10% dos casos o Hipotiroidismo congénito está associado a malformações. Este ano não foram reportados recém-nascidos com síndromes malformativas.

Registaram-se 2 óbitos (grandes prematuros).

Dois recém-nascidos possuem irmão afetado com Hipotiroidismo congénito, um outro recém-nascido possui mãe com Hipotiroidismo Congénito. As formas de Hipotiroidismo congénito de causa genética representam 10-15% do Hipotiroidismo congénito permanente.

Na altura da comunicação do resultado, a grande maioria estava assintomático.

4.4 Fibrose Quística (FQ)

No final de 2018 a Fibrose Quística foi oficialmente incluída no Programa Nacional de Rastreio Neonatal, após o estudo-piloto realizado (2013-2018) e publicado por *Marcão A, Barreto C, Pereira L, Vaz LG, Cavaco J, Casimiro A, Félix M, Silva TR, Barbosa T, Freitas C, Nunes S, Felício V, Lopes L, Amaral M, Vilarinho L. Cystic Fibrosis Newborn Screening in Portugal: PAP Value in Populations with Stringent Rules for Genetic Studies. Int J Neonatal Screen. 2018 Jun 29;4(3):22. doi: 10.3390/ijns4030022.*

No início de 2023 foi novamente ajustado o algoritmo nacional para o rastreio da Fibrose Quística (**Figura 4**), que utiliza numa primeira análise a determinação da tripsina imuno-reativa (IRT). Nas amostras em que este parâmetro é superior a 65 ng/mL, a determinação da PAP (proteína associada à pancreatite) é utilizado como

biomarcador secundário. Caso a PAP apresente valores $>1,8$ ng/mL, efetua-se a análise genética (kit Devyser CFTR68), para pesquisa de 68 mutações e no caso de identificadas mutações, o recém-nascido é encaminhado para Centro de Referência para o Tratamento. Caso o recém-nascido apresente valor IRT >150 ng/ml e a PAP $>1,8$ ng/mL e nenhuma mutação identificada, é solicitada uma nova amostra para repetição. Nestas amostras em que o valor de IRT é >100 ng/mL o recém-nascido é encaminhado para um Centro de Referência para o Tratamento.

Todos os casos enviados para os Centros de Referência para o Tratamento, após uma avaliação clínica, estes recém-nascidos efetuaram prova de suor.

Foram orientados para os Centros de Referência para o Tratamento de Fibrose Quística 10 recém-nascidos com alterações no rastreio, dos quais foram confirmados 6 casos. Um recém-nascido, nascido em 2022 (caso nº1) foi apenas diagnosti-

cado em 2023, uma vez que a primeira amostra de rastreio extraviou-se, sendo colhida uma outra amostra, altura em que apresentou uma IRT 53^* ng/ml, sendo o valor de referência utilizado à idade da colheita >30 ng/ml, confirmou com uma mutação em homozigotia. Assim, este ano foram diagnosticados 6 casos de Fibrose Quística, sendo a prevalência ao nascimento encontrada para esta patologia de 1:14.294.

O risco de rastreios falsos negativos existe, pelo que, sempre que haja suspeita clínica de Fibrose Quística, deve-se prosseguir com investigação diagnóstica, uma vez que nos casos de Fibrose Quística com ileus meconial o IRT pode apresentar valores normais.

A homozigotia para a variante genética p.F508del, encontra-se presente em três casos (50%), sendo que cinco dos seis recém-nascidos positivos apresentavam esta variante em, pelo menos, um alelo. Um outro recém-nascido apresentava homozigotia para a variante p.A561E (Tabela 10).

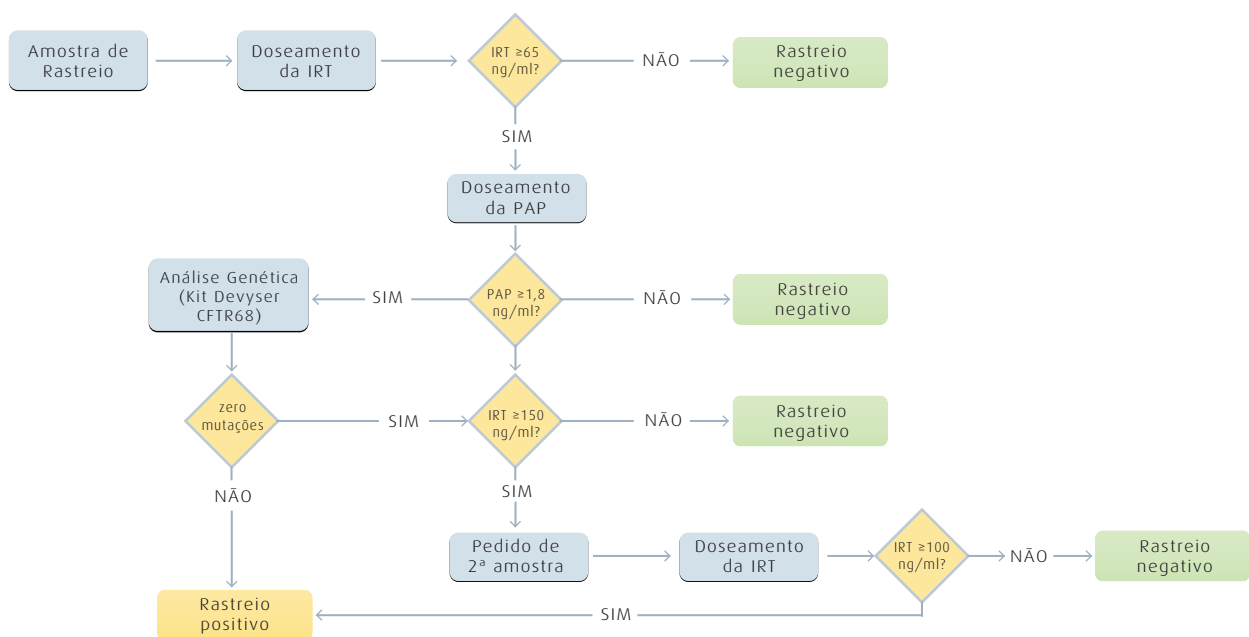


Figura 4 – Algoritmo utilizado no rastreio neonatal da FQ em Portugal.

Tabela 10 – Casos de Fibrose Quística enviados para Centro de Referência em 2023.

	Distrito	Centro Referência	Data de nascimento	Rastreio IRT (ng/mL)	Rastreio PAP (ng/ml)	Repetição IRT (ng/mL)	Análise genética
1	Coimbra	CHUC-HP	27/07/2023	185	>8,8	ND	p.F508del/1811+1,6KbA>G
2	Lisboa	CHLC-HDE	20/07/2023	168	>8,8	141	p.F508del/p.F508del
3	Porto	CHUdSA-CMIN	13/02/2023	264	>8,8	ND	p.F508del/p.G85E
4	Santarém	CHLC-HDE	16/01/2023	181	4,4	201	p.F508del/p.F508del
5	Braga	CHUSJ-HSJ	09/01/2023	153	>8,8	226	p.A561E/p.A561E
6	Faro	CHLC-HDE	21/06/2022	53*	>8,8	ND	p.F508del/p.F508del

IRT - Tripsina imunorreativa; PAP - Proteína associada à pancreatite; ND - não determinado; CHSJ-HSJ: Centro Hospitalar Universitário de São João – Hospital de São João; CHUdSA-CMIN: Centro Hospitalar Universitário de Santo António – Centro Materno Infantil do Norte; CHLC-HDE: Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia; CHUC-HP: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Pediátrico.

4.5 Drepanocitose

4.5.1 Rastreio Neonatal da Drepanocitose em 100.000 RN (estudo-piloto)

Em março de 2021, iniciou-se o estudo-piloto do rastreio neonatal da Drepanocitose (Anemia de Células Falciformes), nos recém-nascidos dos distritos de Lisboa e Setúbal.

Em 2022 o estudo-piloto foi alargado a todos os recém-nascidos em Portugal, já que atualmente também no restante território nacional se verifica um aumento da fixação de imigrantes provenientes das zonas de risco.

Os resultados do estudo-piloto traduzem-se numa prevalência ao nascimento da Drepanocitose a nível nacional de 1/2.299 recém-nascidos, para a qual contribuem significativamente os distritos de Lisboa e Setúbal, onde obtivemos uma prevalência ao nascimento de 1/978 recém-nascidos.

Permitem-nos concluir que esta doença está cada vez mais disseminada em Portugal, tal como a nível Europeu, onde já é considerada um problema

de Saúde Pública, em muito devido aos movimentos populacionais provenientes de regiões onde a doença é mais frequente.

Torna-se cada vez mais evidente a importância da integração do rastreio neonatal da Drepanocitose no painel de doenças rastreadas no âmbito do Programa Nacional do Rastreio Neonatal, para que seja possível adotar medidas preventivas o mais precocemente possível.

Também em Portugal, o fluxo migratório fez com que o peso da doença tenha vindo a aumentar, e além dos imigrantes provenientes de África e América Latina, também o Sudoeste asiático tem contribuído para o aumento de imigrantes em Portugal e consequentemente para a disseminação de hemoglobinopatias como é o caso da Drepanocitose.

Tendo sido concluído o estudo-piloto, e após avaliação e no sentido de adotar medidas preventivas o mais precocemente possível, no decurso de 2023 o rastreio da Drepanocitose foi incluído no Programa Nacional de Rastreio Neonatal.

Tabela 11 – Casos de Drepanocitose enviados para Centro de Tratamento em 2023.

Nº doente	Distrito	Centro de tratamento	Sexo	Data nascimento	% Hb F VR: 79,4-97,9	% Hb S VR: Não detetável	%Hb F desnaturada	% Hb C VR: Não detetável
34	Porto	CHUSJ - HSJ	F	16/11/2023	88,9	9,5	1,6	-
33	Porto	CHUSJ - HSJ	F	16/11/2023	89,0	9,6	1,4	-
32	Setúbal	HGO	M	01/11/2023	90,2	7,0	2,8	-
31	Faro	CHULN-HSM	F	31/10/2023	91,4	7,0	1,6	-
30	Lisboa	CHLC-HDE	M	27/10/2023	82,1	7,1	2,9	7,9
29	Lisboa	CHLC-HDE	M	15/10/2023	82,4	16,3	1,3	-
28	Lisboa	CHLC-HDE	M	02/10/2023	82,1	15,2	2,7	-
27	Lisboa	HFF	M	09/10/2023	92,6	7,4	-	-
26	Lisboa	CHULN-HSM	M	23/09/2023	84,5	11,0	4,5	-
25	Setúbal	HGO	M	10/09/2023	87,4	11,1	1,5	-
24	Braga	CHUdSA-CMIN	F	09/09/2023	78,0	19,5	2,5	-
23	Setúbal	HGO	F	19/08/2023	87,2	11,1	1,7	-
22	Lisboa	HGO	F	14/08/2023	90,3	7,6	2,1	-
21	Lisboa	CHULN-HSM	F	05/07/2023	78,3	20,4	1,2	-
20	Lisboa	HFF	M	23/06/2023	85,9	12,1	2,1	-
19	Setúbal	HGO	M	12/06/2023	80,9	7,0	2,9	9,2
18	Setúbal	HGO	M	07/06/2023	81,3	9,2	2,6	6,9
17	Lisboa	HFF	F	05/06/2023	81,4	18,6	-	-
16	Lisboa	CHLC-HDE	F	01/06/2023	85,7	12,1	2,2	-
15	Setúbal	HGO	M	19/05/2023	89,7	8,7	1,6	-
14	Lisboa	CHLC - HDE	F	11/05/2023	72,2	13,7	1,0	13,1
13	Lisboa	CHULN-HSM	M	04/05/2023	89,1	8,5	2,4	-
12	Beja	CHLC-HDE	M	20/04/2023	85,0	12,3	2,7	-
11	Lisboa	CHLC-HDE	F	19/04/2023	89,8	4,5	1,2	4,5
10	Lisboa	HFF	F	19/04/2023	80,5	18,7	0,8	-
9	Lisboa	HFF	F	13/04/2023	86,3	13,7	-	-
8	Lisboa	CHLC - HDE	M	25/03/2023	85,0	12,9	2,1	-
7	Porto	CHUdSA-CMIN	M	26/03/2023	91,7	8,3	-	-
6	Lisboa	HFF	F	23/03/2023	88,8	4,8	1,3	5,1
5	Lisboa	CHULN-HSM	F	24/03/2023	79,5	20,5	-	-
4	Setúbal	HGO	F	27/02/2023	85,0	15,0	-	-
3	Lisboa	HFF	M	10/02/2023	93,1	6,9	-	-
2	Lisboa	HFF	F	18/01/2023	78,0	20,8	1,2	-
1	Porto	CHUSJ - HSJ	M	30/12/2022	85,7	12,3	-	-

CHUSJ-HSJ: Centro Hospitalar Universitário de São João – Hospital de São João; HFF: Hospital Fernando da Fonseca; HGO: Hospital Garcia de Orta; CHULN-HSM: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria; CHUdSA-CMIN: Centro Hospitalar Universitário de Santo António – Centro Materno Infantil do Norte.

Este ano foram diagnosticados 34 casos de drepanocitose (28 FS e 6 FSC), conforme Tabela 11, o critério bioquímico para envio de um recém-nascido para Centro Especializado para o Tratamento incluía a deteção de hemoglobina S na amostra de rastreio, no entanto foram ainda enviados para além dos casos diagnosticados, quatro recém-nascidos com suspeita de outras hemoglobinopatias (3 hemoglobinas de Bart e 1 β -Talassémia), para avaliação.

A grande maioria dos casos diagnosticados pertence à região de Lisboa e Setúbal (27), 79,4%.

Este ano a prevalência ao nascimento encontrada para esta patologia foi de 1:2.522.

4.6 Atrofia Muscular Espinal (estudo-piloto)

A 27 de outubro de 2022 foi iniciado a nível nacional o estudo-piloto para o rastreio neonatal da Atrofia Muscular Espinal. Este estudo teve como objetivo:

- avaliar a exequibilidade técnica e organizacional do rastreio da Atrofia Muscular Espinal em Portugal
- determinar o seu impacto em termos de saúde pública
- avaliar a viabilidade da integração deste teste no Programa Nacional de Rastreio Neonatal.

A amostra a utilizar é a colhida normalmente para efeitos do rastreio neonatal - sangue em cartão de Guthrie - após anuência dos pais ou tutores para o efeito. O tipo de análise utilizado é diferente e pressupõe a utilização de um *kit* comercial validado e verificado para a deteção da deleção do exão 7 do

gene SMN1 por PCR em tempo real. O método de análise implementado não permitirá distinguir analiticamente os heterozigóticos, impossibilitando a deteção de portadores. A sensibilidade clínica do teste de rastreio neonatal da Atrofia Muscular Espinal, está prevista para ser de aproximadamente 95%, uma vez que este teste não identificaria indivíduos afetados que são heterozigotos compostos com um alelo SMN1 afetado e um segundo alelo com uma mutação pontual.

Após a deteção da deleção do exão 7 em homozigotia, o recém-nascido será referenciado a um Centro de Tratamento Especializado, com serviço de Neuropediatria, para confirmação do diagnóstico clínico e confirmação laboratorial do número de cópias do gene SMN2 (protocolo com o Centro Hospitalar Universitário de Santo António assinado pela Prof. Dra. Rosário Santos). Com o apoio da Associação Portuguesa de Neuromusculares (APN), foi elaborado um folheto informativo para os pais (**Figura 5**), que é entregue nas consultas de vigilância da gravidez e antes da recolha do rastreio neonatal. Em 2023, o rastreio desta patologia permaneceu em projeto-piloto.

Desde o início do estudo-piloto, foram diagnosticados sete recém-nascidos com Atrofia Muscular Espinal sendo um deles diagnosticado em 2022 no total de 15.373 recém-nascidos rastreados.

Durante o ano de 2023 (**Tabela 12**), foram diagnosticados seis recém-nascidos com Atrofia Muscular Espinal, três (50%) dos quais apresentavam três cópias de SMN2, um apresentava duas cópias de SMN2, um quatro cópias de SMN2, e um recém-nascido com cinco cópias de SMN2. Com uma prevalência ao nascimento de 1:14.294.

Em dezembro de 2023 atingimos os 100.000 recém-nascidos estudados com uma prevalência ao nascimento de 1:14.515. Atendendo ao número de casos detetados ser reduzido e após reunião com os neuropediatras dos Centro Especializados para o tratamento, foi decidido dar continuidade a este rastreio durante o ano de 2024 em estudo-piloto.

Não foram detetados casos de falsos negativos durante este ano.

Tabela 12 – Casos de Atrofia Muscular Espinal (estudo-piloto), enviados para Centro de Tratamento em 2023.

N.º	Distrito	Centro Referência	Sexo	Data nascimento	Idade à referenciação para CT	Nº Cópias gene SMN2
6	Leiria	CHLC - HDE	M	28/09/2023	13D	4
5	Lisboa	CHULN - HSM	F	25/09/2023	15D	3
4	Coimbra	CHUC - HP	F	11/06/2023	8D	5
3	Lisboa	CHLC - HDE	M	29/04/2023	9D	2
2	Faro	CHULN - HSM	M	01/03/2023	8D	3
1	Portalegre	CHLC - HDE	M	03/01/2023	14 D	3

CHLC-HDE: Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia; CHULN-HSM: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria; CHUC-HP: Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Hospital Pediátrico

Juntos, pela qualidade de vida dos doentes neuromusculares

Mais Questões?
Esta brochura não substitui as informações que podem e devem ser prestadas pelo vosso médico ou outros profissionais de saúde. Caso pretendam, também podem contactar as instituições referenciadas no presente folheto.

Para mais informações:
Programa Nacional de Rastreio Neonatal, utilizando o formulário de contacto disponível nos sites www.mind.pt ou www.diagnosticoeprerecoce.pt
Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IINSa
Unidade de Rastreio Neonatal, Metabólico e Genético
Rua Alexandre Henriques, 321 • 4000-056 Porto
APN - Associação Portuguesa de Neuromusculares
R. do Duque de Loual, 20 • 4000-324 Porto
www.apn.pt

Programa Nacional de Rastreio Neonatal

Rastreio da Atrofia Muscular Espinal

Sobre a Atrofia Muscular Espinal
A Atrofia Muscular Espinal é uma doença neuromuscular, rara, hereditária e muito grave que se caracteriza por uma fraqueza muscular progressiva. Todos os músculos, incluindo os respiratórios, são afetados. A idade do início é variável mas, na maioria dos casos, surge no primeiro ano de vida. Sem tratamento, esta doença ocasiona uma grave incapacidade motora e, em alguns casos, há a impossibilidade de sobrevivência, apesar de todo o apoio multidisciplinar, incluindo ventilação, reabilitação, entre outros.

Nos últimos anos, surgiram medicamentos que visam modificar o rumo da doença. Estes novos fármacos permitem a aquisição de competências motoras e uma melhoria substancial na qualidade de vida. Dada que a Atrofia Muscular Espinal é uma doença progressiva, o tratamento tem que ser administrado precocemente, antes mesmo de surgirem os primeiros sintomas. O seu diagnóstico precoce, com um seguimento em Centros com consulta multidisciplinar de doenças neuromusculares e uma terapêutica modificadora da doença, faz toda a diferença no acompanhamento e estes doentes.

No sangue colhido para o "teste do pezinho" é possível identificar cerca de 95% dos recém-nascidos em risco de desenvolverem a doença. É por todos estes motivos, que o Programa Nacional de Rastreio Neonatal vos propõe a inclusão do vosso filho no Rastreio de Atrofia Muscular Espinal.

Sobre o Rastreio Neonatal
O Programa Nacional de Rastreio Neonatal realiza, desde 1979, testes de rastreio de doenças raras potencialmente graves em todos os recém-nascidos, o chamado "teste do pezinho". Este teste permite identificar as crianças que sofrem de doenças, quase sempre genéticas e que devem ser tratadas o mais precocemente possível.

O Programa Nacional de Rastreio Neonatal iniciou o estudo piloto para o rastreio de outra doença genética, a Atrofia Muscular Espinal. O objetivo é que as crianças identificadas com Atrofia Muscular Espinal possam ser acompanhadas em Serviços de Saúde especializados desde o seu nascimento, de modo a evitar, tanto quanto o possível, as complicações desta doença.

Perguntas Frequentes
P: Ainda tenho dúvidas. Onde posso encontrar mais informação sobre esta doença?
R: As associações nacionais e internacionais, que apoiam os doentes e os seus familiares, fornecem uma excelente informação dirigida a todos os interessados.

P: Não quero participar no rastreio da Atrofia Muscular Espinal. Posso realizar os restantes testes de rastreio?
R: Sim. O rastreio neonatal, assim como qualquer dos testes que, de facto, fazem parte, e inteiramente voluntária, que tem a obrigação de anotar o resultado na respetiva ficha. A recusa em participar no rastreio não prejudica os seus direitos, nem o acompanhamento do seu filho pelos serviços de saúde.

Informação para os pais

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Programa Nacional de Saúde

Figura 5 – Folheto informativo para os pais da Atrofia Muscular Espinal.

4.7 Apreciação global

O número de casos confirmados em 2023, assim como os respetivos Centros de Referência/Centros Especializados para o Tratamento para o qual foram enviados, estão referidos na [Tabela 13](#) e a respetiva prevalência ao nascimento na [Tabela 14](#).

Tabela 13 – Distribuição global dos casos rastreados em 2023 por local de tratamento.

Doenças	N.º de casos	Local de Tratamento				
		Lisboa	Porto	Coimbra	Açores	Madeira
Hipotiroidismo Congénito	44	20	14	7	1	2
Doenças Hereditárias do Metabolismo	46	28	8	9	0	1
Fibrose Quística	6	3	2	1	0	0
Drepanocitose	34	29	5	0	0	0
Atrofia Muscular Espinal (estudo-piloto)	6	5	0	1	0	0
Total	136	85	29	18	1	3

Tabela 14 – Prevalência ao nascimento em 2023 das doenças rastreadas.

Recém-nascidos estudados	Doença	N.º de casos	Prevalência ao nascimento
85 764	Hipotiroidismo Congénito	44	1:1.949
85 764	Doenças Hereditárias do Metabolismo	46	1:1.864
85 764	Fibrose Quística	6	1:14.294
85 764	Drepanocitose	34	1:2.522
85 764	Atrofia Muscular Espinal	6	1:14.294

A idade de início de tratamento está diretamente relacionada com a idade na altura da colheita da amostra de sangue e com a eficiência do rastreio, sendo por isso um indicador muito importante num programa de rastreio neonatal (**Figura 6**).

Atendendo a que a colheita deve ser efetuada entre o 3º e o 6º dia de vida, podemos verificar que a idade dos recém-nascidos na altura da colheita cumpriu na grande maioria dos casos o recomendado, constata-se que 87,8% das amostras são colhidas

nesse período. Notou-se também um ligeiro decréscimo do número de colheitas após o 8º dia relativamente ao ano anterior como pode ser observado. A colheita deve ser idealmente efetuada ao 3º dia de vida para que o diagnóstico seja tão precoce quanto possível. Este dia nem sempre é fácil de cumprir pois depende de diversos fatores nomeadamente da idade gestacional do bebé, do tipo de parto, do estado de saúde do bebé e da mãe, entre outros.

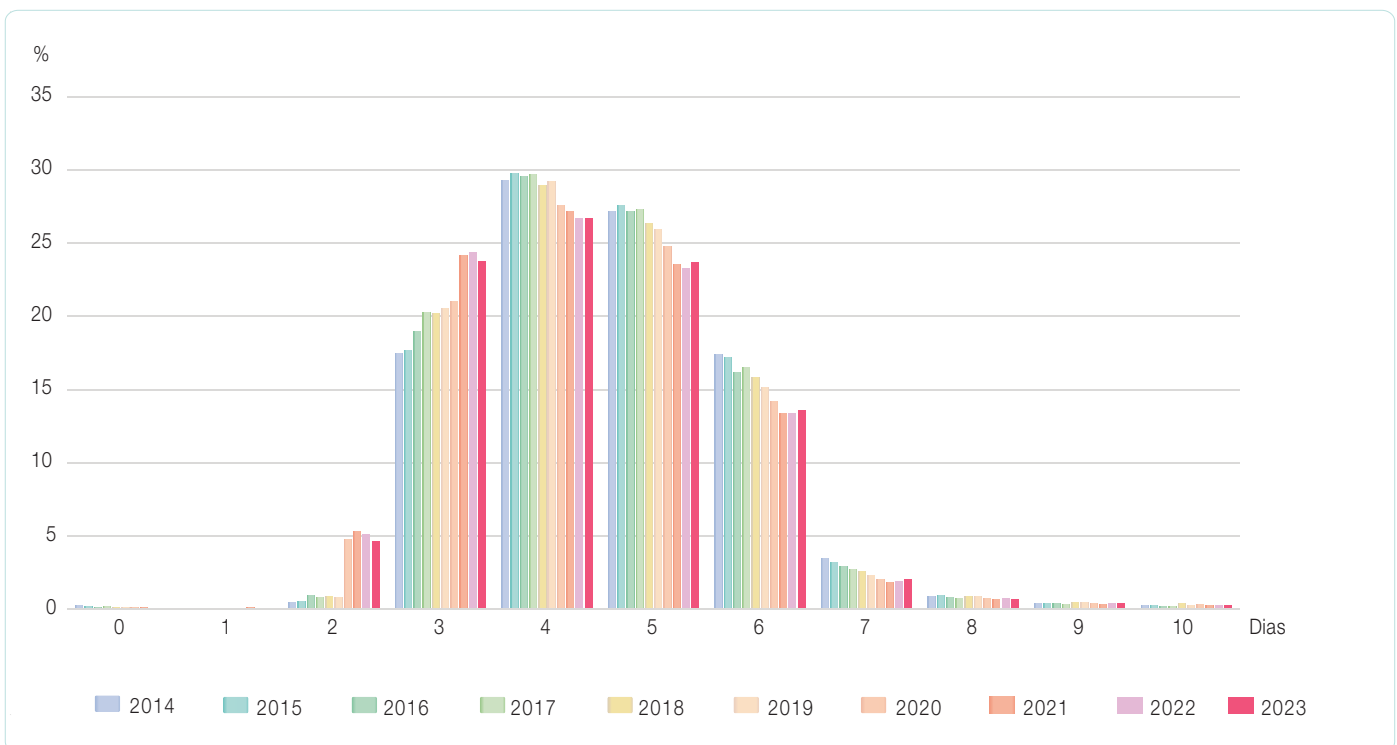


Figura 6 – Idade do recém-nascido na altura da colheita (2014-2023).

Na **Figura 7** está representado o número de dias decorridos entre a colheita e a receção das fichas no secretariado da Unidade de Rastreamento. Os últimos 3 anos apresentam um aumento do número de amostras rececionadas até ao 3º dia. No entanto, este indicador continua a ser de grande preocupação uma vez que depende dos mais variados fatores, tais como os locais de colheita não enviarem as amostras diariamente ou até mesmo alguns

locais de colheita não asseguram o envio deixando o mesmo ao cuidado dos pais. Para além do transporte das amostras, não ser realizado no período do fim de semana.

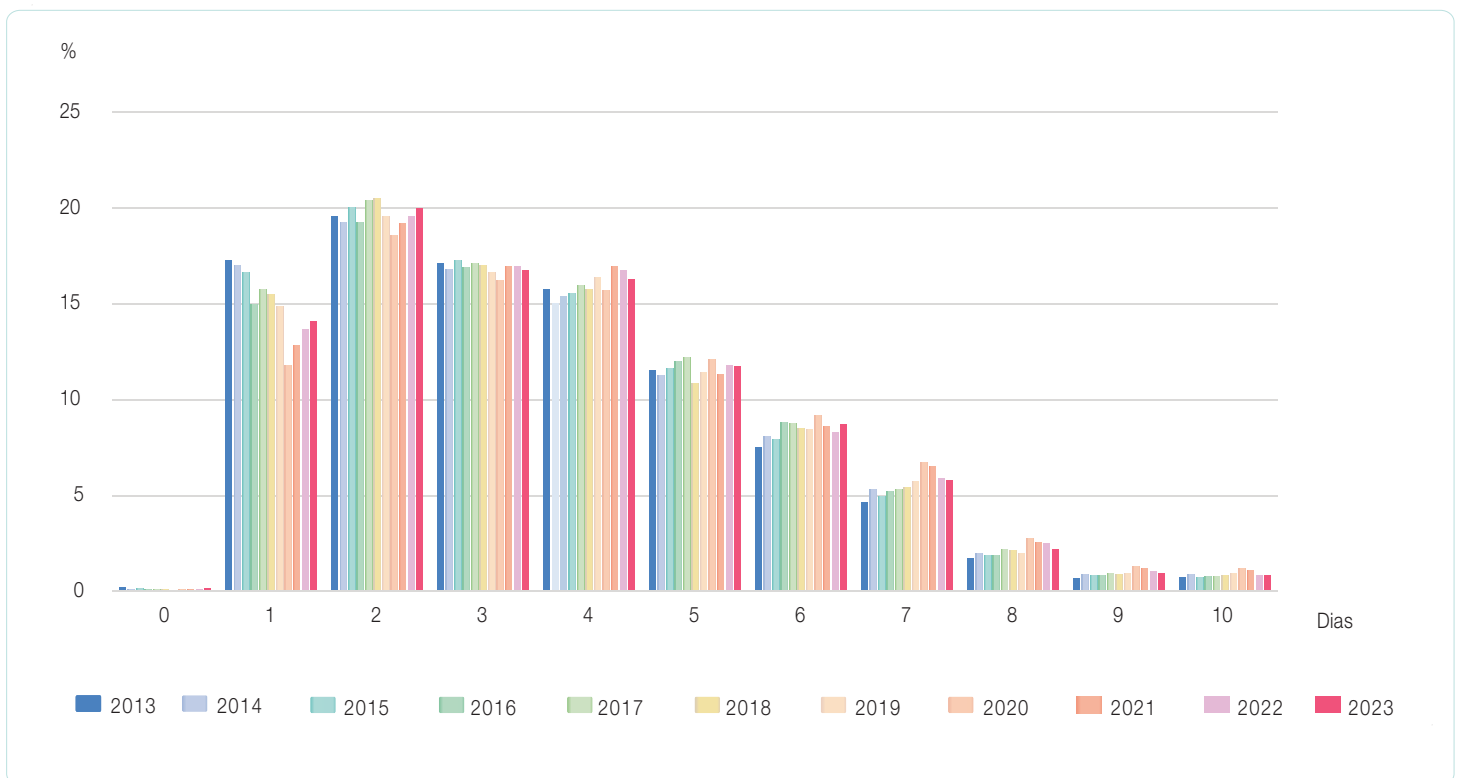


Figura 7 – Número de dias decorridos desde a colheita até à receção no secretariado do Laboratório (2013-2023).

Até 2004 a idade recomendada para a colheita de sangue era entre o 4º e o 7º dia de vida, com o alargamento do rastreio a outras doenças hereditárias do metabolismo, passou a ser recomendada a colheita entre o 3º e o 6º dia. Esta alteração contribuiu para a melhoria da média de idade do recém-nascido na altura em que é comunicado o resultado aos Centros de Tratamento. Este indicador tem-se mantido estável, sendo que este ano a média foi de 9,6 dias (**Figura 8**).

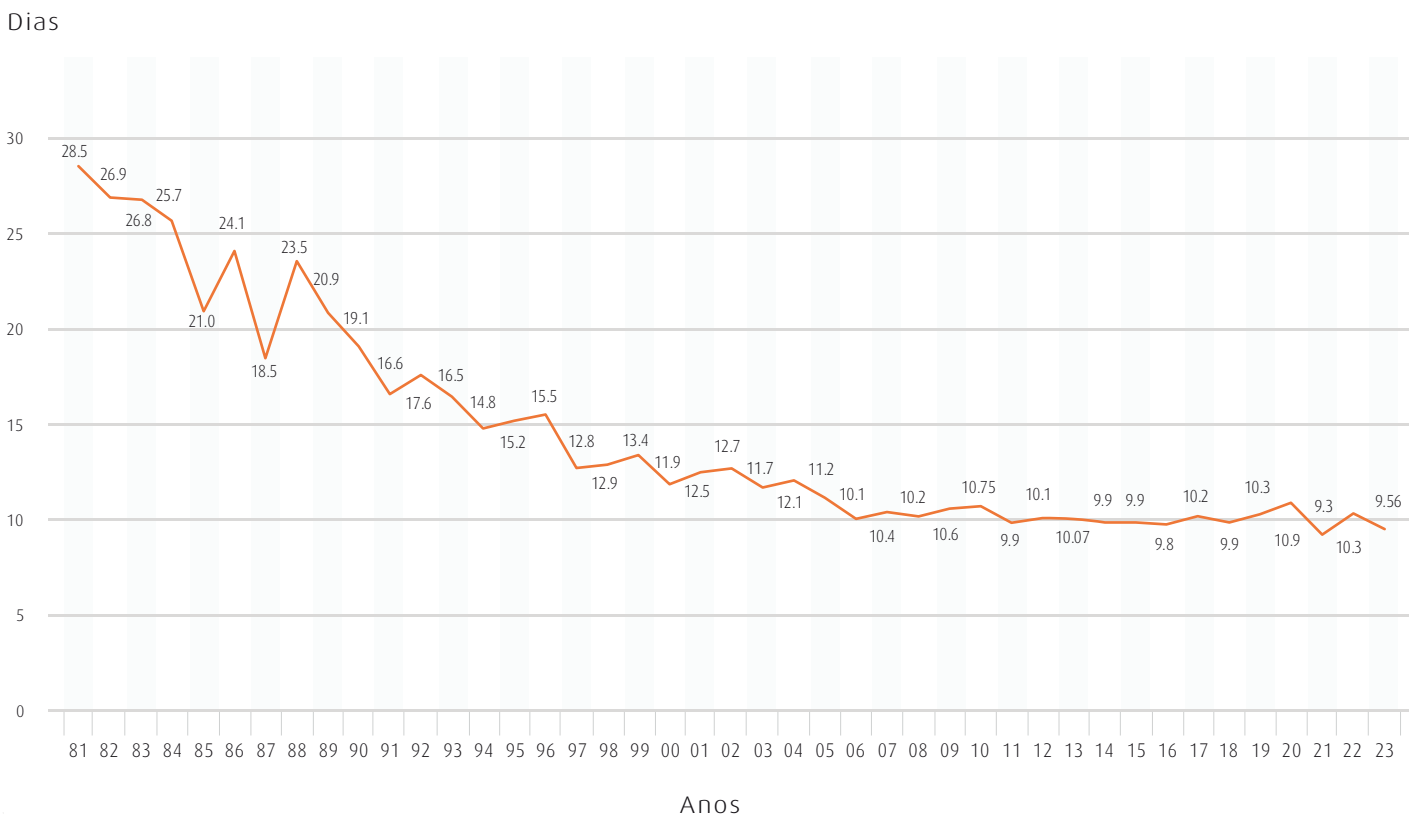


Figura 8 – Média da idade do recém-nascido na altura da comunicação de resultados positivos (1981-2023).

4.8 Trabalhos publicados e apresentados em 2023

Publicação de artigo científico:

- Lopes CA, Duarte M, Prazeres S, Carvalho I, Vilarinho L, Martinez-de-Oliveira J, Limbert E, Lemos MC. **Maternal Urinary Iodine Concentration during Pregnancy and Its Impact on Child Growth and Neurodevelopment: An 11-Year Follow-Up Study**. *Nutrients*. 2023 Oct 20;15(20):4447. <https://doi.org/10.3390/nu15204447>

Apresentação oral/palestra ou em forma de póster em reuniões:

- Helena Fonseca, Diogo Ribeiro, Fábio Guimarães, Conceição Pinho, Ana Marcão, Carmen Sousa, Ivone Carvalho, Lurdes Lopes, Diogo Rodrigues, Hugo Rocha and Laura Vilarinho. **Pilot Study of Newborn Screening for Spinal Muscular Atrophy**. 19th International Symposium of the Portuguese Society of Metabolic Disorders. Figueira da Foz, 29-31 de março de 2023. Póster
- Maria Miguel Gonçalves, Ana Marcão, Carmen Sousa, Célia Nogueira, Filipa Ferreira, Helena Fonseca, Hugo Rocha, Laura Vilarinho. **Portuguese Neonatal Screening Program: A retrospective cohort study of 18 years of MS/MS**. 19th International Symposium of the Portuguese Society of Metabolic Disorders. Figueira da Foz, 29-31 de março de 2023. Póster
- Ana Marcão, Lurdes Lopes, Laura Vilarinho. **Results from a Clinical Performance Study of a New Neonatal PAP Screening ELISA Kit for CF-Newborn Screening**. 46th European Cystic Fibrosis Conference. Viena, Áustria, 7-10 de junho de 2023. Póster
- Ana Marcão. **The Portuguese Neonatal Screening Program Portugal's Digital Health**. Building eHealth for all Digital Health Tour of Tajikistan Ministry of Health to Portugal Visit to the National Institute of Health Doutor Ricardo Jorge (INSA). Lisboa, 25 de outubro de 2023. Comunicação oral
- Ana Marcão. **Rastreio Neonatal em Portugal**. Seminário integrado na disciplina de Bioquímica Clínica, Mestrado de Bioquímica Faculdade de Ciências e Tecnologia – Universidade NOVA de Lisboa, 10 de maio de 2023. Palestra
- Ana Marcão. **Rastreio Neonatal da Fibrose Quística**. 5.as Jornadas Nacionais da Fibrose Quística do Centro Hospitalar de São João. Porto, 24 novembro 2023. Comunicação oral
- P. Lipari Pinto, B. Câmara, C. Florindo, R. Santos Loureiro, I. Jardim, C. Sousa, L. Vilarinho, P. Janeiro, I. Tavares de Almeida, A. Gaspar. **Glutaric acidemia type 1: diagnosis, clinical features, and outcome in a Portuguese Cohort**. 19th International Symposium of the Portuguese Society for Metabolic Disorders (SPDM). Figueira da Foz, 29-31 de março 2023. Póster

- M. Tomé, B. Ventura, J. Grenha, M. Gonçalves, F. Santos, C. Nogueira, H. Rocha, et al. **Seizures and cerebral haemorrhagic cysts in a three-day old newborn: an unusual aetiology.** 19th International Symposium of the Portuguese Society for Metabolic Disorders (SPDM). Figueira da Foz, 29-31 de março de 2023. Póster
- S. Leite, C. Castro, A. Alves, A. Martins, M. Costeira, G. Rocha, H. Rocha, et al. **Hipotiroidismo congénito - mais colheitas, melhor diagnóstico?** 51.º Congresso português de neonatologia, Tomar, 23,24 de novembro de 2023. Póster
- Helena Fonseca. **Atrofia Muscular Espinal (SMA): novas terapêuticas e novos rumos, “Diagnóstico precoce da SMA.** Centro Hospitalar Universitário de Santo António. Porto, 27 de março de 2023. Palestra
- Hugo Rocha. **NBS – O diagnóstico nas doenças raras.** Life in progress - national scientific meeting. Lisboa, 14 de abril de 2023. Palestra
- Hugo Rocha. **Novas Terapias na Base da Expansão do Rastreio Neonatal.** Seminários do Departamento de Genética Humana do INSA. Porto, 31 de maio 2023. Palestra
- Laura Vilarinho. **O que mudou nos 10 anos de Rastreio Neonatal na Fibrose Quística.** Reunião A nova Jornada do doente de Fibrose Quística – Vertex. Lisboa, 27 de maio de 2023. Palestra
- Ana Marcão. **10 anos de Rastreio Neonatal da Fibrose Quística em Portugal.** Reunião científica no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. 13 junho 2023. Palestra
- R. Oliveira, S. Granja, R. Silva, H. Rocha. **Molecular techniques for the Neonatal Screening of SMA.** I Congresso BioMedLab - Ciências Biomédicas Laboratoriais. Porto, 10-12 de março de 2023. Comunicação oral
- Laura Vilarinho. **Rastreio Neonatal Metabólico – novas tecnologias e novas patologias.** 51.º Congresso Português de Neonatologia. Tomar, 23, 24 de novembro de 2023. Comunicação oral
- Hugo Rocha. **O Rastreio Neonatal nos Vários Países da União Europeia.** Reunião anual da Associação Portuguesa de Fenilcetonúria e outras doenças metabólicas. Coimbra, 22-24 de novembro de 2023. Comunicação oral
- Laura Vilarinho. **O início do rastreio Neonatal em Portugal e como é na atualidade.** Evento 30.º Aniversário da Associação Portuguesa de Fenilcetonúria e outras doenças metabólicas. Coimbra, 22-24 de novembro de 2023. Comunicação oral
- P. Miragaia, D. Rabiço-Costa, S. Oliveira, J. Fontoura-Matias, C. Ferraz, S. Silva, A. Marcão, L. Vilarinho, et al. **A experiência do Rastreio Neonatal de Fibrose Quística num Centro de Referência.** 23.º Congresso Nacional de Pediatria. Estoril, 25-27 de outubro de 2023. Postér

Tese de Mestrado

- Maria Miguel Gonçalves, desenvolveu o seu projeto de mestrado: ***Epidemiology of rare diseases detected by Newborn Screening.*** Mestrado em Biologia Humana e Ambiente da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Orientadora Doutora Laura Vilarinho



5

Conclusões



5.1 Eficácia e evolução dos Indicadores do Programa

Um indicador importante de um Programa de Rastreio Neonatal é a sua taxa de cobertura que deve ser universal e estar o mais próximo de 100%. O Programa Nacional de Rastreio Neonatal aproximou-se muito rapidamente deste objetivo, sendo de salientar que desde 1993 o Programa Nacional de Rastreio Neonatal rastreia mais de 99% dos recém-nascidos em Portugal (**Figura 9**).

A taxa de cobertura nacional mantém-se próximo dos 100%, o que constitui um excelente indicador de aceitação da população a este programa nacional de saúde pública não obrigatório. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2023 nasceram 85.699 bebés. A ligeira diferença verificada entre o número de bebés rastreados e os registados pelo INE é expectável e deve-se, em parte, a fatores como a altura da colheita que não é coincidente com o nascimento. No final de cada ano acontece um desfasamento porque a nossa

estatística contempla bebés estudados até ao final de cada ano civil. Os bebés nascidos nos últimos dias do ano são rastreados no início do mês de janeiro do ano seguinte.

As colheitas do “Teste do Pezinho” são efetuadas na sua grande maioria nas Unidades de Saúde Familiar/Centros de Saúde (86,1%) mas tem-se verificado um aumento do seu número em 2023 nos Hospitais privados, tal como demonstrado na **Tabela 15**.

Tabela 15 – Número de colheitas efetuadas nos Hospitais privados (2014-2023).

Ano	Colheitas em Hospitais privados
2013	6 931
2014	7 652
2015	7 884
2016	8 152
2017	8 031
2018	8 510
2019	9 489
2020	9 750
2021	9 797
2022	9 754
2023	11 973

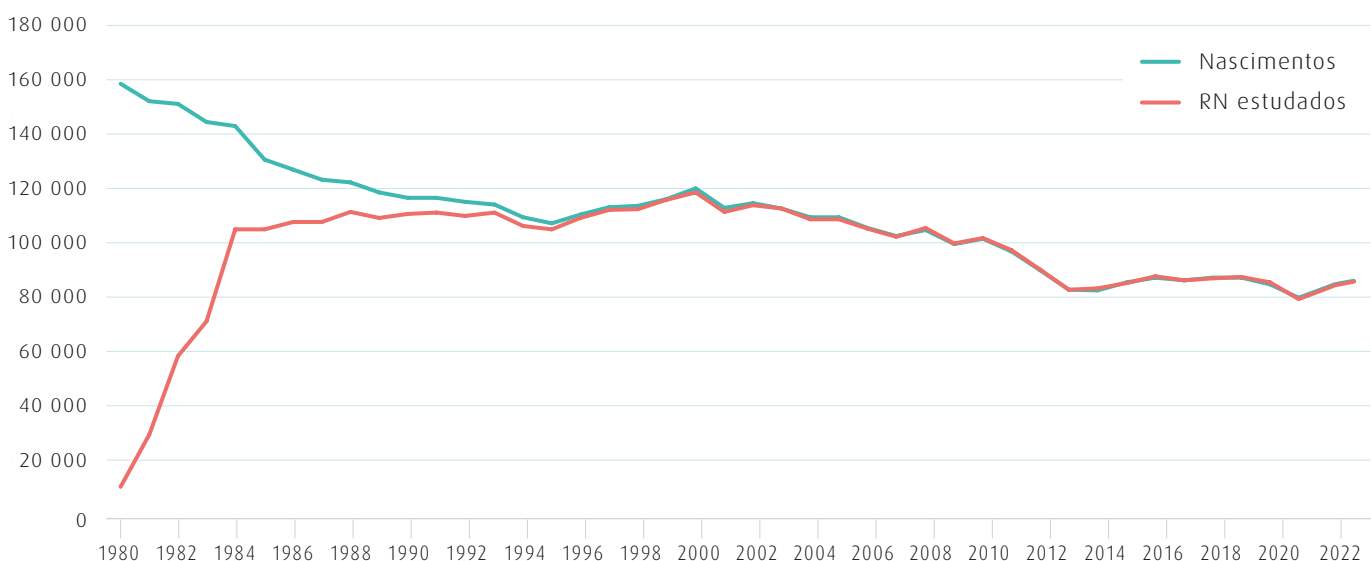


Figura 9 – Número de nascimentos versus recém-nascidos estudados desde o início do Programa.

Na **Tabela 16** estão referidos vários indicadores do Programa Nacional de Rastreio Neonatal. Podemos concluir que o indicador que tem revelado mais eficácia é o tempo médio de início de tratamento como já foi relatado anteriormente.

Tabela 16 – Indicadores do Programa entre 2013-2023.

Recém-nascidos estudados por ano

Indicadores	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RN estudados por ano	82.571	83.100	85.058	87.577	86.180	86.827	87.364	85.456	79.217	83.436	85.764

Taxa de cobertura

Indicadores	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RN registados (INE)	82.787	82.367	85.500	87.093	86.156	86.973	86.579	84.426	79.582	83.671	85.699
Taxa de cobertura (%)	99,74	100,89	99,48	100,56	100,0	99,8	100,9	101,1	99,5	99,7	100,07

Casos detetados

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Casos positivos	60	83	55	84	91	68	85	92	82	129	136

Percentagem de amostras colhidas ao 3.º dia de vida

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Percentagem de fichas colhidas ao 3.º dia de vida	17%	17%	17%	19%	20%	20%	21%	25%	23%	28%	28%

Tempo médio de comunicação do resultado / início de tratamento (dias)

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tempo médio de início de tratamento (dias após o nascimento)	10,1	9,9	9,9	9,8	10,2	9,9	10,3	10,9	9,3	10,3	9,6

Outro indicador importante é a taxa de pedido de segundas amostras (*recall-rate*) (Tabela 17). Este indicador encontra-se dentro dos limites internacionalmente aceites para o rastreio neonatal das 27+1 doenças. Na Fibrose Quística verifica-se uma redução significativa da taxa de pedidos de repetições em 2023 relativamente aos anos anteriores, uma vez que o reajuste do algoritmo de decisão passou a integrar o estudo genético do CFTR, pesquisa de 68 mutações contemplando esta, as mutações mais frequentes associadas à

Fibrose Quística na população europeia, prévio ao encaminhamento para um Centro de Referência para o Tratamento.

A taxa de pedido de repetição para as Doenças Hereditárias do Metabolismo tem-se mantido baixa desde 2017, após a introdução dos testes de segundo nível “second-tier tests”, e a do Hipotiroidismo Congénito com o protocolo dos prematuros, considerando ainda a Drepanocitose e a Atrofia Muscular Espinal apresentam uma taxa muito baixa.

Tabela 17 – Taxa de pedido de segundas amostras ao longo dos últimos anos (*recall rate*).

Ano	RN rastreados	Taxa de pedido de segundas amostras (<i>recall-rate</i>)					Total 27+1 estudo-piloto patologias
		24 Doenças Hereditárias do Metabolismo	Hipotiroidismo Congénito	Fibrose Quística	Drepanocitose	Atrofia Muscular Espinal Estudo-piloto	
2013	82.571	0,19%	0,11%	—	—	—	0,30% #
2014	83.100	0,22%	0,14%	0,31%	—	—	0,67%
2015	85.058	0,24%	0,06%	0,32%	—	—	0,62%
2016	87.577	0,23%	0,15%	0,34%	—	—	0,72%
2017	86.180	0,11%	0,11%	0,28%	—	—	0,50%
2018	86.827	0,10%	0,09%	0,29%	—	—	0,48%
2019	86.364	0,09%	0,08%	0,30%	—	—	0,47%
2020	85.456	0,09%	0,04%	0,31%	—	—	0,44%
2021	79.217	0,11%	0,08%	0,27%	—	—	0,46%
2022	83.436	0,11%	0,10%	0,29 %	—	—	0,50%
2023	85.764	0,11%	0,09%	0,08 %	0,02 %	0,02 %	0,32%

Em 2014 elaborou-se um cartaz para que deste modo os Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiar facilitem o acesso dos pais à internet a fim de tomarem conhecimento dos resultados do “Teste do Pezinho” através do website <https://resultados-dp-insa.min-saude.pt>. Este ano, verificaram-se 45.983 visualizações, para um total de 85.764 recém-nascidos estudados, significando

que cerca de 54% dos pais recorreu a este canal de informação, tal como podemos observar na Figura 10.

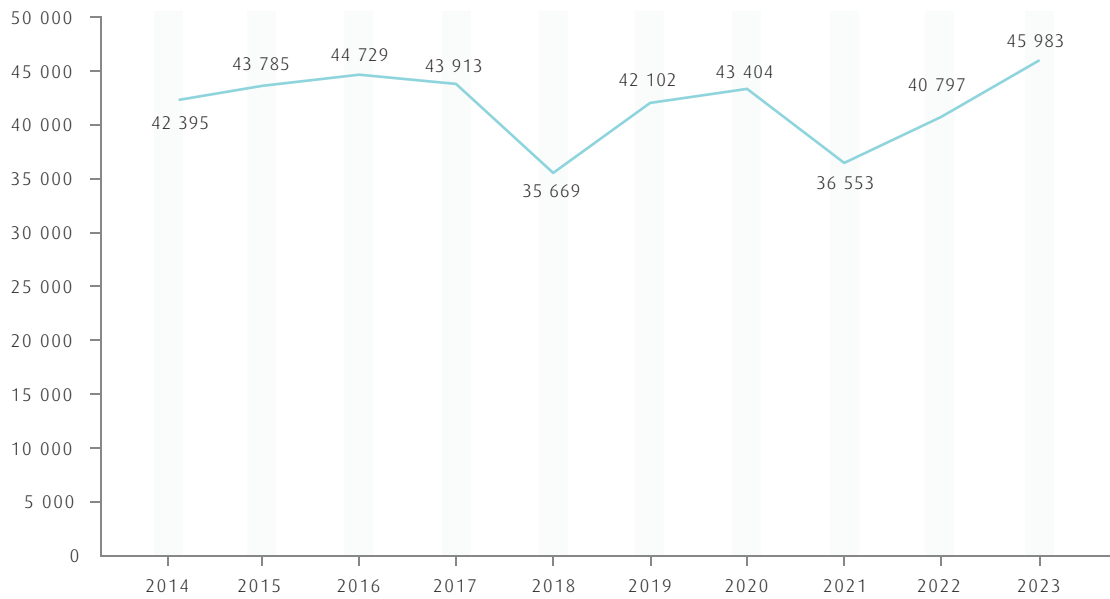


Figura 10 – Número de visualizações de resultados do rastreio neonatal na internet.

Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge

RESULTADOS DO TESTE DO PEZINHO

Código de barras

Telefone de contacto

É obrigatório a introdução do número de **código de barras** e do número de **telefone de contacto** associado ao recém-nascido que pretende pesquisar.

Consultar

Avaliar o PNDP

Figura 11 – Página para visualização dos resultados no website do INSA.

5.2 Avaliação do PNRN em 2023 através do website

Para saber a opinião dos pais que consultaram o website do PNRN foi inserida uma questão no âmbito da qualidade: **Qual a sua opinião global sobre o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce “Teste do Pezinho”?**

A opinião global dos pais (80%) ao PNRN “Teste do Pezinho” é Muito Satisfeito”.

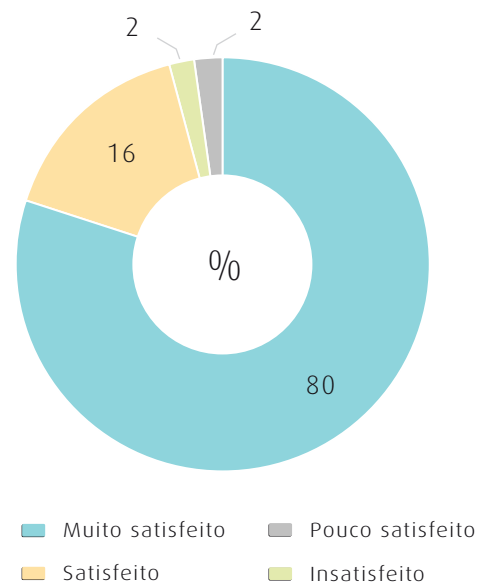


Figura 12 – Avaliação do grau de satisfação dos utilizadores do PNRN em 2023.

Da análise relativa aos comentários feitos pelos pais destacam-se as seguintes sugestões:

- Sugestão de resultados mais detalhados.
- Alerta por SMS ou *e-mail*, quando resultados prontos
- A colheita de sangue ser efetuada nos Hospitais/Maternidades, ou o agendamento da colheita no Centro de Saúde ser feito antes da alta.
- Resultados ficarem disponíveis no processo do utente
- Resultados estejam sempre disponíveis no site, e não temporariamente
- Melhoramento do acesso ao site para aceder aos resultados.

5.3 Prevalência ao nascimento das doenças rastreadas

O número de recém-nascidos rastreados para cada um dos grupos das patologias que integram o painel do Programa Nacional de Rastreamento Neonatal, é diferente, uma vez que o rastreio da Fenilcetonúria (PKU) foi iniciado em 1979, o do Hipotireoidismo Congênito em 1981, o alargamento do painel das Doenças Hereditárias do Metabolismo em finais de 2004 e o estudo da Fibrose Quística em 2013, a Drepanocitose em maio de 2021 e a Atrofia Muscular Espinal em outubro de 2022. Na Tabela 18 está referido o número global de casos positivos ao rastreio neonatal e respetiva prevalência ao nascimento.

Até final de 2023 foram rastreados 4.224.550* recém-nascidos para a Fenilcetonúria, 4.106.644*** para o Hipotireoidismo Congênito, 1.670.412** para as 24 Doenças Hereditárias do Metabolismo (após alargamento em 2004) e 864.993**** para a FQ, 190.931***** para a Drepanocitose e 101.603***** para a Atrofia Muscular Espinal.

Ao analisar a **Tabela 18**, constata-se que a doença mais frequentemente identificada é a deficiência de MCAD (doença da β -oxidação mitocondrial dos ácidos gordos), seguida da Fenilcetonúria (aminoacidopatia), o que está de acordo com os dados epidemiológicos disponíveis de alguns países. Embora as 24 Doenças Hereditárias do Metabolismo sejam doenças raras, no seu conjunto têm uma prevalência ao nascimento de 1: 2.225.

Desde o início do Programa foram diagnosticados 2.678 doentes.

Se considerarmos as 28 doenças rastreadas no nosso país encontramos uma prevalência ao nascimento global de 1:681 recém-nascidos.

Tabela 18 – Prevalência ao nascimento global das doenças rastreadas.

Patologias Rastreadas	Positivos	Prevalência
Aminoacidopatias	496	1: 6 148
Fenilcetonúria (PKU)*	371	1: 11 247
Hiperfenilalaninemia/DHPR **	44	1: 37 964
Leucinose (MSUD) **	20	1: 83 521
Tirosinemia tipo I (Tyr I) **	6	1: 278 402
Tirosinemia tipo II/III (Tyr II/III) **	8	1: 208 802
Homocistinúria clássica (Hcy) **	5	1: 334 082
Deficiência em Metionina Adenosiltransferase II/III (MAT II/III) **	42	1: 39 772
Doenças do Ciclo da Ureia	29	1: 57 600
Citrulinemia tipo I (Cit I) **	12	1: 139 201
Acidúria Argininosuccínica (AAS) **	9	1: 185 601
Argininemia (Arg) **	8	1: 208 802
Acidúrias Orgânicas	123	1: 13 581
3-Metilcrotonilglicinúria (3-MCC) / Deficiência em Holocarboxilase Sintetase (Def. HCS) **	43	1: 38 847
Acidúria Isovalérica (IVA) **	8	1: 208 802
Acidúria Propiônica (PA) **	4	1: 417 603
Acidúria Metilmalónica tipo mut- (MMA mut-) / Défices do Metabolismo das Cobalaminas **	34	1: 49 130
Acidúria Glutárica tipo I **	20	1: 83 521
Acidúria 3-Hidroxi-3-Metilglutárica (3-HMG) **	11	1: 151 856
Acidúria Malónica (MA) **	3	1: 556 804
Défices da β-Oxidação Mitocondrial dos Ácidos Gordos	327	1: 5 108
Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCAD) **	258	1: 6 474
Deficiência da Desidrogenase de 3- Hidroxi-Acil-CoA de Cadeia Longa (LCHAD) / Deficiência da Proteína Tifuncional Mitocondrial (TFP) **	18	1: 92 801
Deficiência Múltipla das Acil-CoA Desidrogenases dos Ácidos Gordos (MADD) **	13	1: 128 493
Deficiência primária em carnitina (CUD) **	13	1: 128 493
Deficiência da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Muito Longa (VLCAD) **	14	1: 119 315
Deficiência da Carnitina-Palmitoil Transferase I (CPT I) **	4	1: 417 603
Deficiência da Carnitina-Palmitoil Transferase I (CPT II) / Deficiência da Carnitina-acilcarnitina translocase (CACT) **	5	1: 334 082
Deficiência da Desidrogenase de 3- Hidroxi-Acil-CoA de Cadeia Curta (SCHAD) **	2	1: 835 206
Total Doenças Hereditárias do Metabolismo **	975	1: 2 225
Hipotiroidismo Congénito ***	1517	1: 2 707
Fibrose Quística ****	86	1: 10 058
Drepanocitose *****	93	1: 2 053
Atrofia muscular espinal (estudo-piloto) *****	7	1: 14 515
Total	2678	1: 681





6

Nota final



Ao longo dos 44 anos de existência, o Programa Nacional de Rastreio Neonatal, mantém-se dinâmico na procura constante do aumento do valor em Saúde Pública, atento que está às inovações tecnológicas e terapêuticas, bem como às recomendações internacionais, de forma a obter melhorias na deteção precoce das doenças.

O rastreio neonatal mantém-se um programa nacional de sucesso, atendendo aos seus indicadores que demonstram uma elevada eficácia, que é bem patente na sua atual taxa de cobertura, de cerca de 100% de todos os recém-nascidos, e pelo seu tempo médio de início de tratamento de cerca de 9,6 dias.

O sucesso e a eficiência deste programa deve-se a estratégia de coordenação e *governance* concertada, entre a estrutura laboratorial, os profissionais de saúde nos diferentes níveis de cuidados, as associações de doentes.

Os doentes rastreados e suas famílias agradecem a toda a equipa!

Bem-haja a todos!

A Comissão Executiva do Programa

Laura Vilarinho

Paula Garcia

Paulo Pinho e Costa





7

Publicações científicas



Desde 2021

Rocha H, Marcão A, Sousa C, Fonseca H, Lopes L, Carvalho I, Vilarinho L. **Programa Português de Cribado Neonatal**. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 26 de enero e202101005

Peres M, Almeida MF, Pinto ÉJ, Carmona C, Rocha S, Guimas A, Ribeiro R, Martins E, Bandeira A, MacDonald A, Rocha JC. **Implementing a Transition Program from Paediatric to Adult Services in Phenylketonuria: Results After Two Years of Follow-Up with an Adult Team**. Nutrients. 2021 Feb 28;13(3):799. doi: 10.3390/nu13030799

IJzebrink A, van Dijk T, Franková V, Loeber G, Kožich V, Henneman L, Jansen M. **Informing Parents about Newborn Screening: A European Comparison Study**. Int J Neonatal Screen. 2021 Feb 26;7(1):13. doi: 10.3390/ijns7010013

Ferreira F, Azevedo L, Neiva R, Sousa C, Fonseca H, Marcão A, Rocha H, Carmona C, Ramos S, Bandeira A, Martins E, Campos T, Rodrigues E, Garcia P, Diogo L, Ferreira AC, Sequeira S, Silva F, Rodrigues L, Gaspar A, Janeiro P, Amorim A, Vilarinho L. **Phenylketonuria in Portugal: Genotype-phenotype correlations using molecular, biochemical, and haplotypic analyses**. Mol Genet Genomic Med. 2021 Mar;9(3):e1559. doi: 10.1002/mgg3.1559

Loeber JG, Platis D, Zetterström RH, Almashanu S, Boemer F, Bonham JR, Borde P, Brincat I, Cheillan D, Dekkers E, et al. **Neonatal Screening in Europe Revisited: An ISNS Perspective on the Current State and Developments Since 2010**. Int J Neonatal Screen. 2021 Mar 5;7(1):15. doi.org/10.3390/ijns7010015

Nogueira C, Silva L, Marcão A, Sousa C, Fonseca H, Rocha H, Campos T, Teles EL, Rodrigues E, Janeiro P, Gaspar A, Vilarinho L. **Role of RNA in Molecular Diagnosis of MADD Patients**. Biomedicines. 2021 May 4;9(5):507. doi: 10.3390/biomedicines9050507

Kanufre V, Almeida MF, Barbosa CS, Carmona C, Bandeira A, Martins E, Rocha S, Guimas A, Ribeiro R, MacDonald A, Pinto A, Rocha JC. **Metabolic Control of Patients with Phenylketonuria in a Portuguese Metabolic Centre Comparing Three Different Recommendations**. Nutrients. 2021 Sep 6;13(9):3118. doi: 10.3390/nu13093118

Lopes-Pereira M, Quialheiro A, Costa P, Roque S, Correia Santos N, Correia-Neves M, Goios A, Carvalho I, Korevaar TIM, Vilarinho L, Palha JA. **Iodine supplementation: compliance and association with adverse obstetric and neonatal outcomes**. Eur Thyroid J. 2022 Jan 1;11(1):e210035. doi: 10.1530/ETJ-21-0035

Koracin V, Loeber JG, Mlinaric M, Battelino T, Bonham JR, Groselj U; COVID-NBS ISNS global network. **Global impact of COVID-19 on newborn screening programmes**. BMJ Glob Health. 2022 Mar;7(3):e007780. doi: 10.1136/bmjgh-2021-007780

Rodrigues D, Marcão A, Lopes L, Vilarinho L. **Prevalência ao nascimento da drepanocitose nos distritos de Lisboa e Setúbal: resultados preliminares do estudo-piloto de rastreio a 24.130 recém-nascidos**. Boletim Epidemiológico Observações. 2022 mai-ago;11(32):25-31. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/8266>

Lipari Pinto P, Florindo C, Janeiro P, Santos RL, Mexia S, Rocha H, Tavares de Almeida I, Vilarinho L, Gaspar A. **Acquired Vitamin B12 Deficiency in Newborns: Positive Impact on Newborn Health through Early Detection**. Nutrients. 2022 Oct 20;14(20):4397. doi: 10.3390/nu14204397

Vilarinho L. **The National Institute of Health Doutor Ricardo Jorge use the CAPILLARYS 3 DBS in sickle cell disease screening**. Customer Testimonial, Sebia Portugal, december 2022

Lopes CA, Duarte M, Prazeres S, Carvalho I, Vilarinho L, Martinez-de-Oliveira J, Limbert E, Lemos MC. **Maternal Urinary Iodine Concentration during Pregnancy and Its Impact on Child Growth and Neurodevelopment: An 11-Year Follow-Up Study**. Nutrients. 2023 Oct 20;15(20):4447. doi:10.3390/nu15204447

Desde 2011-2020

McHugh DM, Rocha H, Vilarinho L, Zakowicz W, et al. **Clinical validation of cut-off target ranges in newborn screening of metabolic disorders by tandem mass spectrometry: A worldwide collaborative Project**. Genet Med. 2011 Mar;13(3):230-54. doi:10.1097/GIM.0b013e31820d5e67

Martins E, Cardoso ML, Rodrigues E, Barbot C, Ramos A, Bennett M, Leão Teles E, Vilarinho L. **Short-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency: the clinical relevance of an early diagnosis and report of four new cases**. J. Inherit. Metab. Dis. 2011;34(3):835-842

Martins E, Vilarinho L, Esteves S, Lopes Marques M, Amorim A, Azevedo L. **Consequences of primer binding-sites polymorphisms on genotyping practice**. Open J. Genet. 2011;1:15-17

- Vilarinho L, Esteves S, Ramos E, Amorim A, Azevedo L. **PAH mutational spectrum: still expanding.** *Open J. Genet.* 2011;1:9-12
- Cozar M, Urreiziti R, Vilarinho L, Grosso C, Kremer R, Astegiano G, Dalmau J, Garcia M, Vilaseca M, Grinberg D, Balcells S. **Identification and functional analyses of CBS alleles in Spanish and Argentinian homocystinuric patients.** *Hum. Mutat.* 2011;32(7):835-842
- Martins E, Santos Silva E, Vilarinho S, Saudubray J, Vilarinho L. **Neonatal cholestasis: an uncommon presentation of hyperargininemia.** *J Inherit Metab Dis.* 2010 Dec;33(Suppl 3):S503-506
- Rocha H, Ferreira R, Carvalho J, Vitorino R, Santa C, Lopes L, Gregersen N, Vilarinho L, Amado F. **Characterization of mitochondrial proteome in a severe case of ETF-QO deficiency.** *J Proteomics.* 2011 Dec 10;75(1):221-228
- Nogueira C, Coutinho M, Pereira C, Tessa A, Santorelli FM, Vilarinho L. **Molecular Investigation of Pediatric Portuguese Patients with Sensorineural Hearing loss.** *Genet Res Int.* 2011;2011:587-602
- Rocha J, Martins M. **Oxidative stress in Phenylketonuria: future directions.** *J Inherit Metab Dis.* 2012 May;35(3):381-398
- Beckhauser M, Peruchi M, de Luca G, Lin K, Esteves S, Vilarinho L, Lin J. **Neuroradiological findings of an adolescent with early treated phenylketonuria: is phenylalanine restriction enough?.** *Clin Pract.* 2011 May 3;1(2):e25
- MacDonald A, Rocha J, van Rijn M, Feillet F. **Nutrition in phenylketonuria.** *Mol Genet Metab.* 2011;104 Suppl:S10-18
- Dokoupil K, Gokmen-Ozel H, Lammardo A, Motzfeldt K, Robert M, Rocha J, van Rijn M, Ahring K, Belanger-Quintana A, MacDonald A. **Optimising growth in phenylketonuria: Current state of the clinical evidence base.** *Clinical Nutrition.* 2012;31(1):16-21
- MacDonald A, Ahring K, Dokoupil K, Gokmen-Ozel H, Lammardo AM, Motzfeldt K, Robert M, Rocha J, van Rijn M and Belanger-Quintana A. **Adjusting diet with sapropterin in phenylketonuria: what factors should be considered?** *British J. I. Nutrition.* 2011;106(21):175-82
- Almeida M, Rocha J, Carmona C. **Fenilcetonúria Materna.** Porto: Centro de Genética Médica/INSA, 2011. (folheto)
- Vilarinho L, Marques JS, Rocha H, Ramos A, Lopes L, Narayan SB, Bennett MJ. **Diagnosis of a patient with a kinetic variant of medium and short-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency by newborn screening.** *Mol Genet Metab.* 2012 Jul;106(3):277-280
- Alves E, Henriques BJ, Rodrigues JV, Prudêncio P, Rocha H, Vilarinho L, Martinho RG, Gomes CM. **Mutations at the flavin binding site of ETF:QO yield a MADD-like severe phenotype in Drosophila.** *Biochim Biophys Acta.* 2012 Aug;1822(8):1284-1292
- Marquardt G, Manos SM, Peterson CK, Mayfield Gibson SK, Sevier DW, Lee SY, Park HD, Khneisser I, Browning P, Gulamali-Majid F, Watson MS, Eaton RB, Sahai I, Ruiz C, Torres R, Seeterlin MA, Stanley EL, Hietala A, McCann M, Campbell C, Hopkins PV, de Sain-Van der Velden MG, Elvers B, Morrissey MA, Sunny S, Knoll D, Webster D, Frazier DM, McClure JD, Sesser DE, Willis SA, Rocha H, Vilarinho L, John C, Lim J, Caldwell SG, Tomashitis K, Castiñeiras Ramos DE, Cocho de Juan JA, Rueda Ferecém-nascidosández I, Yahyaoui Macías R, Egea-Mellado JM, González-Gallego I, Delgado Pecellin C, García-Valdecasas Bermejo MS, Chien YH, Hwu WL, Childs T, McKeever CD, Tanyalcin T, Abdulrahman M, Queijo C, Lemes A, Davis T, Hoffman W, Baker M, Hoffman GL. **Enhanced interpretation of newborn screening results without analyte cutoff values.** *Genet Med.* 2012 Jul;14(7):648-655
- Martins E, Marcão A, Bandeira A, Fonseca H, Nogueira C, Vilarinho L. **Methionine Adenosyltransferase I/III Deficiency in Portugal: High Frequency of a Dominantly Inherited Form in a Small Area of Douro High Lands.** *JIMD Rep.* 2012;6:107-112
- Dokoupil K, Gokmen-Ozel H, Lammardo AM, Motzfeldt K, Robert M, Rocha JC, van Rijn M, Ahring K, Belanger-Quintana A and MacDonald A. **Optimising growth in phenylketonuria: Current state of the clinical evidence base.** *Clinical Nutrition.* 2012;31(1):16-21
- Rocha JC, Martins MJ. **Oxidative stress in Phenylketonuria: future directions.** *J Inherit Metab Dis.* 2012;35(3): 381-398
- Rocha JC, van Spronsen FJ, Almeida MF, Soares G, Quelhas D, Ramos E, Guimarães JT, Borges N. **Dietary treatment in phenylketonuria does not lead to increased risk of obesity or metabolic syndrome.** *Mol Genet Metab.* 2012;107(4): 659-663
- Gokmen Ozel H, Lammardo AM, Motzfeldt K, Robert M, Rocha JC, van Rijn M, Ahring K, Bélanger-Quintana A, MacDonald A, Dokoupil K. **Use of sapropterin in the management of phenylketonuria: seven case reports.** *Mol Genet Metab.* 2013 Feb;108(2):109-111
- Santos Silva E, Cardoso ML, Vilarinho L, Medina M, Barbot C, Martins E. **Liver Transplantation Prevents Progressive Neurological Impairment in Argininemia.** *JIMD Rep.* 2013;11: 25-30

- Ventura FV, Leandro P, Luz A, Rivera IA, Silva MF, Ramos R, Rocha H, Lopes A, Fonseca H, Gaspar A, Diogo L, Martins E, Leão-Teles E, Vilarinho L, Tavares de Almeida I. **Retrospective study of the medium-chain acyl-coA dehydrogenase deficiency in Portugal.** Clin Genet. 2014 Jun;85(6):555-561
- Ferreira F, Esteves S, Almeida LS, Gaspar A, da Costa C, Janeiro P, Bandeira A, Martins E, Teles EL, Garcia P, Azevedo L, Vilarinho L. **Trimethylaminuria (fish odor syndrome): genotype characterization among Portuguese patients.** Gene 2013 Sep 15;527(1): 366-370
- Couce ML, Sánchez-Pintos P, Diogo L, Leão-Teles E, Martins E, Santos H, Bueno MA, Delgado-Pecellín C, Castiñeiras DE, Cocho JA, García-Villoria J, Ribes A, Fraga JM, Rocha H. **Newborn screening for medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency: regional experience and high incidence of carnitine deficiency.** Orphanet J Rare Dis. 2013 Jul 10;8:102
- Antunes AP, Nogueira C, Rocha H, Vilarinho L, and Evangelista T. **Intermittent Rhabdomyolysis With Adult Onset Associated With a Mutation in the ACADVL Gene.** J Clin Neuromuscul Dis. 2013 Dec;15(2):69-72
- Oliveira SF, Pinho L, Rocha H, Nogueira C, Vilarinho L, Dinis MJ, Silva C. **Rhabdomyolysis as a presenting manifestation of very long-chain acyl-coenzyme a dehydrogenase deficiency.** Clin Pract. 2013 Aug 6;3(2):e22
- Pinho e Costa P, Vilarinho L. **O reflexo das modificações demográficas recentes na evolução do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce.** Boletim Epidemiológico Observações. 2013;2(6):8
- Pinho e Costa P, Vilarinho L. **Incidência da deficiência da desidrogenase dos ácidos gordos de cadeia média (MCAD) em Portugal.** Boletim Epidemiológico Observações. 2014;7:30-31
- de Bruin E, Loeber JG, Meijer A, Castillo GM, Cepeda ML, Torres-Sepúlveda MR, Borrajo GJ, Caggana M, Giguere Y, Meyer M, Fukushi M, Devi AR, Khneisser I, Vilarinho L, von Döbeln U, Torresani T, Mackenzie J, Zutt I, Schipper M, Elvers LH, Koopmans MP. **Evolution of influenza pandemic in 13 countries from 5 continents monitored by protein microarray from neonatal screening bloodspots.** J Clin Virol. 2014 Sep;61(1):74-80
- Rocha H, Castiñeiras D, Delgado C, Egea J, Yahyaoui R, González Y, Conde M, González I, Rueda I, Rello L, Vilarinho L, Cocho J. **Birth Prevalence of Fatty Acid β -Oxidation Disorders in Iberia.** JIMD Rep. 2014;16:89-94
- Ventura FV, Leandro P, Luz A, Rivera IA, Silva MF, Ramos R, Rocha H, Lopes A, Fonseca H, Gaspar A, Diogo L, Martins E, Leão-Teles E, Vilarinho L, Tavares de Almeida I. **Retrospective study of the medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency in Portugal.** Clin Genet. 2014 85(6):555-561
- Vilarinho L, Rocha H, Sousa C, Fonseca H, Lopes L, Carvalho I, Marcão A, Pinho e Costa P. **Programa Nacional de Diagnóstico Precoce: 35 anos de atividade (1979-2014).** Boletim Epidemiológico Observações. 2015;7:3-4
- Marcão A, Couce ML, Nogueira C, Fonseca H, Ferreira F, Fraga JM, Bóveda MD, Vilarinho L. **Newborn Screening for Homocystinuria Revealed a High Frequency of MAT I/III Deficiency in Iberian Peninsula.** JIMD Rep. 2015;20:113-120
- Fonseca H, Azevedo L, Serrano C, Sousa C, Marcão A, Vilarinho L. **3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase deficiency: Mutational spectrum derived from comprehensive newborn screening.** Gene. 2016 Dec 15;594(2):203-210
- Nogueira C, Marcão A, Rocha H, Sousa C, Fonseca H, Valongo C, Vilarinho L. **Molecular picture of cobalamin C/D defects before and after newborn screening era.** J Med Screen. 2017 Mar;24(1):6-11
- Huemer M, Diodato D, Schwahn B, Schiff M, Bandeira A, Benoist JF, Burlina A, Cerone R, Couce ML, Garcia-Cazorla A, la Marca G, Pasquini E, Vilarinho L, Weisfeld-Adams JD, Kožich V, Blom H, Baumgartner MR, Dionisi-Vici C. **Guidelines for diagnosis and management of the cobalamin-related remethylation disorders cblC, cblD, cblE, cblF, cblG, cblJ and MTHFR deficiency.** J Inherit Metab Dis. 2017 Jan;40(1):21-48. Review
- Marcão A, Rocha H, Sousa C, Fonseca H, Carvalho I, Lopes L, Vilarinho L. **Rastreio neonatal em Portugal: resultados de 1979 a 2016.** Boletim Epidemiológico Observações. 2017;6(20):7-12
- Marcão A, Rocha H, Sousa C, Fonseca H, Carvalho I, Lopes L, Vilarinho L. **Rastreio neonatal metabólico em Portugal: resultados 2016.** Boletim Epidemiológico Observações. 2017;6(20):7-12
- Huemer M, Diodato D, Schwahn B, Schiff M, Bandeira A, Benoist JF, Burlina A, Cerone R, Couce ML, Garcia-Cazorla A, la Marca G, Pasquini E, Vilarinho L, Weisfeld-Adams JD, Kožich V, Blom H, Baumgartner MR, Dionisi-Vici C. **Guidelines for diagnosis and management of the cobalamin-related remethylation disorders cblC, cblD, cblE, cblF, cblG, cblJ and MTHFR deficiency.** J Inherit Metab Dis. 2017 Jan;40(1):21-48. Review

- Navarro D, Azevedo A, Sequeira S, Ferreira AC, Carvalho F, Fidalgo T, Vilarinho L, Santos MC, Calado J, Nolasco F. **Atypical adult-onset methylmalonic acidemia and homocystinuria presenting as hemolytic uremic syndrome.** CEN Case Rep. 2018 May;7(1):73-76
- Bonham JR, Carling RS, Lindner M, Franzson L, Zetterstrom R, Boemer F, Robert R, Eyskens F, Vilarinho L, Hougaard DM, Schielen PCJ. **Raising Awareness of False Positive Newborn Screening Results Arising from Pivalate-Containing Creams and Antibiotics in Europe When Screening for Isovaleric Acidemia.** Int. J. Neonatal Screen. 2018;4(1):8
- Marcão A, Barreto C, Pereira L, Vaz LG, Cavaco J, Casimiro A, Félix M, Silva TR, Barbosa T, Freitas C, Nunes S, Felício V, Lopes L, Amaral M, Vilarinho L. **Cystic Fibrosis Newborn Screening in Portugal: PAP Value in Populations with Stringent Rules for Genetic Studies.** Int J Neonatal Screen. 2018 Jun 29;4(3):22. Doi: 10.3390/ijns4030022
- Lobitz S, Telfer P, Cela E, Allaf B, Angastiniotis M, Backman Johansson C, Badens C, Bento C, Bouva MJ, Canatan D, Charlton M, Coppinger C, Daniel Y, de Montalembert M, Ducoroy P, Dulin E, Fingerhut R, Frömmel C, García-Morin M, Gulbis B, Holtkamp U, Inusa B, James J, Kleanthous M, Klein J, Kunz JB, Langabeer L, Lapoumériou C, Marcao A, Marín Soria JL, McMahon C, Ohene-Frempong K, Périni JM, Piel FB, Russo G, Sainati L, Schmutz M, Streetly A, Tshililo L, Turner C, Venturelli D, Vilarinho L, Yahyaoui R, Elion J, Colombatti R; with the endorsement of EuroBloodNet, the European Reference Network in Rare Haematological Diseases. **Newborn screening for sickle cell disease in Europe: recommendations from a Pan-European Consensus Conference.** Br J Haematol. 2018 Nov;183(4):648-660
- Keller R, Chrastina P, Pavlíková M, Gouveia S, Ribes A, Kölker S, Blom HJ, Baumgartner MR, Bártl J, Dionisi-Vici C, Gleich F, Morris AA, Kožich V, Huemer M; and individual contributors of the European Network and Registry for Homocystinurias and Methylation Defects (E-HOD), Barić I, Ben-Omran T, Blasco-Alonso J, Bueno Delgado MA, Carducci C, Cassanello M, Cerone R, Couce ML, Crushell E, Delgado Pecellin C, Dulin E, Espada M, Ferino G, Fingerhut R, Garcia Jimenez I, Gonzalez Gallego I, González-Irazabal Y, Gramer G, Juan Fita MJ, Karg E, Klein J, Konstantopoulou V, la Marca G, Leão Teles E, Leuzzi V, Lilliu F, Lopez RM, Lund AM, Mayne P, Meavilla S, Moat SJ, Okun JG, Pasquini E, Pedron-Giner CC, Racz GZ, Ruiz Gomez MA, Vilarinho L, Yahyaoui R, Zerjav Tansek M, Zetterström RH, Zeyda M. **Newborn screening for homocystinurias: Recent recommendations versus current practice.** J Inherit Metab Dis. 2019 Jan;42(1):128-139
- Dias Costa F, Moinho R, Ferreira S, Garcia P, Diogo L, Gonçalves I, Pinto C. **Acute liver failure related to inherited metabolic diseases in young children.** An Pediatr (Barc). 2018 Feb;88(2):69-74
- Janeiro P, Jotta R, Ramos R, Florindo C, Ventura FV, Vilarinho L, Tavares de Almeida I, Gaspar A. **Follow-up of fatty acid β -oxidation disorders in expanded newborn screening era.** Eur J Pediatr. 2019 Mar;178(3):387-394. Doi: 10.1007/s00431-018-03315-2. Epub 2019 Jan 7
- Barbosa CS, Almeida MF, Sousa C, Rocha S, Guimas A, Ribeiro R, Martins E, Bandeira A, Oliveira BM, Borges N, MacDonald A, Rocha JC. **Metabolic Control in Patients with Phenylketonúria Pre- and Post-Sapropterin Loading Test.** 2018. J Inborn Errors Metab Screen. 2018;6:1-6. Doi:10.1177/2326409818788898
- Henriques BJ, Lucas TG, Martins E, Gaspar A, Bandeira A, Nogueira C, Brandão O, Rocha H, Vilarinho L, Gomes CM. **Molecular and Clinical Investigations on Portuguese Patients with Multiple acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency.** Curr Mol Med. 2019;19(7):487-493. Doi: 10.2174/1566524019666190507114748
- Nogueira C, Silva L, Pereira C, Vieira L, Leão Teles E, Rodrigues E, Campos T, Janeiro P, Gaspar A, Dupont J, Bandeira A, Martins E, Magalhães M, Sequeira S, Vieira JP, Santos H, Vilarinho S, Vilarinho L. **Targeted next generation sequencing identifies novel pathogenic variants and provides molecular diagnoses in a cohort of pediatric and adult patients with unexplained mitochondrial dysfunction.** Mitochondrion. 2019 Jul;47:309-317. Doi: 10.1016/j.mito.2019.02.006. Epub 2019 Mar 1
- Pinto A, Almeida MF, MacDonald A, Ramos PC, Rocha S, Guimas A, Ribeiro R, Martins E, Bandeira A, Jackson R, van Spronsen F, Payne A, Rocha JC. **Over Restriction of Dietary Protein Allowance: The Importance of Ongoing Reassessment of Natural Protein Tolerance in Phenylketonuria.** Nutrients. 2019 Apr 30;11(5):995. Doi: 10.3390/nu11050995
- Coelho MP, Correia J, Dias A, Nogueira C, Bandeira A, Martins E, Vilarinho L. **Iron-sulfur cluster *ISD11* deficiency (*LYRM4* gene) presenting as cardiorespiratory arrest and 3-methylglutaconic acidúria.** JIMD Rep. 2019 Jul 24;49(1):11-16. Doi: 10.1002/jmd2.12058
- Sousa C, Almeida MF, Sousa Barbosa C, Martins E, Janeiro P, Tavares de Almeida I, MacDonald A, Rocha JC. **The European Phenylketonuria Guidelines and the challenges on management practices in Portugal.** J Pediatr Endocrinol Metab. 2019 Jun 26;32(6):623-629. Doi: 10.1515/jpem-2018-0527

- Huemer M, Diodato D, Martinelli D, Olivieri G, Blom H, Gleich F, Kölker S, Kožich V, Morris AA, Seifert B, Froese DS, Baumgartner MR, Dionisi-Vici C; EHOD consortium, Martin CA, Baethmann M, Ballhausen D, Blasco-Alonso J, Boy N, Bueno M, Burgos Peláez R, Cerone R, Chabrol B, Chapman KA, Couce ML, Crushell E, Dalmau Serra J, Diogo L, Ficicioglu C, García Jimenez MC, García Silva MT, Gaspar AM, Gautschi M, González-Lamuño D, Gouveia S, Grünewald S, Hendriksz C, Janssen MCH, Jesina P, Koch J, Konstantopoulou V, Lavigne C, Lund AM, Martins EG, Meavilla Olivas S, Mention K, Mochel F, Mundy H, Murphy E, Paquay S, Pedrón-Giner C, Ruiz Gómez MA, Santra S, Schiff M, Schwartz IV, Scholl-Bürgi S, Servais A, Skouma A, Tran C, Vives Piñera I, Walter J, Weisfeld-Adams J. **Phenotype, treatment practice and outcome in the cobalamin-dependent remethylation disorders and MTHFR deficiency: data from the E-HOD registry.** *J Inher Metab Dis.* 2019 Mar;42(2):333-352. Doi: 10.1002/jimd.12041. Epub 2019 Feb 177
- Schubert Baldo M, Vilarinho L. **Molecular basis of Leigh syndrome: a current look.** *Orphanet J Rare Dis.* 2020 Jan 29;15(1):31. doi: 10.1186/s13023-020-1297-9. Erratum in: *Orphanet J Rare Dis.* 2020 Mar 25;15(1):77.
- Barroso F, Correia J, Bandeira A, Carmona C, Vilarinho L, Almeida M, Rocha JC, Martins E. **Tyrosinemia Type III: a case report of siblings and literature review.** *Rev Paul Pediatr.* 2020 Jun 5;38:e2018158. doi: 10.1590/1984-0462/2020/38/2018158
- Encarnação M, Coutinho MF, Silva L, Ribeiro D, Ouesleti S, Campos T, Santos H, Martins E, Cardoso MT, Vilarinho L, Alves S. **Assessing Lysosomal Disorders in the NGS Era: Identification of Novel Rare Variants.** *Int J Mol Sci.* 2020 Sep 1;21(17):6355. doi: <https://doi.org/10.3390/ijms21176355>
- Lopes-Pereira M, Roque S, Costa P, Quialheiro A, Santos NC, Goios A, Vilarinho L, Correia-Neves M, Palha JA. **Impact of iodine supplementation during preconception, pregnancy and lactation on maternal thyroid homeostasis and offspring psychomotor development: protocol of the Iodine Minho prospective study.** *Programa Nacional de Rastreio Neonatal_Relatório 2020.* *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 Nov 13;20(1):693. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03376-y>
- Encarnação M, Coutinho MF, Cho SM, Cardoso MT, Ribeiro I, Chaves P, Santos JI, Quelhas D, Lacerda L, Leão Teles E, Futerman AH, Vilarinho L, Alves S. **NPC1 silent variant induces skipping of exon 11 (p.V562V) and unfolded protein response was found in a specific Niemann-Pick type C patient.** *Mol Genet Genomic Med.* 2020 Nov;8(11):e1451. doi: <https://doi.org/10.1002/mgg3.1451>
- Franková V, Driscoll RO, Jansen ME, Loeber JG, Kožich V, Bonham J, Borde P, Brincat I, Cheillan D, Dekkers E, Fingerhut R, Kuš IB, Girginoudis P, Groselj U, Hougaard D, Knapková M, la Marca G, Malniece I, Nanu MI, Nennstiel U, Olkhovych N, Oltarzewski M, Pettersen RD, Racz G, Reinson K, Salimbayeva D, Songailiene J, Vilarinho L, Vogazianos M, Zetterström RH, Zeyda M; Members of the European Society of Human Genetics (ESHG). **EuroGentest Quality Sub-Committee. Regulatory landscape of providing information on newborn screening to parents across Europe.** *Eur J Hum Genet.* 2021 Jan;29(1):67-78. doi: <https://doi.org/10.1038/s41431-020-00716-6> Epub 2020 Oct 10
- Sitta A, Guerreiro G, de Moura Coelho D, da Rocha VV, Dos Reis BG, Sousa C, Vilarinho L, Wajner M, Vargas CR. **Clinical, biochemical and molecular findings of 24 Brazilian patients with glutaric acidemia type 1: 4 novel mutations in the GCDH gene.** *Metab Brain Dis.* 2021 Feb;36(2):205-212. doi: <https://doi.org/10.1007/s11011-020-00632-0> Epub 2020 Oct 16
- Gaspar, Paulo; Rocha, Hugo; Neiva, Raquel; Azevedo, Olga; Maia, Tabita; Aguiar, Patrício; Cardoso, Teresa; Chaves, Paulo; Alves, Sandra; Vilarinho, Laura. **Biomarcadores nas doenças lisossomais de sobrecarga: o que são e o que nos dizem?** *Boletim Epidemiológico Observações.* 2020 janeiro-abril;9(26):59-62. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7089>
- Ferreira F, Sousa LAC, Neiva R, Fonseca H, Marcão A, Rocha H, Carmona C, Ramos S, Bandeira A, Martins E, Campos T, Rodrigues E, Garcia P, Diogo L, Ferreira AC, Sequeira S, Silva F, Rodrigues L, Gaspar A, Janeiro P, Amorim A, Vilarinho L. **Fenilcetonúria em Portugal: 40 anos de rastreio neonatal (1979-2019).** *Boletim Epidemiológico Observações.* 2020;9(28):50-57. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7279>

De 2001 a 2010

- Aguinaldo C. Fenilcetonúria: a importância de uma dieta. In: *Crianças.* Lisboa: ACSM Editora, 2001, pp. 237-257 (capítulo de livro)
- Vaz Osório R. *Vinte anos de Diagnóstico Precoce.* Cadernos da D.G.S. 2002;1:3-5
- Almeida M. *Tratamento Dietético da Fenilcetonúria.* *Nutricias.* 2003;3:30-31
- Cabral A, Tasso T, Eusébio F, Gaspar A. *Novo Tratamento da Fenilcetonúria em Adolescentes e Adultos.* *Acta Pediat. Port.* 2003;4(34): 271-276

- Pinheiro M, J Oliveira, M Santos, H Rocha, M L Cardoso, L Vilarinho **Neoscreen: a software application for MS/MS newborn screening analysis.** *Biological and Medical Data Analysis.* 2004;450-457
- Vilarinho L, Rocha H, Marcão A, Sousa C, Fonseca H, Bogas M, Vaz Osório R. **Diagnóstico Precoce: Resultados Preliminares do Rastreio Metabólico Alargado.** *Acta Ped. Port.* 2006;37(5);186-191
- Vilarinho L, Queirós A, Leandro P, Tavares de Almeida I, Rivera I. **Fenilcetonúria Revisitada.** *Arq. Med.* 2006;20(5-6):161-172
- Rocha J, Vilarinho L, Cabral A, Vaz Osório R, Almeida M. **Consenso para o tratamento nutricional de Fenilcetonúria** *Acta. Pediatr. Port.* 2007;38(1):44-54
- Rocha J, Martins E, Cabral A, Almeida M. **Consenso para o tratamento nutricional da leucínose.** *Acta. Pediatr. Port.* 2007;38(5):120-128
- Rocha J, Cabral A, Almeida M. **Consenso para o tratamento nutricional da acidúria glutárica tipo I.** *Acta. Pediatr. Port.* 2007;38(5):215-222
- No n.º 2 da revista *Tribólicas* editada pela APOFEN, foi apresentado um resumo do artigo **Diagnóstico Precoce: Resultados Preliminares do Rastreio Metabólico Alargado**, publicado em 2006 na *Acta Pediátrica Portuguesa*
- No n.º 3 da revista *Tribólicas* editada pela APOFEN **Consenso para o tratamento nutricional da fenilcetonúria – O início de um novo ciclo?**, Manuela Almeida
- Rocha J. **How to measure subclinical protein deficiency in phenylketonuric patients?** *ESPKU News.* 2008; 21(1):6-7
- Garcia P, Martins E, Diogo L, Rocha H, Marcão A, Gaspar E, Almeida M, Vaz C, Soares I, Barbot C, Vilarinho L. **Outcome of three cases of untreated maternal glutaric aciduria type I.** *Eur. J. Pediatr.* 2008;167:569-573
- Nogueira C, Aiello C, Cerone R, Martins E, Caruso U, Moroni I, Rizzo C, Diogo L, Leão E, Kok F, Deodato F, Schiaffino MC, Boenzi S, Danhaive O, Barbot C, Sequeira S, Locatteli M, Santorelli FM, Uziel G, Vilarinho L, Dionisi-Vici C. **Spectrum of MMACHC mutations on italian and portuguese patients with combined methylmalonic aciduria and homocystinuria, cbIC type.** *Mol. Genet. Metab.* 2008. 93:475-480
- Quental S, Macedo-Ribeiro S, Matos R, Vilarinho L, Martins E, Teles EL, Rodrigues E, Diogo L, Garcia P, Eusébio S, Gaspar A, Sequeira S, Furtado F, Lança I, Amorim A, Prata MJ. **Molecular and structural analyses of maple syrup urine disease and identification of a founder mutation in a portuguese-gypsy community.** *Mol. Genet. Metab.* 2008;94:148-56
- Alfaro M, Simão C, Campos T, Madeira M e Almeida M. **Hipotiroidismo e insuficiência renal terminal no período neonatal.** *Acta Med. Port.* 2008;21:379-382
- Rocha J, Diogo L, Cabral A, Almeida M. **Consenso para o tratamento nutricional das Acidúrias Isovalérica, Propiónica e Metilmalónica.** *Acta Ped, Port.* 2008;39(1):30-40
- Almeida M. **O tratamento das doenças metabólicas requer um trabalho multidisciplinar.** *Nutri News.* 2008;7:1
- Quental S, Gusmão A, Rodriguez-Pombo P, Ugarte M, Vilarinho L, Amorim A, Prata MJ. **Revisiting MSUD in Portuguese Gypsies: evidence for a founder mutation and for a mutational hotspot within the BCKDHA gene.** *Ann Hum Genet.* 2009 May;73(Pt 3):298-303.
- Paixão P, Almeida S, Gouveia P, Vilarinho L, Vaz Osório R. **Prevalence of human cytomegalovirus congenital infection in Portuguese newborns.** *Euro Surveill.* 2009;14(9):13-15
- Rocha J, Martel F. **Large neutral amino acids supplementation in phenylketonuric patients.** *J. Inher. Met. Dis.* 2009; 32:472-480
- Rocha J, Sequeira S, Cabral A, Almeida M. **Consenso para o tratamento nutricional das doenças do ciclo da ureia.** *Acta Ped. Port.* 2009;40(2):83-92
- Almeida M, Nogueira M, Rocha J. **Intolerância hereditária à frutose – Informação para Pais e Professores.** Porto: Centro de Genética Médica/INSA, 2009. (folheto)
- Almeida M, Rocha J, Bastos A. **Tirosinemia tipo I – Informação para Pais e Professores.** Porto: Centro de Genética Médica/INSA, 2009. (folheto)
- Martins L, Bandeira A, Rocha H, Marcão A, Vilarinho L. **Benefícios do Rastreio Neonatal nas Doenças da β -oxidação Mitochondrial dos Ácidos Gordos Nascer e Crescer** 2009;18(4):246-251
- Moreira A, Neves J, Vilarinho L, Vaz Osório R, Oliveira P, Costeira MJ. **Hipotiroxinemia em recém-nascidos pré-termo.** *Acta Pediatr. Port.*, 2010;41(3):117-121

Quental S, Vilarinho L, Martins E, Leão Teles E, Rodrigues E, Diogo L, Garcia P, Eusébio F, Gaspar A, Sequeira S, Amorim A, Prata MJ. **Incidence of maple syrup urine disease in Portugal.** *Mol Genet Metab.* 2010 Aug;100(4):385-387.

Rocha J, Almeida M, Carmona C, Cardoso ML, Borges N, Soares I, Salcedo G, Reis Lima M, Azevedo I, van Spronsen F. **The Use of Prealbumin Concentration as a Biomarker of Nutritional Status in Treated Phenylketonuric Patients.** *Ann Nutr Metab.* 2010;56:207-211

Vilarinho L, Rocha H, Sousa C, Marcão A, Fonseca H, Bogas M, Osório RV. **Four years of expanded newborn screening in Portugal with tandem mass spectrometry.** *J Inher Metab Dis.* 2010 Dec;33(Suppl 3):S133-138

De 1991 a 2000

Caillaud C, Lyonnet S, Melle D, Frebourg T, Rey F, Berthelon M, Vilarinho L, Osório R, Rey J, Munnich A. **A 3-Base Pair In-Frame Deletion of the Phenylalanine Hydroxylase Gene. Results in a Kinetic Variant of Phenylketonuria.** *J. Biol. Chem.* 1991;15:9351-54

Osório R, Vilarinho L, Soares P. **Rastreio Nacional da Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congénito e Hiperplasia Congénita das Suprarenais.** *Acta Med. Port.* 1992;5:131-134

Caillaud C, Vilarinho L, Rey F, Berthelon M, Santos R, Lyonnet L, Briard M, Osório R, Rey J, Munnich A. **Linkage Disequilibrium Between Phenylketonuria and RFLP Haplotype at the Phenylalanine Hydroxylase Locus in Portugal.** *Hum. Genet.* 1992;89:68-72

Osório R. **Fibrose Quística do Pâncreas – Projecto de Rastreio em Portugal.** *Bol. H. St.º António.* 1992; 4(2):43-45

Almeida M, Marques J, Carmona C. **Crescimento e Desenvolvimento em Crianças Fenilcetonúricas.** *Arq. Med.* 1992;6 (Sup1):75

Marques J, Almeida M, Carmona C. **PKU in Portugal: Evaluation of Therapeutic Results.** *Interecém-nascidos.* *Paed.* 1993; 8(1):138-139

Osório R, Vilarinho L, Carmona C, Almeida M. **Phenylketonuria in Portugal: Multidisciplinary Approach** *Devel. Brain Disf.* 1993;6:78-82

Osório R, Vilarinho L. **Neonatal Screening for PKU and CH in Portugal: 1.000.000 Newborns studied.** *Bull. ESPKU.* 1993;6-7

Cabral A, Portela R, Tasso T, Eusébio F, Ferecém-nascido-sando C, Almeida I, Silveira C. **Tratamento de Crianças Fenilcetonúricas, 27 anos de Experiência do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria.** *Rev. Port. Pediat.* 1993; 24:55-59

Osório R. **Neonatal Screening and Early Nursery Discharge.** *Screening.* 1994;3:169-170

Vilarinho L, Marques J, Osório R. **Fenilcetonúria em Portugal.** *Arq. Med.* 1994;86:401-404

Leandro P, Rivera I, Ribeiro V, Tavares de Almeida I, Lechner MC. **Analysis of Phenylketonuria in South and Central Portugal – Prevalence of V388M Mutation.** *Human Mutation.* 1995;6:192-194

Martins E, Lima M R, Cardoso M L, Almeida M, Carmona C, Vilarinho L. **Stickler Syndrome in a PKU Patient.** *J. Inher. Metab. Dis.* 1996;19:92

J Rivera I, Leandro P, Lichter-Konecki U, Tavares de Almeida I, Lechner M C. **Relative frequency of IVS 10nt546 mutation in a Portuguese phenylketonuric population.** *Hum. Mutation.* 1997;9:272-273

Cabral A, Gomes L B, Rivera I, Tasso T, Eusébio F. **Adolescentes e adultos fenilcetonúricos: alterações da substância branca cerebral, níveis de fenilalanina e análise mutacional.** *Acta Pediatr. Port.* 1997;28(6): 521-528

Rivera I, Leandro P, Konecki V, Tavares de Almeida I, Lechner M C. **Population genetics of hyperphenylalaninemia resulting from phenylalanine hydroxylase deficiency in Portugal.** *J. Med. Genet.* 1998;30:301-304

Vaz Osório R, Vilarinho L, Pires Soares J, Almeida M, Carmona C, Martins E. **Programa Nacional de Diagnóstico Precoce – 20 anos de Rastreio Neonatal.** *Arq. Med.* 1999;13(3):163-8

Rivera I, Cabral A, Almeida M, Leandro P, Carmona C, Eusébio F, Tasso T, Vilarinho L, Martins E, Lechner M, Tavares de Almeida J, Konecki D e Lichter- Konecki U. **The correlation of genotype and phenotype in Portuguese hyperphenylalaninemic patients.** *Mol. Gen. Metab.* 2000;69:195-203

De 1984 a 1990

Magalhães J, Osório R. O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. J. Med. 1984;2080:322-325.

Magalhães J, Osório R, Alves J, Soares P. **Le Dépistage de la Phenylcétonurie et de Hypothyroidie Congénitale au Portugal.** La Dépeche 1986:40-47

Osório R, Alves J. **Rastreio e Tratamento da Fenilcetonúria em Portugal.** Rev. Port. Pediat. 1987;18:33-44

Osório R, Soares P. **Rastreio e Tratamento do Hipotiroidismo Congénito em Portugal.** Arq. Med. 1987;3: 243-248

Cabral A, Portela R, Tasso T, Eusébio F, Guilherme A, Lapa L, Almeida I, Silveira C, Levy M. **Fenilcetonúria – Desenvolvimento Físico e Mental de Crianças Fenilcetonúricas Tratadas Precocemente.** Acta Méd. Port. 1989;1:1-5

Osório R, Vilarinho L. **Dépistage Expérimentale de l'Hyperplasie Congénitale des Surrénales.** La Dépeche 1989;14:15-20

Osório R, Vilarinho L. **Assessment of a Trial Screening Program for Congenital Adrenal Hyperplasia in Portugal based on an Antibody Coated Tube (RIA) for 17- OH – Progesterone.** Clin. Chem.1989;35:2338-39

Osório R. **Programa Nacional de Diagnóstico Precoce - Organização Actual e Perspectivas Futuras.** Rev. Sec. Nac. Reabil. 1 989;6:14-15

Carla C, Soares P, Osório R. **Estudo do Desenvolvimento Psicomotor e Cognitivo de Crianças com Hipotiroidismo Congénito Tratado Precocemente.** Arq. Med. 1990; 3:255-258

Caillaud C, Lyonnet S, Melle D, Rey F, Berthelon M, Vilarinho L, Osório R, Rey J, Munnich A. **Molecular Heterogeneity of Mutant Haplotype 2 Alleles in Phenylketonuria.** Am. Hum. Genet. 1990;152:593

Anexos

- Anexo 1** – Despacho n.º 7276/2019, de 6 de agosto. Aprovação do Programa Nacional de Rastreio Neonatal
- Anexo 2** – Despacho n.º 752/2010, de 12 de janeiro. Aprovação do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce
- Anexo 3** – Despacho n.º 3653/2016, de 7 de março. Centros de Referência para o Tratamento das Doenças Hereditárias do Metabolismo
- Anexo 4** – Despacho n.º 6669/2017, de 27 de julho. Centros de Referência para o Tratamento da Fibrose Quística
- Anexo 5** – Medalha de Serviços Distintos do Ministério da Saúde – Grau Ouro, concedida ao Programa, a 5 de abril de 2019
- Anexo 6** – Programa da Sessão Comemorativa dos 40 Anos do PNRN
- Anexo 7** – Estudo-piloto da Fibrose Quística
- Anexo 8** – Estudo-piloto da Drepanocitose
- Anexo 9** – Estudo-piloto da Atrofia Muscular Espinal
- Anexo 10** – Atual Ficha de Rastreio do PNRN
- Anexo 11** – Despacho n.º 4502/2012, de 29 de março. Nomeação dos Órgãos de Coordenação do PNDP
- Anexo 12** – Despacho n.º 7352/2015, de 26 de junho. Alteração dos elementos que integram os Órgãos de Coordenação do PNDP
- Anexo 13** – Despacho n.º 2419/2021, 22 de fevereiro. Alteração da composição dos órgãos de coordenação do PNRN
- Anexo 14** – IPAC – Acreditação n.º E0015 para Laboratório Clínico concedida pelo Instituto Português de Acreditação
- Anexo 15** – IPAC – Anexo Técnico de Acreditação n.º E0015
- Anexo 16** – PNRN - Folheto informativo e cartaz de divulgação sobre o Programa para pais
- Anexo 17** – Folheto Informativo sobre Atrofia Muscular Espinal

Anexo 18 – Protocolo de colaboração entre o INSA e a Associação Portuguesa de Fenilcetonúria e outras Doenças Hereditárias

Anexo 19 – Protocolo de colaboração entre o INSA e a Associação Nacional de Fibrose Quística

Anexo 20 – Protocolo de colaboração entre o INSA e a Associação Portuguesa de Fibrose Quística

Anexo 1 – Despacho n.º 7276/2019, de 6 de agosto. Aprovação do Programa Nacional de Rastreio Neonatal

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Gabinete da Secretária de Estado da Saúde**Despacho n.º 7276/2019 ¹

Sumário: Aprova o Programa Nacional do Rastreio Neonatal (PNRN) e determina a sua implementação pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.

O Programa Nacional do Rastreio Neonatal (PNRN), anteriormente designado Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP), criado por Despacho de Sua Exa. o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 6 de janeiro de 2010 — Despacho n.º 752/2010, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 7, de 12 de janeiro de 2010 tem por objetivo diagnosticar, nas primeiras semanas de vida, doenças que, uma vez identificadas, permitem o seu tratamento precoce evitando a ocorrência de atraso mental, doença grave irreversível ou a morte da criança.

O Programa Nacional de Rastreio Neonatal (PNRN) é um Programa Nacional de Saúde Pública, sediado no Porto e integrado organicamente no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.), que tem por missão planejar, implementar e avaliar o rastreio neonatal metabólico de recém-nascidos.

O presente programa dá continuidade ao PNDP, através da realização de testes de rastreio de várias doenças graves, quase todas genéticas, oferecidos a todos os recém-nascidos, sendo também conhecidos como o «teste do pezinho», permitindo identificar crianças que sofrem de doenças, que podem beneficiar de intervenção terapêutica precoce.

O rastreio neonatal mantém -se um programa nacional de sucesso e tem revelado uma elevada qualidade, que é bem patente na atual taxa de cobertura, superior a 99 % de todos os recém-nascidos, e pelo seu tempo médio de início de intervenção terapêutica de 10 dias.

Decorridos nove anos sobre a aprovação do Programa, importa proceder à sua atualização.

Assim, nos termos e ao abrigo do disposto na alínea g) do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 27/2012, de 8 de fevereiro, determino:

1 — É aprovado Programa Nacional do Rastreio Neonatal (PNRN), que consta do anexo ao presente despacho, e do qual faz parte integrante.

2 — O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., deve proceder à implementação do Programa agora aprovado.

6 de agosto de 2019. — A Secretária de Estado da Saúde, *Raquel de Almeida Ferreira Duarte Bessa de Melo*.

¹ Publicado no *Diário da República*, 2.ª série (Parte c) — N.º 156 — 16 de agosto de 2019, pp. 141-147.
<https://dre.pt/application/conteudo/124006819>

ANEXO

Programa Nacional do Rastreio Neonatal

1 – Introdução

O Programa Nacional de Rastreio Neonatal (PNRN) é um Programa Nacional de Saúde Pública, sediado no Porto e integrado organicamente no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.), que tem por missão planear, implementar e avaliar o rastreio neonatal metabólico de recém-nascidos.

O rastreio neonatal metabólico iniciou -se em 1979, por iniciativa do então Instituto de Genética Médica (IGM), incluindo inicialmente apenas o rastreio da Fenilcetonúria (PKU). Atualmente, realizam -se testes de rastreio de várias doenças graves, quase todas genéticas, oferecidos a todos os recém-nascidos. Estes testes, também conhecidos como o «teste do pezinho», permitem identificar crianças que sofrem de doenças, como a fenilcetonúria ou o hipotireoidismo congénito, que podem beneficiar de intervenção terapêutica precoce.

Os programas de rastreio neonatal são programas integrados, incluindo componentes clínica, laboratorial e psicossocial. Têm por objetivo o diagnóstico, nas primeiras semanas de vida, de doenças que, uma vez identificadas, permitam o tratamento precoce evitando a ocorrência de atraso mental, doença grave irreversível ou a morte da criança. São assim programas clínicos que incluem prevenção secundária (diagnóstico precoce), terciária (redução de sequelas) e também primária (objeto de aconselhamento genético familiar).

Estes programas têm maior sucesso e eficiência quando existe uma estratégia concertada e eficaz entre as equipas de coordenação, as estruturas laboratoriais, os profissionais de saúde nos diferentes níveis de cuidados, e quando são bem compreendidos e aceites pela opinião pública e pelos doentes. Devem estar articulados com os organismos com responsabilidades na prestação de cuidados à criança, a todos os níveis, incluindo o do planeamento em Saúde.

A abrangência do rastreio neonatal, o seu conteúdo, estrutura orgânica e governação, assumem variadas formas em diferentes países e, mesmo dentro do mesmo país, de acordo com a estrutura política nacional (por exemplo, quando estão organizados politicamente por estados, regiões ou províncias). A identificação das doenças a rastrear em cada Programa é definida por vários critérios, incluindo critérios de natureza científica baseados na evidência existente, avaliação do custo/benefício e opções de Saúde Pública. A escolha das doenças a rastrear tem em conta as tecnologias disponíveis, mas não depende apenas deste critério.

Os critérios a que as estruturas públicas de planeamento recorrem, para definir a lista das doenças rastreadas numa comunidade, baseiam-se em recomendações da OMS, que correspondem sucintamente a:

Razoabilidade médica e potencial de prevenção: há uma evidente vantagem para a criança;

Existência de terapêutica eficaz: disponível no sistema de saúde;

Razoabilidade na ótica da Saúde Pública: a natureza da doença e a prevalência justificam o rastreio populacional e não o rastreio baseado no risco;

Tecnologia de rastreio disponível: acessível de modo a ser aplicado a um rastreio populacional;

Custo/benefício: os benefícios são evidentes para a comunidade, com custos proporcionais.

2 – Contexto em Portugal

Pelo Despacho Ministerial de 13 de abril de 1981, foi criado no Instituto de Genética Médica a Comissão Nacional para o Diagnóstico Precoce.

O rastreio neonatal, no seu início, apenas incluía o rastreio da Fenilcetonúria (PKU), tendo sido os distritos de Porto, Braga e Funchal os primeiros a apresentar taxas de cobertura significativas.

Dirigido inicialmente à fenilcetonúria e ao hipotireoidismo congénito, duas doenças que, na criança, quando não tratadas conduzem a atraso mental, foi alargado em 2004 na Região Norte e em 2006 com âmbito nacional, a mais 24 doenças hereditárias do metabolismo. Este alargamento deveu-se à utilização da tecnologia de espectrometria de massa em tandem (MS/MS), que permite o diagnóstico de doenças hereditárias do metabolismo numa única amostra de sangue. Outras doenças como a hiperplasia congénita da suprarrenal e deficiência da biotinidase foram rastreadas em estudos piloto e poderão futuramente vir a ser incluídas no Programa Nacional se assim se justificar.

O rastreio neonatal mantém-se um programa nacional de sucesso e tem revelado uma elevada qualidade, que é bem patente na atual taxa de cobertura, superior a 99 % de todos os recém-nascidos, e pelo seu tempo médio de início de intervenção terapêutica de 10 dias.

Por despacho de 6 de janeiro de 2010 (Despacho n.º 752/2010) do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde foi aprovado o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP), até aqui vigente, sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., para dar enquadramento institucional ao rastreio neonatal. O presente programa dá continuidade ao PNDP.

Em finais de 2013 teve início um estudo piloto alargado do rastreio da Fibrose Quística, que foi finalizado com sucesso em 2018, e que agora se integra no PNRN.

As doenças integradas no painel deste Programa são raras e, se inicialmente este era um fator de discussão ou de controvérsia, hoje em dia as doenças raras são uma das prioridades da Direção-Geral da Saúde no nosso país, tal como na Europa.

O rastreio neonatal permitiu que até final de 2018 fossem rastreados mais de 3.750.000 recém-nascidos e identificados 2.125 casos de doenças raras, possibilitando que todos os doentes iniciassem de imediato um tratamento específico, evitando défice intelectual e outras alterações neurológicas ou extraneurológicas irreversíveis, com a consequente morbilidade ou mortalidade.

O rastreio e a confirmação do diagnóstico permitem o encaminhamento dos doentes para a rede de Centros de Referência Nacionais para o Tratamento das Doenças Hereditárias do Metabolismo definidos nos Despachos n.ºs 25 822/2005, 4326/2008 e 9414/2016, de 22 de julho.

O Despacho n.º 6669/2017 define a rede de Centros de Referência para o Tratamento da Fibrose Quística.

No ano de 2005, através dos Despachos n.ºs 14 319/2005, de 2 de junho, e 25 822/2005, de 15 de dezembro, foram determinadas as condições de comparticipação, quando prescritos pelos Centros de Tratamento, dos produtos dietéticos que, com caráter terapêutico são indicados para satisfazer as necessidades nutricionais dos doentes afetados de erros congénitos do metabolismo e define que os produtos

dietéticos constem de uma lista atualizável pela Direção-Geral da Saúde (DGS), anualmente ou sempre que tal se justifique, disponível no site da DGS.

Por sua vez, os medicamentos destinados ao tratamento da hiperfenilalaninemia (HFA) em doentes com fenilcetonúria (PKU) e em doentes com deficiência em tetrahydrobiopterina (BH4) beneficiam de um regime especial de comparticipação, conforme previsto no Despacho n.º 1261/2014, de S.E o Secretário de Estado da Saúde, desde que prescrito pelos Hospitais de Referência para Doenças Hereditárias do Metabolismo com Unidades de Doenças Metabólicas.

Desde a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro, foram estabelecidas novas competências do INSA, I. P., passando este laboratório do Estado a ter a responsabilidade de «planear e executar o programa nacional de rastreio neonatal de diagnóstico precoce». Foi assim criada a oportunidade para reformular o rastreio neonatal, ajustando -o aos desafios do Plano Nacional de Saúde e dotando-o de uma estrutura de coordenação que assegure a sua sustentabilidade na década seguinte.

As atribuições do INSA, I. P., decorrentes da sua atual lei orgânica, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 27/2012 de 8 de fevereiro, mantêm neste a atribuição de planear, executar e avaliar o programa nacional de rastreio neonatal.

Volvidos nove anos após a aprovação do PNDP, constata -se a necessidade de aprovar um novo Programa, atenta a experiência e evolução científica e tecnológica, entretanto ocorrida.

A alteração de designação do nome de Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) para Programa Nacional do Rastreio Neonatal (PNRN) reflete melhor o âmbito do Programa e a terminologia em uso no plano internacional.

3 – Objetivos do Programa

O PNRN visa, com a sua atividade, responder a objetivos gerais e específicos

São objetivos gerais do Programa:

Assegurar o rastreio e diagnóstico neonatal, universal e que inclua o maior número possível de doenças hereditárias ou não, de acordo com os recursos disponíveis, e promover respostas de qualidade às necessidades dos doentes.

São objetivos específicos do Programa:

a) Rastrear e diagnosticar precocemente, na criança, doenças hereditárias ou não, cujo tratamento evite atraso mental, doença física irreversível ou a morte;

b) Encaminhar os doentes identificados para os Centros de Tratamento da rede nacional;

c) Contribuir para a gestão integrada dos cuidados e a resposta às necessidades desses doentes e das suas famílias;

d) Promover a investigação nessas doenças e a disseminação do conhecimento;

e) Desenvolver intervenções que melhorem o conhecimento das doenças identificadas pelo rastreio na comunidade e entre os profissionais de saúde.

4 — População-alvo

A população -alvo abrangida pelo PNRN são as crianças nascidas em Portugal independentemente da sua nacionalidade.

O rastreio não é obrigatório, estando sempre dependente da vontade dos pais. Porém, dado que para todas as doenças abrangidas existe tratamento, as vantagens para o bebé e para todo o ambiente em que está inserido são claras e evidentes.

O rastreio é suportado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo gratuito para os pais.

5 — Horizonte temporal

O PNRN vigora por tempo indeterminado e integra o Plano Nacional de Saúde (PNS).

6 — Estratégias

As estratégias (E) para a implementação do PNRN desdobram-se em:

- 1) Estratégias de intervenção;
- 2) Estratégias de formação;
- 3) Estratégias de avaliação e planeamento;

São estratégias de intervenção do Programa:

E1 — Identificar as doenças hereditárias ou não, incluídas no rastreio neonatal, de acordo com os estudos de custo/eficiência, a evidência científica e os recursos disponíveis.

E2 — Assegurar a realização do rastreio neonatal, recorrendo aos procedimentos laboratoriais de maior qualidade para cada doença em particular.

E3 — Definir critérios para a confirmação do diagnóstico dos casos identificados pelo rastreio, de acordo com a melhor evidência científica.

E4 — Promover na estruturação da rede nacional de Centros de Tratamento, a garantia da universalidade do acesso e a mais elevada qualidade dos cuidados prestados em todo o ciclo de vida.

E5 — Encaminhar precocemente e de forma adequada os doentes para os Centros de Tratamento da rede nacional.

E6 — Promover a elaboração e difusão pelos Centros de Tratamentos e outros serviços de saúde de protocolos e orientações técnicas de boa prática profissional, para o acompanhamento clínico dos doentes.

E7 — Identificar as necessidades de saúde dos doentes identificados pelo rastreio, ao longo do seu ciclo de vida.

E8 — Promover e colaborar na monitorização dos ganhos em saúde dos doentes diagnosticados pelo Programa e seguidos nos centros de tratamento da rede nacional.

E9 – Propor a inclusão nos contratos-programa dos hospitais, de financiamento específico para os Centros de Tratamento da rede nacional.

E10 – Divulgar os apoios sociais e os recursos existentes de que possam beneficiar os doentes seguidos nos centros de tratamento da rede nacional.

E11 – Facilitar a articulação com as associações de doentes nesta área, de modo a manter a escuta e colaboração permanente no interesse dos doentes.

E12 – Colaborar na divulgação dos projetos de investigação e desenvolvimento (I&D) relativos às doenças identificadas pelo rastreio neonatal.

E13 – Participar na divulgação dos programas de financiamento de I&D junto da comunidade científica, no âmbito das doenças abrangidas pelo Programa.

E14 – Promover e colaborar em iniciativas que visem facilitar o acesso a novos medicamentos para as doenças diagnosticadas pelo rastreio neonatal.

E15 – Divulgar de forma ativa junto dos centros de tratamento, serviços de saúde e comunidade, os recursos existentes em Portugal e na União Europeia na prevenção, tratamento e investigação nas doenças abrangidas pelo Programa.

E16 – Participar nas iniciativas que decorrem a nível europeu no âmbito do rastreio neonatal, quer se relacionem com aspetos científicos, normativos ou outros.

São estratégias de formação

E17 – Desenvolver iniciativas que visem reformular os programas curriculares no ensino pré-graduado das ciências da saúde, para melhorar o conhecimento das doenças abrangidas pelo Programa.

E18 – Promover iniciativas que visem a formação de competências específicas nestas doenças, dirigidas a médicos e outros profissionais, incluindo enfermeiros, carreiras técnicas e pessoal auxiliar.

E19 – Elaborar e divulgar documentos e outros materiais pedagógicos para profissionais de saúde em exercício.

E20 – Elaborar e divulgar às equipas de saúde escolar e aos agentes educativos orientações técnicas sobre o apoio na escola a estes doentes.

E21 – Promover e colaborar em iniciativas nos meios de comunicação social, cujo objetivo seja melhorar o conhecimento, a inclusão e a não discriminação dos doentes e dos seus familiares.

São estratégias de avaliação e planeamento;

E22 – Inventariar as bases de dados existentes sobre as doenças do Programa, incluindo as das associações de doentes e da indústria farmacêutica, e estudar mecanismos de compatibilidade.

E23 – Adotar a nomenclatura e a classificação das doenças que vier a ser utilizada pelo Programa Nacional das Doenças Raras, se esta tiver aplicação.

E24 – Colaborar com o Observatório Nacional de Doenças Raras, quando este for implementado.

E25 – Colaborar e participar em iniciativas de vigilância epidemiológica no âmbito destas doenças.

7 – Órgãos do Programa

O PNRN estrutura -se de acordo com os seguintes órgãos:

- a) Presidente;
- b) Comissão Técnica Nacional;
- c) Comissão Executiva;

7.1 – Composição dos órgãos

7.1.1 – Presidente do Programa

O Presidente do PNRN é, por inerência, o presidente do Conselho Diretivo do INSA, I. P.;

7.1.2 – Comissão Técnica Nacional

A Comissão Técnica Nacional é composta por nove a onze membros, para além do Presidente, incluindo os três membros da Comissão Executiva. Inclui profissionais de saúde e de outras áreas de reconhecido mérito profissional e científico e representantes de Associações ou Sociedades científicas.

As normas de funcionamento da Comissão Técnica Nacional constam de regulamento interno a elaborar e aprovar pelos seus membros, que igualmente definirá o modo de participação de peritos, representantes dos doentes e outros intervenientes, quando tal for considerado necessário.

A composição nominal da Comissão Técnica Nacional é aprovada por deliberação do Conselho Diretivo do INSA, I. P., cabendo, quando for o caso, às Sociedades ou Associações indicarem os seus representantes.

7.1.3 – Comissão Executiva

A Comissão Executiva é composta por três membros designados pelo Conselho Diretivo do INSA, I. P., devendo ter na sua composição, necessariamente, um médico e por inerência o responsável pela Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética.

A Comissão Executiva é coordenada pelo responsável pela Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética.

As normas de funcionamento da Comissão Executiva constam de regulamento interno a elaborar e aprovar pelos seus membros.

7.2 – Competências dos órgãos

7.2.1 – Presidente do Programa

Compete ao Presidente do Programa:

- a) Assegurar a gestão estratégica do Programa, tendo em conta o Plano Nacional de Saúde e as prioridades e políticas em Saúde, bem como as opções estratégicas do INSA, I. P.;
- b) Assegurar a ligação do Programa aos diferentes organismos do Ministério da Saúde.
- c) Assegurar o funcionamento integrado do Programa;

7.2.2 – Comissão Técnica Nacional

Compete à Comissão Técnica Nacional

- a) Definir as orientações estratégicas do Programa;
- b) Pronunciar -se, a título consultivo, sobre o plano e o relatório de atividades do PNRN, a apresentar pela Comissão Executiva;
- c) Pronunciar -se sobre todas as questões que lhe sejam submetidas pelo Presidente do Programa;
- d) Contribuir para divulgar o Programa na comunidade científica e na sociedade civil.

7.2.3 – Comissão Executiva

Compete à Comissão Executiva:

- a) Articular as atividades com os responsáveis das diferentes estruturas;
- b) Avaliar e desenvolver a articulação com a rede de Centros de Tratamento;
- c) Acompanhar a atividade da Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética do INSA;
- d) Assegurar a ligação do Programa e seus órgãos com os coordenadores dos Centros de Tratamento;
- e) Facilitar e promover o diálogo com os doentes, acolhendo e apoiando a resolução das suas necessidades;
- f) Apresentar, ao Presidente do Programa, propostas de melhoria, incluindo o alargamento do âmbito do Programa ou das tecnologias existentes e a sua articulação com os Centros de Tratamento.

8 – Recursos associados

O desenvolvimento harmonioso do Programa pressupõe a articulação eficaz com/entre as seguintes estruturas:

- a) Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética;
- b) Base de dados;
- c) Website;
- d) Centros de Saúde ou outros locais de colheitas nacionais;
- e) Centros de Tratamento.

8.1 – Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética

Esta Unidade é composta por um laboratório de prestação de serviços, que se dedica à realização de exames laboratoriais de rastreio em amostras de sangue de recém-nascidos, e pelo Secretariado da Unidade, que assegura o bom funcionamento do sistema de receção e registo das fichas de rastreio.

Dispõe de recursos tecnológicos próprios, para desempenhar esta atividade, e articula-se com outros laboratórios desta Unidade em complementaridade, nomeadamente para confirmação bioquímica e molecular dos casos rastreados, e no diagnóstico e investigação das Doenças Hereditárias do Metabolismo.

8.2 — Base de dados

O Programa dispõe de uma base de dados específica de apoio ao rastreio, cuja implementação obedece à legislação em vigor.

8.3 — Website

O Programa tem um microsite próprio, integrado no site do INSA, I. P., o qual deverá permitir a divulgação de resultados aos pais dos recém-nascidos e outras informações de interesse relativas à sua atividade.

9 — Acompanhamento e avaliação

O Programa será acompanhado e avaliado periodicamente pela Comissão Técnica Nacional e prestará a informação que lhe for solicitada pelas diferentes estruturas do Ministério da Saúde de acordo com as suas competências.

A avaliação periódica realiza -se com base em indicadores internacionalmente aceites e de acordo com os objetivos do Programa.

Sempre que for considerado adequado, será avaliado por entidades externas, nacionais, comunitárias ou internacionais.

Anexo 2 – Despacho n.º 752/2010, de 12 de janeiro. Aprovação do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde**Despacho n.º 752/2010 ¹

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce é um programa que tem por objectivo diagnosticar, nas primeiras semanas de vida, doenças que, uma vez identificadas, permitam o tratamento precoce que evite a ocorrência de atraso mental, doença grave irreversível ou a morte da criança. A cobertura do Programa, que teve o seu início em 1979, é hoje superior a 99 % dos recém-nascidos, sendo o seu sucesso indiscutível.

Importa, contudo, reformular o Programa, ajustando-o aos desafios do Plano Nacional de Saúde e dotando-o de uma estrutura de coordenação que assegure a sua sustentabilidade na próxima década.

O Programa agora proposto pelo INSA, I. P., consolida de forma adequada os resultados muito positivos já alcançados neste domínio no nosso País e define com adequado rigor novos objectivos e uma estrutura de governação para os alcançar.

Assim, nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 1.º e na alínea b) do n.º 4 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 271/2007, de 26 de Julho, determino:

- 1 – É aprovado o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, constante do anexo ao presente despacho, do qual faz parte integrante.
- 2 – O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., deve proceder à implementação do Programa agora aprovado.

6 de Janeiro de 2010. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Manuel Francisco Pizarro Sampaio e Castro.

Programa Nacional de Diagnóstico Precoce**I – Introdução**

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) é um Programa Nacional de Saúde Pública, cuja componente laboratorial está centralizada num único laboratório nacional: a Unidade de Rastreio Neonatal. Está sediado no Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães (CGMJM) no Porto e depende hierarquicamente do presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I. P. (INSA).

¹ Publicado no *Diário da República*, 2.ª série — N.º 78 — 12 de janeiro de 2010, pp. 1434-1437.

Os programas de rastreio neonatal são integrados, incluindo quer uma componente clínica quer uma componente laboratorial. Têm por objectivo o diagnóstico nas primeiras semanas de vida de doenças que, uma vez identificadas, permitam o tratamento precoce que evite a ocorrência de atraso mental, doença grave irreversível ou a morte da criança. São assim programas clínicos que incluem prevenção secundária (diagnóstico precoce), terciária (reduzir sequelas) e também primária, pelo aconselhamento genético.

Os programas têm maior sucesso e eficiência quando é obtida uma boa colaboração entre as equipas de coordenação, as estruturas laboratoriais, os profissionais de saúde nos diferentes níveis de cuidados e são bem compreendidos e aceites pela opinião pública e pelos doentes. Devem estar articulados com os organismos públicos com responsabilidades na prestação de cuidados à criança, seja no que se refere aos rastreios (por exemplo, os rastreios auditivo e do citomegalovírus), seja no âmbito do planeamento em Saúde.

A amplitude do rastreio neonatal, o seu conteúdo, estrutura orgânica e governação, variam entre os diferentes países e, mesmo dentro do mesmo país, de acordo com a estrutura política nacional (por exemplo, quando estão organizados politicamente por estados, regiões ou províncias). A identificação das doenças a rastrear em cada Programa é definida por vários critérios, incluindo critérios de natureza científica da evidência existente, avaliação do custo/benefício e opções de Saúde Pública. A identificação das doenças tem que ter em conta as tecnologias disponíveis, mas não pode apenas depender deste critério.

Os critérios a que as estruturas públicas de planeamento recorrem, para definir a lista das doenças rastreadas nessa comunidade, baseiam-se essencialmente em (adaptado do Washington State Department of Health):

- a) Razoabilidade médica e potencial de prevenção: há uma evidente vantagem para a criança;
- b) Terapêutica disponível: existente e disponível no sistema de saúde;
- c) Razoabilidade de Saúde Pública: a natureza da doença e a prevalência justificam o rastreio populacional e não o rastreio baseado no risco;
- d) Tecnologia disponível: acessível de modo a ser aplicado a um rastreio populacional;
- e) Custo/benefício e custo/eficiência: os benefícios são evidentes para a comunidade.

II – Contexto em Portugal

Pelo Despacho Ministerial de 13 de Abril de 1981, foi criado no Instituto de Genética Médica a Comissão Nacional para o Diagnóstico Precoce.

O PNDP teve um enorme sucesso e tem revelado uma elevada qualidade, que é bem patente na sua taxa de cobertura superior a 99 % dos recém-nascidos e pelo seu tempo médio de intervenção terapêutica – 11/12 dias. Dirigido inicialmente à fenilcetonúria e ao hipotiroidismo, duas doenças que, na criança, quando não tratadas acarretam atraso mental, foi alargado mais tarde em 2004 na Região Norte e com âmbito nacional em 2006, a mais 23 doenças hereditárias do metabolismo. Este alargamento da amplitude deve-se à utilização da tecnologia MS/MS, que permite o diagnóstico de doenças hereditárias do metabolismo numa única amostra de sangue. Outras doenças como a fibrose quística, hiperplasia congénita da supra-renal e deficiência da biotinidase foram rastreadas em estudos-piloto e poderão futuramente vir a ser incluídas no Programa Nacional.

O rastreio e a confirmação do diagnóstico permitem o encaminhamento dos doentes para a rede de Centros de Tratamento, sediados em instituições hospitalares de referência. A última actualização da lista foi efectuada pelo Despacho Ministerial n.º 4326/2008, de 23 de Janeiro. Para permitir de maneira eficaz que os doentes identificados pelo PNDP tenham acesso a produtos alimentares adequados à sua doença, o despacho n.º 14319/2005, de 2 de Junho, estabelece os mecanismos necessários, de acordo com a prescrição num Centro de Tratamento.

O PNDP foi-se expandindo face aos desafios encontrados no seu desenvolvimento graças ao empenho e dinamismo dos membros da Comissão Nacional e do seu presidente, Dr. Rui Vaz Osório. Porém, não ficou identificado na lista dos Programas Nacionais do Programa para o Plano Nacional de Saúde, nem foi actualizada a sua composição.

O Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, estabeleceu as novas competências do INSA, I. P., descritas no Decreto-Lei n.º 271/2007, de 26 de Julho, tendo passado a ter a responsabilidade de «planear e executar o programa nacional de rastreio neonatal de diagnóstico precoce». Foi assim criada a oportunidade para reformular o PNDP, ajustando-o aos desafios do Plano Nacional de Saúde e dotando-o de uma estrutura de coordenação que assegure a sua sustentabilidade na próxima década.

Por outro lado, a publicação, em 7 de Abril de 2009, do regulamento de organização e funcionamento do INSA, I. P., cria a Unidade de Rastreio Neonatal, atribuindo-lhe a competência de «realização de exames laboratoriais de rastreio em amostras de sangue em recém-nascido», criando assim, formalmente, a unidade de suporte operacional à actividade do PNDP.

III — Objectivos

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce visa, com a sua actividade, responder aos seguintes objectivos:

Geral:

Assegurar o rastreio e diagnóstico neonatal, universal e que inclua o maior número possível de doenças hereditárias ou não, de acordo com os recursos disponíveis, e promover respostas de qualidade às necessidades dos doentes.

Específicos:

- 1 — Rastrear e diagnosticar precocemente, na criança, doenças hereditárias ou não, cujo tratamento evite atraso mental, doença física irreversível ou a morte;

- 2 – Encaminhar os doentes identificados para os Centros de Tratamento da rede nacional;
- 3 – Contribuir para a gestão integrada dos cuidados e a resposta às necessidades desses doentes e das suas famílias;
- 4 – Promover a investigação nessas doenças e a disseminação do conhecimento;
- 5 – Desenvolver intervenções que melhorem o conhecimento das doenças identificadas pelo rastreio na comunidade e entre os profissionais de saúde.

IV – População –alvo

A população-alvo abrangida pelo PNDP é a das crianças nascidas em Portugal independentemente da sua nacionalidade.

V – Horizonte temporal

O PNDP é parte integrante do Plano Nacional de Saúde (PNS), cujo limite temporal é 2010. Deste modo, o PNDP passa a integrar desde já a lista dos Programas Nacionais do PNS e será tido em conta nas iniciativas que se realizem para elaborar o novo PNS, com o limite temporal que for estabelecido.

VI – Estratégias

As estratégias para a implementação do PNDP, desdobram-se em:

- 1) Estratégias de intervenção;
- 2) Estratégias de formação; e
- 3) Estratégias de colheita e análise da informação.

1 – Estratégias de intervenção

- E1 – Identificar as doenças hereditárias ou não, incluídas no rastreio neonatal, de acordo com os estudos de custo/eficiência, a evidência científica e os recursos disponíveis.
- E2 – Assegurar a realização do rastreio neonatal, recorrendo aos procedimentos laboratoriais de maior qualidade para cada doença em particular.
- E3 – Definir critérios para a confirmação do diagnóstico dos casos identificados pelo rastreio, de acordo com a melhor evidência científica.
- E4 – Estruturar a rede nacional de centros de tratamento, que assegure a universalidade do acesso e a mais elevada qualidade dos cuidados prestados em todo o ciclo de vida.
- E5 – Encaminhar precocemente e de forma adequada os doentes para os centros de tratamento da rede nacional.
- E6 – Promover a elaboração e difusão pelos centros de tratamentos e outros serviços de saúde de protocolos e orientações técnicas de boa prática profissional, para o acompanhamento clínico dos doentes.

- E7 – Identificar de forma sistemática as necessidades de saúde não satisfeitas dos doentes identificados pelo rastreio, ao longo do seu ciclo de vida.
- E8 – Promover e colaborar na monitorização dos ganhos em saúde dos doentes diagnosticados pelo PNNDP e seguidos nos centros de tratamento da rede nacional.
- E9 – Propor a inclusão nos contratos-programa com os hospitais, de financiamento específico para os centros de tratamento da rede nacional.
- E10 – Divulgar os apoios sociais e os recursos existentes de que possam beneficiar os doentes seguidos nos centros de tratamento da rede nacional.
- E11 – Facilitar a articulação com as associações de doentes nesta área, de modo a manter a escuta e colaboração permanente no interesse dos doentes.
- E12 – Colaborar na divulgação dos projectos de investigação e desenvolvimento (I&D) relativos às doenças identificadas pelo rastreio neonatal.
- E13 – Participar na divulgação dos programas de financiamento de I&D junto da comunidade científica, no âmbito das doenças abrangidas pelo PNNDP.
- E14 – Promover e colaborar em iniciativas que visem facilitar o acesso a novos medicamentos para as doenças diagnosticadas pelo rastreio neonatal.
- E15 – Divulgar de forma activa junto dos centros de tratamento, serviços de saúde e comunidade, os recursos existentes em Portugal e na União Europeia na prevenção, tratamento e investigação nas doenças abrangidas pelo PNNDP.
- E16 – Procurar participar nas iniciativas que decorrem a nível europeu no âmbito do rastreio neonatal, quer se relacionem com aspectos científicos, normativos ou outros.

2 – Estratégias de formação

- E17 – Desenvolver iniciativas que visem reformular os programas curriculares no ensino pré-graduado das ciências da saúde, para melhorar o conhecimento das doenças abrangidas pelo PNNDP.
- E18 – Promover iniciativas que visem a formação de competências específicas nestas doenças, dirigidas a médicos e outros profissionais incluindo enfermeiros, carreiras técnicas e pessoal auxiliar.
- E19 – Elaborar e divulgar documentos e outros materiais pedagógicos para profissionais de saúde em exercício.
- E20 – Elaborar e divulgar às equipas de saúde escolar e aos agentes educativos orientações técnicas sobre o apoio na escola a estes doentes.
- E21 – Promover e colaborar em iniciativas nos meios de comunicação social, cujo objectivo seja melhorar o conhecimento, a inclusão e a não discriminação dos doentes e dos seus familiares.

3 – Estratégias de colheita e análise de informação

E22 – Inventariar as bases de dados existentes sobre as doenças do PNDP, incluindo das associações de doentes e da indústria farmacêutica, e estudar mecanismos de compatibilidade.

E23 – Adotar a nomenclatura e a classificação das doenças que vier a ser utilizada pelo Programa Nacional das Doenças Raras, se esta tiver aplicação.

E24 – Colaborar com o Observatório Nacional de Doenças Raras, quando este for implementado.

E25 – Colaborar e participar em iniciativas de vigilância epidemiológica no âmbito destas doenças.

VII – Estrutura

O PNDP estrutura-se de acordo com os seguintes órgãos, a quem são atribuídos um conjunto específico de funções. Para desenvolver a sua actividade, articula-se também com um conjunto de estruturas, adiante melhor descritas.

1 – Órgãos de coordenação

São órgãos de coordenação do PNDP, os seguintes:

- a) Presidente
- b) Comissão Técnica Nacional
- c) Comissão Executiva

1.1 – Composição dos órgãos

A composição dos órgãos de coordenação é a seguinte:

- a) Presidente: é o presidente do Conselho Directivo do INSA, podendo delegar numa personalidade de reconhecido mérito científico;
- b) Comissão Técnica Nacional: terá sete a nove membros, incluindo os três membros da comissão executiva. Inclui profissionais de saúde e de outras áreas de reconhecido mérito profissional e científico e representantes de associações ou sociedades científicas. A Comissão terá um regulamento interno, que definirá o modo de participação de peritos, representantes dos doentes e outros intervenientes, quando tal for considerado necessário. A composição nominal da Comissão é aprovada pelo Conselho Directivo do INSA, cabendo, quando for o caso às sociedades ou associações indicarem os seus representantes;
- c) Comissão Executiva: composta por três membros designados pelo Conselho Directivo do INSA que designará também o coordenador.

Inclui um médico e por inerência o responsável pela Unidade de Rastreio Neonatal.

1.2 — Funções dos órgãos

As funções dos órgãos são as seguintes:

a) Presidente

Compete ao Presidente, genericamente:

1 — Assegurar a gestão estratégica do PNDP, tendo em conta o Plano Nacional de Saúde e as prioridades e políticas em Saúde, bem como as opções estratégicas do INSA;

2 — Assegurar a ligação do PNDP aos diferentes organismos do Ministério da Saúde.

b) Comissão Técnica Nacional Compete à Comissão Técnica Nacional, genericamente:

1 — Acompanhar de forma permanente o desenvolvimento do PNDP;

2 — Estudar e apresentar propostas de melhoria, incluindo o alargamento do âmbito do programa ou das tecnologias existentes e a sua articulação com os Centros de Tratamento;

3 — Propor e realizar estudos de custo/benefício e custo/efectividade;

4 — Propor e dinamizar actividades de investigação, nomeadamente de tipo epidemiológico;

5 — Contribuir para divulgar o PNDP na comunidade científica e na sociedade civil.

c) Comissão Executiva

Compete à Comissão Executiva, genericamente:

1 — Assegurar o funcionamento integrado do PNDP;

2 — Articular as actividades com os responsáveis das diferentes estruturas;

3 — Avaliar e desenvolver a articulação com a rede de centros de tratamento e o controle de qualidade da Unidade de Rastreio Neonatal;

4 — Assegurar a ligação da Comissão Executiva com o presidente do INSA, o director do CGMJM e os coordenadores dos centros de tratamento;

5 — Facilitar e promover o diálogo com os doentes, acolhendo e apoiando a resolução das suas necessidades.

2 — Estruturas associadas

O desenvolvimento harmonioso do Programa pressupõe a articulação eficaz com um conjunto de estruturas.

2.1 — Estruturas associadas

a) Unidade de Rastreio Neonatal;

b) Área de Produtos Dietéticos Hipoproteicos;

c) Base de dados das fichas;

d) *Website* do INSA.

2.2 — Articulação

a) Unidade de Rastreio Neonatal

Esta Unidade é composta por um laboratório de prestação de serviços, que se dedica à realização de exames laboratoriais de rastreio em amostras de sangue de recém-nascidos, e pelo Secretariado da Unidade, que assegura o bom funcionamento do sistema de recepção e registo das fichas de rastreio. Dispõe de recursos tecnológicos próprios, para desempenhar esta actividade, e articula-se com outros laboratórios do INSA, em complementaridade, nomeadamente para confirmação de diagnósticos e investigação de novas tecnologias.

b) Área de Produtos Dietéticos Hipoproteicos

Esta área do CGMJM assegura a aquisição dos produtos dietéticos hipoproteicos prescritos nos centros de tratamento e a sua distribuição pelos doentes, de maneira eficiente e tanto quanto possível, de proximidade. Esta área articula-se de forma estreita com a Comissão Executiva do Programa.

c) Base de dados das fichas

As fichas são armazenadas de acordo com a lei e tendo em conta as orientações que vierem a ser definidas pela Comissão de Ética do INSA, tendo em atenção as disposições actuais no período de transição.

d) Website do INSA

A informação do PNDP ocupará um espaço específico no site do INSA e deverá manter as funcionalidades actualmente existentes, nomeadamente no que toca à divulgação de resultados aos pais dos recém-nascidos e de outras informações de interesse relativas à sua actividade.

VIII — Acompanhamento e avaliação

O PNDP será acompanhado e avaliado periodicamente pelo Conselho Directivo do INSA e prestará a informação que lhe for solicitada pelas diferentes estruturas do Ministério da Saúde de acordo com as suas competências. Sempre que for considerado adequado, será avaliado por entidades externas. A avaliação periódica realiza-se com base em indicadores que serão desenvolvidos pela Comissão Técnica Nacional.

Anexo 3 – Despacho n.º 3653/2016, 7 de março. Centros de Referência para o Tratamento das Doenças Hereditárias do Metabolismo

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Gabinete do Ministro**Despacho n.º 3653/2016 ¹

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece, como prioridades, melhorar a governação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através de um melhor planeamento dos recursos baseado nas necessidades dos cidadãos e do aperfeiçoamento do atual modelo de contratualização, introduzindo incentivos associados à melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços.

A Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, que transpõe para ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, consagra a competência do Ministério da Saúde para identificar, aprovar e reconhecer oficialmente centros de referência nacionais, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras, assim como promover a participação e integração de centros de referência nacionais que voluntariamente pretendam integrar as Redes Europeias de Referência.

Neste sentido, a Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, veio estabelecer o conceito, processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para a prestação de cuidados de saúde.

A referida Portaria dispõe que são definidas anualmente, por despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde, as áreas de intervenção prioritárias em que devem ser reconhecidos Centros de Referência. Neste sentido, o Despacho n.º 235 -A/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 8 de janeiro de 2015, e o Despacho n.º 2999/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 24 de março de 2015, vieram definir as áreas de intervenção prioritárias em que devem ser reconhecidos Centros de Referência em 2015, nos termos do disposto no artigo 2.º do Regulamento do processo de candidatura ao reconhecimento de Centros de Referência (Regulamento), publicado em anexo à Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro.

Em conformidade com os n.os 3 e 4 do artigo 3.º do referido Regulamento, foi iniciado em julho de 2015, o processo de reconhecimento pelo Ministério da Saúde de Centros de Referência através da publicação no Diário da República, pela Direção-Geral da Saúde, de avisos para apresentação de candidaturas, os quais fixam os critérios especiais, as condições e termos em que podem ser apresentadas as respetivas candidaturas.

¹ Publicado no *Diário da República*, 2.ª série — N.º 50 — 11 de março de 2016, p. 8724.

Das áreas de intervenção prioritárias definidas para 2015, o Despacho n.º 11297/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 8 de outubro de 2015, reconheceu os Centros de Referência para as áreas da Epilepsia Refratária, da Onco-Oftalmologia, da Paramiloidose Familiar, do Transplante Pulmonar, do Transplante do Pâncreas e do Transplante Hepático.

Importa agora decidir o reconhecimento de Centros de Referência nas restantes áreas identificadas como prioritárias, dando um novo impulso a um processo que se reveste de mais elevada importância, tanto a nível nacional como europeu, para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e para o prestígio e competitividade do sistema de saúde português face aos demais sistemas de saúde na União Europeia, posicionando os prestadores nacionais, potencialmente interessados, para as Redes Europeias de Referência que vierem a ser criadas.

As referidas Redes Europeias de Referência ajudam ao reconhecimento das qualificações e competências no contexto europeu, melhorando os processos de difusão da inovação da ciência médica e das tecnologias de saúde, trazendo benefícios para os doentes e para os sistemas de saúde, para além de promoverem a qualidade dos cuidados.

As Redes Europeias de Referência, visando a cooperação entre os Estados-Membros nas áreas específicas em que as economias de escala, fruto de ação coordenada, podem trazer um significativo valor acrescentado aos sistemas de saúde nacionais, visam, ainda, a prestação de cuidados de saúde custo-efetivos e de elevada qualidade aos doentes com patologias que exigem uma particular concentração de recursos ou de conhecimento, sendo pontos focais para a formação e investigação médicas na sua área clínica de atuação.

Assim,

Considerando que nenhum prestador de cuidados de saúde localizado num Estado-Membro se pode candidatar a integrar uma Rede Europeia de Referência sem ser reconhecido oficialmente como Centro de Referência no seu Estado-Membro de origem, competindo, nos termos do artigo 4.º do Regulamento, à Comissão Nacional para os Centros de Referência (Comissão), designada pelo Despacho n.º 13163-C/2014, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 29 de outubro de 2014, a avaliação técnica das candidaturas para o reconhecimento de Centro de Referência em Portugal; Considerando o Relatório Final da Comissão sobre as candidaturas, elaborado com base em requisitos gerais e específicos que foram tornados públicos através dos avisos da Direção-Geral da Saúde n.os 9764/2015, 9657/2015, 9658/2015, 8402 -D/2015, 8402 -F/2015, 8402-G/2015, 840-H/2015, 8402-I/2015, 8402-J/2015, 8402-P/2015, 8402-L/2015, 8402-O/2015 e 8402-N/2015;

Considerando a proposta da Comissão para o reconhecimento de Centros de Referência nas áreas da Cardiologia de Intervenção Estrutural, Cardiopatias Congénitas, Doenças Hereditárias do Metabolismo, Epilepsia Refratária, Oncologia de Adultos – Cancro do Esófago, Oncologia de Adultos – Cancro do Testículo, Oncologia de Adultos – Sarcomas das Partes Moles e Ósseas, Oncologia de Adultos – Cancro do Reto, Oncologia de Adultos – Cancro Hepatobiliar – Pancreático, Oncologia Pediátrica, Transplantação Renal Pediátrica, Transplante de Coração, Transplante Rim – Adultos;

Determino:

1 — Nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 7.º da Portaria n.º 194/2014, de 30 setembro, são reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde, como Centro de Referência, as seguintes entidades prestadoras de cuidados de saúde:

- a) Na área de Cardiologia de Intervenção Estrutural: o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.;
- b) Na área de Cardiopatias Congénitas: o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., em colaboração interinstitucional com o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., e em colaboração interinstitucional com o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa;
- c) Na área de Doenças Hereditárias do Metabolismo: o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E. e o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E.;
- d) Na área de Epilepsia Refratária: o Centro Hospitalar de São João, E. P. E.;
- e) Na área de Oncologia de Adultos — Cancro do Esófago: Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., e o Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E. P. E.;
- f) Na área de Oncologia de Adultos — Cancro do Testículo: o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E. P. E. em colaboração interinstitucional com o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., e o Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E. P. E.;
- g) Na área de Oncologia de Adultos — Sarcomas das Partes Moles e Ósseos: o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., e o Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E. P. E.;
- h) Na área de Oncologia de Adultos — Cancro do Reto: o Hospital de Braga, o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E. P. E., o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E. P. E., o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Hospital da Luz, S. A., o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E. P. E., Centro Integrado dos Hospitais Cuf Lisboa (Hospital Cuf Infante Santo S. A. e Hospital Cuf Descobertas S. A.), a Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S. A. — Hospital Beatriz Ângelo e o Centro Hospitalar do Algarve, E. P. E.;

- i) Na área de Oncologia de Adultos — Cancro Hepatobilio-Pancreático: o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E.;
- j) Na área de Oncologia Pediátrica: o Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E. P. E. em colaboração interinstitucional com o Centro Hospitalar S. João, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., e o Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E. P. E., em colaboração interinstitucional com o Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E., e com o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., na área dos Tumores do Sistema Nervoso Central;
- k) Na área de Transplantação Renal Pediátrica: o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., e o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E.;
- l) Na área de Transplante de Coração: o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E.;
- m) Na área de Transplante Rim — Adultos: o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.

2 — O presente despacho produz efeitos desde a data da sua assinatura.

7 de março de 2016. — O Ministro da Saúde, *Adalberto Campos Fernandes*.

Anexo 4 – Despacho n.º 6669/2017, 27 de julho. Centros de Referência para o Tratamento da Fibrose Quística

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde**Despacho n.º 6669/2017 ¹

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridades, melhorar a governação do Serviço Nacional de Saúde, através de um melhor planeamento dos recursos, introduzindo incentivos associados à melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços.

O Despacho n.º 9415/2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 140, de 22 de julho de 2016, define as áreas de intervenção prioritárias em que devem ser reconhecidos novos Centros de Referência, nos termos do disposto no artigo 2.º do anexo à Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, alterada pelas Portarias n.os 195/2016, de 19 de julho, e 52/2017, de 2 de fevereiro.

Nesse sentido, foi iniciado em dezembro de 2016 o processo de reconhecimento pelo Ministério da Saúde de Centros de Referência nestas novas áreas de intervenção prioritárias através da publicação no *Diário da República*, de 22 de dezembro, pela Direção-Geral da Saúde, dos avisos para apresentação de candidaturas n.os 15955-F/2016, 15955-H/2016, 15955-E/2016, 15955-G/2016, 15955-D/2016, os quais fixam os critérios especiais, as condições e termos em que podem ser apresentadas as respetivas candidaturas, nos termos dos n.os 3 e 4 do artigo 3.º do anexo à Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, alterada pelas Portarias n.os 195/2016, de 19 de julho, e 52/2017, de 2 de fevereiro.

Nos termos do disposto no artigo 4.º do anexo à Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, alterada pelas Portarias n.os 195/2016, de 19 de julho, e 52/2017, de 2 de fevereiro, compete à Comissão Nacional para os Centros de Referência, designada pelo Despacho n.º 11648-B/2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 29 de setembro de 2016, a avaliação das candidaturas para o reconhecimento de Centro de Referência, devendo a Comissão elaborar um Relatório final sobre as candidaturas para efeitos da alínea c) do artigo 8.º da referida Portaria.

Neste sentido, e sob proposta da Comissão Nacional para os Centros de Referência, importa decidir sobre o reconhecimento de Centros de Referência para as áreas da fibrose quística, neurorradiologia de intervenção na doença cerebrovascular, coagulopatias congénitas, implantes cocleares e ECMO - oxigenação por membrana extracorporeal.

Assim:

1 — Nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 7.º da Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, alterada pelas Portarias n.os 195/2016, de 19 de julho, e 52/2017, de 2 de fevereiro, são reconhecidos

¹ Publicado no *Diário da República*, 2.ª série — N.º 148 — 2 de agosto de 2017, pp. 16069-70.

pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência as seguintes entidades prestadoras de cuidados de saúde:

- a) Na área da fibrose quística: o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E., o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., e o Centro Hospitalar de São João, E. P. E.;
 - b) Na área da neurorradiologia de intervenção na doença cerebrovascular: o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E., o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E., e o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E. P. E.;
 - c) Na área das coagulopatias congénitas: o Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E., o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., e o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E. P. E.;
 - d) Na área dos implantes cocleares: o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E. P. E., conjuntamente com o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E., e o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E. P. E., conjuntamente com o Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E., e o Hospital CUF Infante Santo;
 - e) Na área do ECMO - oxigenação por membrana extracorporal: o Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E., o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., e o Centro Hospitalar de São João, E. P. E.
- 2 – O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

27 de julho de 2017. - O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, *Fernando Manuel Ferreira Araújo*.

Anexo 5 – Medalha de Serviços Distintos do Ministério da Saúde – Grau Ouro, concedida ao Programa, a 5 de abril de 2019



Anexo 6 – Programa da Sessão Comemorativa dos 40 Anos do PNRN

40 Anos do Programa Nacional de Rastreio Neonatal

Passado, Presente e Futuro



PROGRAMA NACIONAL DE
RASTREIO NEONATAL

14
maio
2019

Porto | Biblioteca Municipal Almeida Garrett
Rua de D. Manuel II - Jardins do Palácio de Cristal

Programa provisório

- 9:15 Abertura do secretariado
- 9:45 Sessão de abertura
Ministério da Saúde
- 10:00 **Programa Nacional de Rastreio Neonatal – O Presente**
Fernando de Almeida – Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Direção-Geral da Saúde (a definir)
Administração Regional da Saúde (a definir)
- 10:45 **Pausa para café**
- 11:05 **Rastreio Neonatal na Europa**
Moderação: Laura Vilarinho – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Newborn blood spot screening in Sweden, past, present and future
Rolf Zetterström – Karolinska Institutet, Sweden
Harmonisation of neonatal screening in Europe: an uphill battle
Gerard Loeber – International Society of Newborn Screening
- 12:15 **Os 40 anos do Programa Nacional de Rastreio Neonatal – Sessão solene e Homenagens**
Conferência: Uma vida – Rui Vaz Osório – Ex-Presidente do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce
Ministério da Saúde
Direção-Geral da Saúde
Câmara Municipal do Porto
- 13:25 **Intervalo para almoço**
- 14:45 **Mesa Redonda: Olhares – Centros de Referência para o Tratamento**
Moderação: Paulo Pinho e Costa – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Doenças Hereditárias do Metabolismo
Esmeralda Martins – Centro Materno Infantil do Norte (Centro Hospitalar Universitário do Porto)
Hipotiroidismo Congénito
Lurdes Sampaio – Hospital Santa Maria (Centro Hospitalar de Lisboa Norte)
Fibrose Quística
Celeste Barreto – Hospital Santa Maria (Centro Hospitalar de Lisboa Norte)
Associação Portuguesa da Fenilcetonúria e outras Doenças Metabólicas – Um outro olhar
- 16:30 **Encerramento**

Organização: Comissão Executiva do Programa | Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira
Departamento de Genética Humana, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

Anexo 7 – Estudo-piloto da Fibrose Quística



sua referência

data

nossa referência

CD/2013
Ofício-Circular

data

Assunto: Início do Rastreio Nacional da Fibrose Quística

Em nome do Conselho Diretivo, cumpre-me informar que o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, com a colaboração da Associação Nacional da Tuberculose e Doenças Respiratórias e o apoio da Direção Geral de Saúde, vai dar início ao rastreio neonatal da Fibrose Quística em Portugal, já no próximo dia 21 de Outubro.

Este rastreio, para já em fase piloto, tem a sua execução assegurada pela Unidade de Rastreio Neonatal do Departamento de Genética Humana, no âmbito do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, sendo a primeira extensão do rastreio neonatal a novas doenças, desde 2004.

A Fibrose Quística é já rastreada com sucesso em diversos países, tendo a experiência acumulada demonstrado que, apesar da inexistência de cura, o diagnóstico precoce contribui muito significativamente para uma melhor qualidade de vida destes doentes e menores custos de internamento.

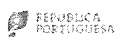
Está assegurado o financiamento da fase piloto do rastreio, em 80.000 doentes, não implicando este novo rastreio alterações significativas de procedimentos relativamente ao que é norma para o atual “teste do pezinho”. Agradecemos a divulgação deste desenvolvimento do programa junto de todas as unidades operativas do SNS onde se efetuam colheitas, para o que anexamos folheto informativo.

Os melhores cumprimentos,

O Presidente do INSA, IP,

Prof. Doutor José Pereira Miguel

Anexo 8 – Estudo-piloto da Drepanocitose



REPÚBLICA PORTUGUESA

Departamento de Genética Humana e Fibrose

Unidade de Rastreio Neonatal e Fibrose Quística

Laboratório de Genética Humana e Saúde

tel: +351 21 401 16 00 fax: +351 21 401 15 99

Porto, 26 de abril de 2021

Assunto: início do rastreio da Drepanocitose no Programa Nacional do Rastreio Neonatal

Exmº(a) Sr.(a) enfermeiro(a) responsável,

Informa-se que o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, vai dar início no próximo mês de Maio ao estudo piloto do rastreio neonatal da Drepanocitose em Portugal.

Este rastreio, para já em fase piloto, tem a sua execução assegurada pela Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética do Departamento de Genética Humana, no âmbito do Programa Nacional de Rastreio Neonatal, sendo uma extensão do rastreio neonatal a mais uma nova doença, desde a integração da Fibrose Quística no rastreio em 2018.

A Drepanocitose é atualmente rastreada com sucesso em diversos países, tendo a experiência acumulada demonstrado que o diagnóstico precoce contribui significativamente para uma melhor qualidade de vida destes doentes, melhores cuidados de saúde e redução dos custos associados.

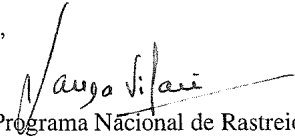
O estudo piloto do rastreio da Drepanocitose será efetuado em 100.000 recém-nascidos, e será implementado de uma forma faseada, numa primeira fase no distrito de Lisboa e Setúbal. O estudo será gradualmente expandido a todo o país, não implicando alterações de procedimentos relativamente ao que é norma para o atual “teste do pezinho”.

Prevê-se a conclusão da fase de estudo piloto no prazo de dois anos.

Agradecemos a divulgação deste desenvolvimento do programa junto de todos os profissionais que efetuam as colheitas para o teste do pezinho, para o que anexamos o respetivo folheto informativo, para entregar aos pais antes do procedimento, que lembramos, é facultativo.

A Associação Portuguesa de Pais e Doentes com Hemoglobinopatias apoia a realização deste estudo.

Os melhores cumprimentos,


pel' A Comissão Executiva do Programa Nacional de Rastreio Neonatal



Anexo 9 – Estudo-piloto da Atrofia Muscular Espinal



Porto, 10 de Fevereiro de 2023

Assunto: Rastreio de Atrofia Muscular Espinal no Programa Nacional do Rastreio Neonatal - início do estudo piloto a todo o país.

Exmo (a) Sr (a) Director (a) da Pediatria,

A Atrofia Muscular Espinal é uma doença neuromuscular rara, hereditária e muito grave que se caracteriza por uma fraqueza muscular progressiva. É atualmente rastreada com sucesso em diversos países, tendo a experiência acumulada demonstrado que o diagnóstico precoce contribui significativamente para uma melhor qualidade de vida destes doentes, melhores cuidados de saúde e redução dos custos associados.

O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge iniciou em **27 de outubro de 2022** um estudo piloto para rastreio neonatal da Atrofia Muscular Espinal, a nível nacional. Este rastreio é executado pela Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética do Departamento de Genética Humana, no âmbito do Programa Nacional de Rastreio Neonatal (PNRN).

O estudo piloto tem como objetivo avaliar a exequibilidade técnica e organizacional do rastreio da Atrofia Muscular Espinal em Portugal e determinar o seu impacto em termos de saúde pública. Prevê rastrear 100.000 recém-nascidos num período temporal até dois anos e, após a fase inicial, avaliar a viabilidade da integração deste teste no grupo de doenças sistematicamente rastreadas no PNRN.

Este estudo não implica alterações substanciais ao procedimento habitual para o atual “teste do pezinho”, sendo aconselhável que todos os círculos do cartão sejam corretamente preenchidos com sangue.

Agradecemos a divulgação deste desenvolvimento do Programa junto de todos os profissionais que de algum modo estão implicados nas colheitas do “teste do pezinho”, para o que anexamos a informação aos profissionais de saúde, assim como o folheto informativo para ser entregue aos pais antes do procedimento.

O não consentimento para integrar este estudo piloto deve ser registado no respetivo cartão do “teste do pezinho”, para que a pesquisa da Atrofia Muscular Espinal não seja efetuada.

A Associação Portuguesa de Neuromusculares (APN) apoia a execução deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Coordenadora da comissão Executiva do Programa Nacional de Rastreio Neonatal
Laura Vilarinho, PhD

Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira
Rua Alexandre Herculano, 321, 4000-055, Porto, Portugal

TEL +351 223 401 100 FAX +351 223 401 109 EMAIL infoporto@insa.min-saude.pt www.insa.pt



Anexo 10 – Atual Ficha de Rastreio do PNRR

903 Neo Portugal Card
10530102 Rev.AF
Job # 7266123-001.1
02-02-23
First Proof

APPROVED NOT APPROVED

SIGNATURE _____ SIGNATURE _____

NAME: _____ REF:10530102 REVISION: AF
DATE: _____ DATE: _____

CUSTOMER **EBF**

PROGRAMA NACIONAL DO RASTREIO NEONATAL

Se esta colheita for uma repetição, assinale com uma cruz

Nome da Mãe _____

Endereço _____ C. Postal _____

Localidade _____

Nascimento _____ Idade Gestacional _____ N° Utente da Mãe _____
(Obrigatório)

Colheita _____ Peso _____ Sexo _____ Gêmeos 1º 2º 3º

Alimentação - Peito Outra Icterícia S N M F

Medicação - Qual? _____

Local de Colheita _____ Distrito _____

COLABORE CONNOSCO no pezinho do bebé pode estar o seu futuro

ENVIAR PARA: INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE
Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética
Rua Alexandre Herculano, 321
4000-955 Porto Telef. 223 401 168 / 76 / 70

Part 2 - 903 Lot W211
4" x 1 7/8" (±1/16")
101.6mm x 47.63mm
Prints Bio Black 586 Ink
Circle size: 12mm ID

Part 1 - 100# White Tag - 4" x 8 1/8" (±1/16") - 101.6mm x 206.37mm
Prints Black Ink & Laser Code 128 Barcodes

Note: This PDF form layout is produced to a 1:1 scale. All copy and construction features are shown in their proper position per your specifications. Production variances will result in a potential ± 1/16" (1.6mm) tolerance.

903 Neo Portugal Card
10530102 Rev.AF
Job # 7266123-001.1
02-02-23
First Proof

APPROVED NOT APPROVED

SIGNATURE _____ SIGNATURE _____

NAME: _____ REF:10530102 REVISION: AF
DATE: _____ DATE: _____

CUSTOMER **EBF**

UNIDADE DE RASTREIO NEONATAL, METABOLISMO E GENÉTICA

1 - Proceder à colheita de sangue no calcanhar do bebé entre o 3º dia e o 6º dia de vida (o bebé deverá ter, pelo menos, 48h de alimentação).

2 - Desinfetar o calcanhar do bebé (nunca utilizar analgésicos ou anticoagulantes locais). Se usar álcool, deixar secar bem antes de picar. Se o pé estiver muito frio, aquecer antes de efetuar a colheita.

3 - Picar duas vezes consecutivas, no lado esquerdo ou direito do calcanhar, do bebé.

4 - Deixar formar uma boa gota de sangue no calcanhar e preencher o 1º círculo, se possível de uma só vez. Proceder da mesma forma para os outros 3 círculos.

5 - **Verificar se a outra face do papel de filtro também ficou bem impregnada.** Se não ficou, a colheita não é válida.

6 - Deixar secar à temperatura ambiente, evitando a exposição directa ao sol e outras fontes de calor.

7 - Enviar para a Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, o mais rapidamente possível após a colheita.

Nota: Não envolver a ficha em papel de estanho ou plástico.

www.diagnosticoprecoce.pt

Contactos: Secretariado da Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética - 223 401 168 / 76 / 70

CE (UVD) REF 10530102 Rev.AF 2028-02-28 Eastern Business Forms LLC 330 Old Sulphur Springs Rd. Greenville, SC 29601, USA CMC C/Barcelo Largo N18 CP 28010 Madrid, Spain +34951214054

Part 1 Backer
Prints Black Ink

Part 2 Backer
No Print
Tips to back of Part 1 with EBF
glue #1003
indicated in Green

Note: This PDF form layout is produced to a 1:1 scale. All copy and construction features are shown in their proper position per your specifications. Production variances will result in a potential ± 1/16" (1.6mm) tolerance.

Anexo 11 – Despacho n.º 4502/2012, de 29 de março. Nomeação dos Órgãos de Coordenação do PNDP

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.

Despacho n.º 4502/2012 ¹

Nomeação dos Órgãos de Coordenação do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

O Programa Nacional de diagnóstico Precoce (PNDP), é um programa que tem por objetivo diagnosticar, nas primeiras semanas de vida, doenças que, uma vez identificadas, permitem o tratamento precoce que evite a ocorrência de atraso mental, doença grave irreversível ou a morte da criança. A cobertura do Programa, que teve o seu início em 1979, é hoje superior a 99 % dos recém nascidos, sendo o seu sucesso indiscutível.

Nessa medida, foi criado por Despacho de S. Exa. o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 6 de janeiro de 2010 — Despacho n.º 752/2010, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 7, de 12 de janeiro de 2010, o PNDP.

O PNDP estrutura-se de acordo com os seguintes órgãos, aos quais é atribuído um conjunto específico de funções.

Para desenvolver a sua atividade, articula-se também com um conjunto de estruturas, conforme referido no ponto VII — Estruturas, do Despacho supra. Ora, nos termos do n.º 1.1. deste ponto, é referida a composição dos órgãos de coordenação do PNDP, competindo ao Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I. P. (INSA), a incumbência de nomear a Comissão Técnica Nacional (CTN), a Comissão Executiva (CE), bem como o seu coordenador.

Assim, determina-se, ao abrigo do n.º 1.1., que:

Presidente do PNDP será:

O Prof. Doutor *José Manuel Domingos Pereira Miguel*, Presidente do Conselho Diretivo do INSA.

A Comissão Técnica Nacional (CTN) é constituída pelos seguintes elementos:

Pela Prof.ª Doutora Maria do Céu Machado, Professora Associada de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Chefe de Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE;

Pelo Prof. Doutor Alberto António Caldas Afonso, Professor Associado de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Chefe de Serviço de Pediatria, Hospital São João EPE, Porto;

¹ Publicado no *Diário da República*, 2.ª série — N.º 64 — 29 de março de 2012, p. 11336.

Pelo Prof. Doutor João Manuel Videira Amaral, Professor Catedrático Jubilado de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa;

Pelo Prof. Doutor José Henrique de Barros, Professor Catedrático de Epidemiologia e Diretor do Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

Pela Dra. Maria Eufémia Reis Martins Ribeiro, Chefe de Serviço de Ginecologia e Obstetrícia e especialista de Genética Clínica, Diretora Clínica da Clipóvoa/Espírito Santo Saúde, Hospitais Privados de Portugal, SGPS, S. A.;

E Dr. Rui Vaz Osório, Chefe de Serviço de Genética

A Comissão Executiva (CE) é constituída pelos seguintes elementos:

Pela Doutora Laura Ferreira Teixeira Vilarinho, Investigadora Auxiliar, Responsável da Unidade de Rastreio Neonatal, do Departamento de Genética, do INSA, que será a sua Coordenadora;

Pelo Doutor Paulo Manuel de Castro Pinho e Costa, Investigador Principal da Unidade de Investigação e Desenvolvimento, do Departamento de Genética, do INSA;

E pela Doutora Luísa Maria Diogo Matos, Chefe de Serviço de Pediatria, Responsável pelo Centro de Tratamento do PNDP de Coimbra, no Hospital Pediátrico de Coimbra.

12 de março de 2012. — O Presidente do INSA, I. P., Prof. Doutor *José Pereira Miguel*.

Anexo 12 – Despacho n.º 7352/2015, de 26 de junho. Alteração dos elementos que integram os Órgãos de Coordenação do PNDP

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.

Despacho n.º 7352/2015 ¹**Alteração dos elementos que integram os órgãos
de coordenação do PNDP**

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) foi criado por Despacho de Sua Exa. O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 6 de janeiro de 2010 — Despacho n.º 752/2010, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 7, de 12 de janeiro de 2010.

Através do Despacho n.º 4502/2012, do Presidente do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.), Prof. Doutor José Pereira Miguel, de 12 de março, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 64 de 29 de março de 2012, foram nomeados os elementos que integram os órgãos de coordenação do PNDP.

Presentemente, dado que o Presidente do Conselho Diretivo do INSA, I. P., é por inerência o Presidente do PNDP e é necessário substituir um elemento da Comissão Técnica Nacional do PNDP, determina-se ao abrigo do n.º 1.1 do ponto VII, correspondente à Estrutura do PNDP, que:

- 1 — O Presidente do PNDP passe a ser o Dr. Fernando de Almeida, Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., e
- 2 — A Dr.ª Maria Eufémia Reis Martins Ribeiro, é substituída pela Dr.ª Rosa Arménia Martins Campos, assistente hospitalar graduada de Pediatria do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (pediatra com competência em endocrinologia).
- 3 — O presente despacho produz efeitos a 20 de novembro de 2014.

26 de junho de 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., *Fernando de Almeida*.

¹ Publicado no *Diário da República*, 2.ª série — N.º 128 — 3 de julho de 2015, p. 17800.

Anexo 13 – Despacho n.º 2419/2021, 22 de fevereiro. Alteração da composição dos órgãos de coordenação do PNRN

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.

Despacho n.º 2419/2021 ¹

Sumário: Alteração da composição dos órgãos de coordenação do Programa Nacional de Rastreio Neonatal

O Programa Nacional de Rastreio Neonatal (PNRN) que vem dar continuidade ao Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) criado por Despacho de Sua Exca. O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 16 de agosto de 2019 — Despacho n.º 7276/2019, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 156, de 16 de agosto de 2019 é um programa nacional de saúde pública cujo objetivo é assegurar o rastreio e diagnóstico neonatal, em todos os recém-nascidos, do maior número possível de doenças, em que o tratamento atempado possa evitar atraso mental, doença física irreversível ou mesmo a morte. A cobertura do Programa, que teve o seu início em 1979, é hoje superior a 99 % dos recém-nascidos, sendo o seu sucesso indiscutível.

Nessa conformidade transitam para o PNRN os órgãos de coordenação do PNDP, que seguidamente se renomeiam, sendo a Comissão Técnica Nacional reforçada (por substituição) com um novo elemento com experiência em Genética Clínica, tendo em conta o crescente número e complexidade das doenças genéticas rastreadas e registando -se a substituição de um elemento na Comissão Executiva.

Assim, determina -se, ao abrigo do artigo 7.º do Despacho supracitado, que:

O Presidente do PNRN é, por inerência:

O Dr. Fernando José Ramos Lopes de Almeida, Presidente do Conselho Diretivo do INSA.

A Comissão Técnica Nacional (CTN) é constituída pelos seguintes elementos:

Prof.ª Doutora Maria do Céu Machado, Professora Catedrática jubilada, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, (FMUL);

Prof. Doutor Alberto António Caldas Afonso, Professor Catedrático de Pediatria do ICBAS/UP, Diretor do Centro Materno Infantil do Norte do Centro Hospitalar do Porto/CMIN;

Prof. Doutor José Henrique de Barros, Professor Catedrático de Epidemiologia e Diretor do Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

¹ Publicado no *Diário da República*, 2.ª série (Parte C) — N.º 43 — 3 de março de 2021, p. 165-66.

Dr.^a Rosa Arménia Martins Campos, Assistente Graduada Sênior de Pediatria, do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (pediatra com competência em endocrinologia pediátrica);

Dr. Rui Vaz Osório, Chefe de Serviço de Genética, aposentado

Prof. Doutor Sérgio Manuel Madeira Castedo, Professor Associado de Genética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Investigador e Membro do Conselho Nacional de Procriação Medicamentada Assistida (CNPMA);

A Comissão Executiva (CE) é constituída pelos seguintes elementos:

Doutora Laura Ferreira Teixeira Vilarinho, Investigadora Auxiliar, Responsável da Unidade de Rastreamento Neonatal, Metabolismo e Genética do Departamento de Genética Humana, do INSA, que será a sua Coordenadora;

Doutor Paulo Manuel de Castro Pinho e Costa, Investigador Principal da Unidade de Investigação e Desenvolvimento, do Departamento de Genética Humana, do INSA;

Dr.^a Paula Cristina Valente Santos Baptista Garcia Matos, Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria com o grau de Consultora no Centro de Referência para o Tratamento das Doenças Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

O presente despacho produz efeitos a 1 de janeiro de 2021.

22 de fevereiro de 2021. — O Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., *Fernando de Almeida*.

Anexo 14 – IPAC - Acreditação n.º E0015 para Laboratório Clínico concedida pelo Instituto Português de Acreditação

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ACREDITAÇÃO **IPAC**
acreditação

PORTUGUESE ACCREDITATION INSTITUTE
Rua António Gálvão, 2-5º 2829-513 CAPARICA Portugal
Tel +351 212 948 201 Fax +351 212 948 202
acredita@ipac.pt www.ipac.pt

Certificado de Acreditação

Accreditation Certificate

O Instituto Português de Acreditação (IPAC) declara, como organismo nacional de acreditação, que

The Portuguese Accreditation Institute (IPAC) hereby declares, as national accreditation body, that

**Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
Departamento de Genética Humana**

Av. Padre Cruz
1649-016 Lisboa

cumprir com os critérios de acreditação para Laboratórios Clínicos estabelecidos na

complies with the accreditation criteria for Medical Laboratories laid down in ISO 15189 - Particular requirements for quality and competence.

NP EN ISO 15189:2007

Requisitos particulares da qualidade e competência.

A acreditação reconhece a competência técnica para o âmbito descrito no(s) Anexo(s) Técnico(s) com o mesmo número de acreditação, e o funcionamento de um sistema de gestão.

The accreditation recognizes the technical competence for the scope described in the Annex(es) bearing the same accreditation number, and the operation of a management system. The accreditation is valid provided that the laboratory continues to meet the accreditation criteria established.

A acreditação é válida enquanto o laboratório continuar a cumprir com todos os critérios de acreditação estabelecidos.

The accreditation was granted for the first time on 2014-04-17. This Certificate has the accreditation number E0015 and was issued on 2014-04-17.

A acreditação foi concedida em 2014-04-17.

O presente Certificado tem o número de acreditação

E0015

e foi emitido em 2014-04-17.

Leopoldo Cortez
Presidente

O IPAC é signatário dos Acordos de Reconhecimento Mútuo da EA e do ILAC

IPAC is a signatory to the EA MLA and ILAC MRA

O presente Certificado e o(s) seu(s) Anexo(s) Técnico(s) estão sujeitos a modificações, suspensões temporárias e eventual anulação. A sua atualização e validade pode ser confirmada na página www.ipac.pt.

This Certificate and its Annex(es) can be modified, temporarily suspended and eventually withdrawn. Its actualization and validity can be confirmed at www.ipac.pt.

Anexo 15 – Anexo Técnico de Acreditação n.º E0015



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ACREDITAÇÃO

PORTUGUESE ACCREDITATION INSTITUTE
Rua António Gálvão, 2-4 2829-513 CAPARICA, Portugal
Tel - 351.212.948.201 Fax +351.212.948.202
acredita@ipac.pt www.ipac.pt

Anexo Técnico de Acreditação N.º E0015-2

*Accreditation Annex nr.***Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.**
Departamento de Genética Humana

N.º N.º	Amostra Sample	Exame laboratorial/Método Examination/Method	Procedimento Procedure	Categoria Category
ANÁLISES CLÍNICAS <i>CLINICAL ANALYSES</i>				
1	Sangue seco humano em papel de filtro	Rastreio Neonatal de Fibrose Quística - IRT por Fluoroimunoensaio de resolução temporal	DGH URN-PE08	0
2	Sangue seco humano em papel de filtro	Rastreio Neonatal de Fibrose Quística - PAP por Fluoroimunoensaio de resolução temporal	DGH URN-PE08	0
3	Sangue seco humano em papel de filtro	Rastreio Neonatal de Hipotiroidismo Congénito-T4 por Fluoroimunoensaio de resolução temporal	DGH URN-PE01	0
4	Sangue seco humano em papel de filtro	Rastreio Neonatal de Hipotiroidismo Congénito-TSH por Fluoroimunoensaio de resolução temporal	DGH URN-PE01	0

FIM
END**Notas:***Notes:*

- DGH URN-PExx indica procedimento interno do Laboratório

Este laboratório possui um âmbito de acreditação com descrição flexível intermédia, a qual admite a capacidade para implementar novas versões de documentos normativos no âmbito da acreditação.

O Laboratório tem disponível para consulta uma Lista de Ensaios Acreditados sob acreditação flexível intermédia permanentemente atualizada, indicando para cada um dos exames qual a versão do documento normativo a que corresponde a acreditação.

O responsável pela aprovação da Lista de Ensaios Acreditados sob acreditação flexível intermédia é a Dr.ª Laura Vilarinho.

O âmbito de acreditação compreende a actividade de colheita de amostras para os exames laboratoriais constantes deste Anexo Técnico quando realizada nas instalações do laboratório (Rua Alexandre Herculano, n.º 321 / 4000-055 Porto).

Anexo 16 – PNRR - Folheto informativo e cartaz de divulgação sobre o Programa para pais

06 Obrigatório? / Mandatory?

_O rastreio é obrigatório?
_Is the screening mandatory?
No, in Portugal the neonatal screening depends of the parents will. However, since all the screened disorders are treatable, the advantages for the baby and his family are evident. A não realização do rastreio não implica qualquer perda de direitos quer para o bebé quer para os pais.

Colabore connosco
no pezinho do bebé, porque estar o seu futuro

*Os testes do TSH e T4 que permitem rastrear o hipotireoidismo congénito neonatal, segundo a norma NP EN ISO 15189, pelo IPAC, entidade portuguesa que reconhece formalmente a competência técnica na realização dos testes genéticos, sendo reconhecida internacionalmente.

Programa Nacional de Rastreio Neonatal
Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Rua Alexandre de Gusmão, 321
4000-055 Porto

Para qualquer dúvida pode contactar o Secretariado através dos telefones:
223 491 168 / 223 491 176 / 223 491 170

Ou via e-mail: pe@diagnosticoprecoce.pt
Ou site: www.diagnosticoprecoce.pt
ou www.insp.pt

Teste do pezinho
o que é?

O Programa Nacional de Rastreio Neonatal diagnostica doenças nas primeiras semanas de vida do bebé, tratando-as precocemente.

Comissão Executiva do Programa Nacional de Rastreio Neonatal
"Newborn Screening, what it is?"
"The National Newborn Screening Program diagnoses and treats some life threatening disorders in the first weeks of life."

01 O que é o rastreio neonatal? / What is the newborn screening?

- Algumas crianças nascem com doenças que clinicamente são muito difíceis de diagnosticar nas primeiras semanas de vida, e que mais tarde podem provocar atraso mental, alterações neurológicas graves, alterações hepáticas, ou até situações de comóda.

- É possível contudo, por análises efetuadas ao sangue, a partir do 3º dia de vida, diagnosticar estas doenças mesmo antes do aparecimento dos sinais clínicos e iniciar o tratamento precocemente.

02 Que doenças se diagnosticam? / What diseases are in the panel?

Que doenças se diagnosticam em Portugal com este Programa?
_What diseases are included in the screening panel?
_Presently, 24 inborn errors of metabolism (genetic disorders), congenital hypothyroidism and cystic fibrosis are included.

Atualmente rastreiam-se 24 Doenças Hereditárias do Metabolismo, o Hipotireoidismo Congénito e a Fibrose Quística.
_Inborn Errors of Metabolism
_In most of the Inborn Errors of Metabolism the baby cannot metabolize some natural substances present in his diet, which accumulate and become toxic to the liver, nervous system, and other organs.
_In most cases, a special diet makes it possible to control adequately those substances. This special diet must be started as soon as possible. In some cases, it is enough to avoid prolonged fasting.

Doenças Hereditárias do Metabolismo
_Das Doenças Hereditárias do Metabolismo a criança não consegue utilizar determinadas substâncias que fazem parte da sua alimentação, e que em excesso são tóxicas para o fígado, sistema nervoso central, etc...
_Na maioria dos casos, a solução é alimentá-la o mais rapidamente possível com uma dieta especial em que essas substâncias sejam devidamente controladas.

Hipotireoidismo Congénito*
_Nesta doença a tiróide não existe ou funciona mal, não produzindo em quantidades suficientes uma hormona (tiroxina) que é fundamental para

03 Como devem proceder os pais? / How should parents proceed?

um bom desenvolvimento físico e mental. Esta hormona terá de ser fornecida à criança como medicamento diário, o mais cedo possível e em princípio durante toda a vida.

Fibrose Quística.
_Nesta doença uma alteração genética leva a que as secreções que revestem as mucosas sejam muito espessas, dando origem a infeções respiratórias graves, e a perturbações do funcionamento do pâncreas e do tubo digestivo, condicionando a digestão e absorção dos alimentos. O suor destas crianças é salgado, podendo a perda de sal levar a desidratação grave.
_O tratamento consiste principalmente em medidas preventivas das infeções respiratórias, e suplementação alimentar para compensar a insuficiente digestão dos alimentos.

Quando a criança nasce o bebé?
_In the maternity, hospital or health centers there are appropriate cards with the filter paper to collect the blood samples.
_A partir do 3º dia de vida e se possível até ao 6º, os pais devem levar o bebé a um desses locais para fazer a coleta de sangue.
_Com uma ou duas picadas no calcanhar do bebé consegue-se o sangue suficiente, que é colhido para o papel de filtro e, depois de seco, enviado pessoalmente ou pelo correio para a Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP onde são realizadas todas as análises sendo uma Unidade acreditada pelo IPAC.

Quando o bebé é nascido, como os pais devem proceder?
_When the baby is born, how can parents test their child?
_To perform the test the parents should take the baby for blood sampling. This has to be done between the third day of life, first choice, or until the sixth day.
_The blood sampling is done from the heel of the baby. The heel is pricked and the blood collected on the filter paper in the card. The blood spot is allowed to dry and after is sent by mail to Neonatal Screening Metabolism and Genetics Unit of National Institute of Health, Doutor Ricardo Jorge, IP which are performed all analyzes being one unit accredited by IPAC.

04 Os pais são avisados? / Access the results of test?

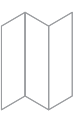
Os pais são avisados dos resultados?
_Um programa deste tipo, com análises gratuitas e abrangendo todos os recém-nascidos, não permite o envio de resultados.
_Os pais só serão contactados se as análises não forem normais ou se houver necessidade de qualquer confirmação laboratorial.
_Se for detectada alguma das referidas doenças, os pais serão imediatamente avisados, diretamente pelo telefone ou através do Centro de Saúde, de modo a iniciarem o tratamento o mais precocemente possível.

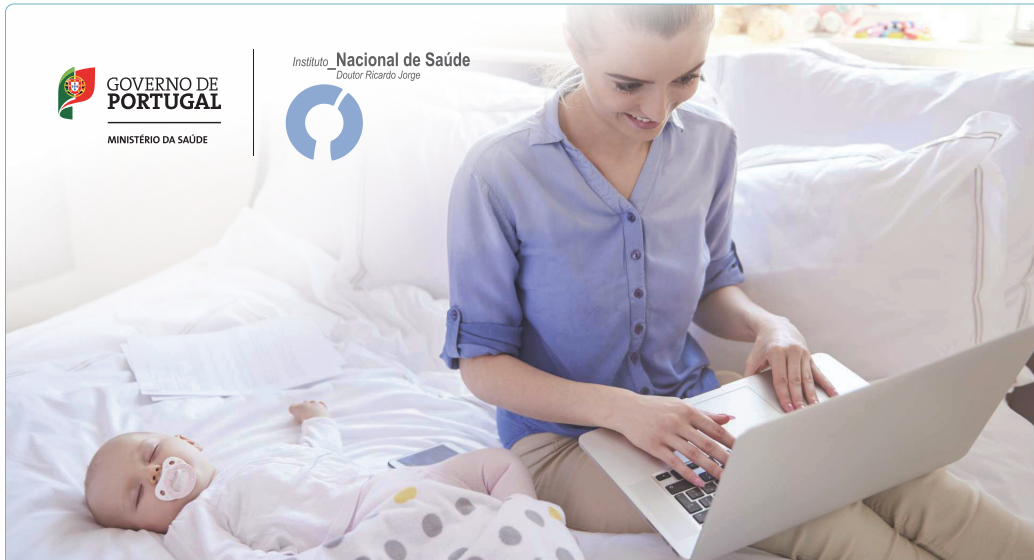
How do parents access the result of test?
_As this National Newborn Program screens all the babies resident in Portugal it is not feasible to send the result individually. The parents will only be contacted in case of abnormal result or if a second sample for laboratory confirmation is needed. If a disorder from the panel is detected, the parents will be immediately contacted, by phone or by the Health Center / Treatment Center to start the treatment very early.

05 Que resultados esperar? / Which results can be expected?

Que resultados se podem esperar se o bebé for afetado?
_Se o diagnóstico for feito precocemente e o tratamento ou dieta iniciados nas primeiras semanas de vida, o prognóstico é bom, embora varie de doença para doença, uma vez que os vários tratamentos apresentam diferentes graus de dificuldade e eficácia. Em Portugal existem Centros de Tratamento especializados para todas as patologias rastreadas ao longo do Continente e nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.
_Para mais informações, podem consultar na Internet o endereço atrás referido.

Which results can be expected if the baby is affected?
_When both the diagnosis and treatment occur within the first days of life, the prognosis is good, although this depends of the diverse types of difficulty and effectiveness. In Portugal there are specialized treatment centers for all diseases tracked throughout the continent and the autonomous regions of Madeira and the Azores.
_For more information, the internet site referred before can be looked up.





O teste do pezinho na internet

Sabia que

agora pode ver na internet se a ficha com o sangue do seu filho já chegou ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e se os resultados do rastreio estão normais?

E se não tiver acesso à internet?

Apresente no Centro de Saúde o talão que lhe entregaram na altura da colheita, e aí será ajudado.

Para os Pais
NOTA: CONSERVE ESTE TALÃO
Para saber o resultado do teste do seu filho ou confirmar a receção da ficha, consulte na internet www.diagnosticoprecoce.pt e digite este número.

EC REP



Programa Nacional de Rastreio Neonatal
Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Rua Alexandre Herculano, 321
4000-055 Porto
www.diagnosticoprecoce.pt

Anexo 17 – Folheto Informativo sobre Atrofia Muscular Espinal

Juntos, pela qualidade de vida dos doentes neuromusculares

Mais Questões?

Esta brochura não substitui as informações que podem, e devem ser prestadas pelo vosso médico ou outros profissionais de saúde.

Caso pretendam, também podem contactar as instituições referenciadas no presente folheto.

Para mais informações:

Programa Nacional de Rastreio Neonatal, utilizando o formulário de contacto disponível nos sites www.insa.pt ou www.diagnostico precoce.pt

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, (INSA) Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética Rua Alexandre Herculano, 321 • 4000-055 Porto

APN - Associação Portuguesa de Neuromusculares R. do Duque de Loulé, 20 • 4000-324 Porto www.apn.pt



Programa Nacional de Rastreio Neonatal



Rastreio da Atrofia Muscular Espinal



Informação para os pais

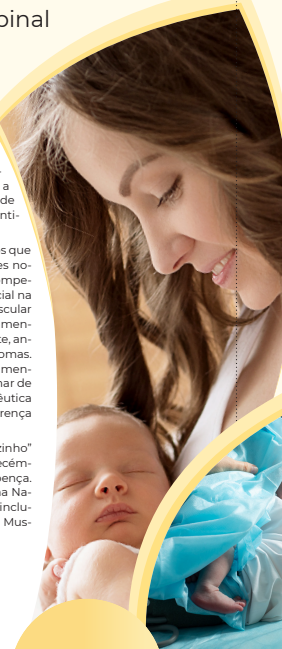


Sobre a Atrofia Muscular Espinal

A Atrofia Muscular Espinal é uma doença neuromuscular, rara, hereditária e muito grave que se caracteriza por uma fraqueza muscular progressiva. Todos os músculos, incluindo os respiratórios, são afetados. A idade de início é variável mas, na maioria dos casos, surge no primeiro ano de vida. Sem tratamento, esta doença ocasiona uma grave incapacidade motora e, em alguns casos, há a impossibilidade de sobrevivência, apesar de todo o apoio multidisciplinar, incluindo ventilação, reabilitação, entre outros.

Nos últimos anos, surgiram medicamentos que vieram modificar o rumo da doença. Estes novos fármacos permitem a aquisição de competências motoras e uma melhoria substancial na qualidade de vida. Dado que a Atrofia Muscular Espinal é uma doença progressiva, o tratamento tem que ser administrado precocemente, antes mesmo de surgirem os primeiros sintomas. O seu diagnóstico precoce, com um seguimento em Centros com consulta multidisciplinar de doenças neuromusculares e uma terapêutica modificadora da doença, farão toda a diferença no acompanhamento a estes doentes.

No sangue colhido para o "teste do pezinho" é possível identificar cerca de 95% dos recém-nascidos em risco de desenvolverem a doença. É por todos estes motivos, que o Programa Nacional de Rastreio Neonatal vos propõe a inclusão do vosso filho no Rastreio da Atrofia Muscular Espinal.



Sobre o Rastreio Neonatal

O Programa Nacional de Rastreio Neonatal realiza, desde 1979, testes de rastreio de doenças raras potencialmente graves em todos os recém-nascidos, o chamado "teste do pezinho". Este teste permite identificar as crianças que sofrem destas doenças, quase sempre genéticas e que devem ser tratadas o mais precocemente possível.

O Programa Nacional de Rastreio Neonatal iniciou o estudo piloto para o rastreio de outra doença genética, a Atrofia Muscular Espinal.

O objetivo é que as crianças identificadas com Atrofia Muscular Espinal possam ser acompanhadas em Serviços de Saúde especializados desde o seu nascimento, de modo a evitar, tanto quanto o possível, as complicações desta doença.

Perguntas Frequentes

P: Ainda tenho dúvidas. Onde posso encontrar mais informação sobre esta doença?

R: As associações, nacionais e internacionais, que apoiam os doentes e os seus familiares, fornecem uma excelente informação dirigida a todos os interessados.

P: Não quero participar no rastreio da Atrofia Muscular Espinal. Posso realizar os restantes testes de rastreio?

R: Sim. O rastreio neonatal, assim como qualquer dos testes que, dele, fazem parte, é inteiramente voluntário. Se deseja ficar de fora do rastreio da Atrofia Muscular Espinal, informe o profissional de saúde responsável pela colheita, que tem a obrigação de anotar o pedido na respetiva ficha. A recusa em participar no rastreio não prejudica os seus direitos, nem o acompanhamento do seu filho pelos serviços de saúde.

Anexo 18 – Protocolo de colaboração entre o INSA e a APOFEN



PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO

Entre

O INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE, I.P., adiante designado por **INSA, I.P.**, pessoa coletiva n.º 501427511, sito na Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal representado pelo Presidente do Conselho Diretivo, Dr. Fernando José Ramos Lopes de Almeida, cujos poderes de representação foram conferidos pelo Despacho n.º 9081/2014, de Sua Excelência o Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República* n.º 134, 2.ª série, de 15 de julho.

e

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FENILCETONÚRIA E OUTRAS DOENÇAS HEREDITÁRIAS DO METABOLISMO DAS PROTEÍNAS, adiante designada por **APOFEN**, pessoa coletiva n.º 503140414, sita na Praça Pedro Nunes, 74 da cidade do Porto, Distrito do Porto, representada pela sua Presidente da Direção, Dra. Elisabete Maria Lopes de Almeida, com poderes para o ato.

CONSIDERANDO QUE:

- A) É intenção do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. e da Associação Portuguesa de Fenilcetonúria e Outras Doenças Hereditárias do Metabolismo das Proteínas estabelecer laços de cooperação institucional, científica e cultural;
- B) Constituem atribuições do INSA, I.P., entre outras, promover e desenvolver a atividade de investigação científica orientada para a saúde pública e promover a capacitação de investigadores e técnicos bem como realizar ações de divulgação da cultura científica;
- C) Constituem objetivos da APOFEN, contribuir para uma melhoria da qualidade de vida dos portadores de Fenilcetonúria ou outras doenças do metabolismo das proteínas;



D) É do mútuo interesse de ambas as partes estabelecer uma parceria no desenvolvimento das suas atividades institucionais e de investigação.

Acordam as partes na celebração do presente protocolo de cooperação a que mutuamente se vinculam e que se rege pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA

O INSA I.P. e a APOFEN comprometem-se a trocar entre si a informação que seja pertinente relativa às suas respetivas atividades e que permita a partilha recíproca do conhecimento.

CLÁUSULA SEGUNDA

1. O INSA, I.P. e a APOFEN acordam em fomentar a cooperação institucional, criando condições para:

- 1.1 Desenvolvimento de linhas de investigação científica conjuntas, nas respetivas áreas de interesse das partes;
- 1.2 Desenvolvimento de ações conjuntas, nomeadamente, divulgação de atividades, congressos, seminários e colóquios, em áreas de interesse mútuo das duas instituições;

2. As partes outorgantes poderão promover a realização de outras iniciativas que permitam aprofundar a cooperação em áreas de interesse comum.

CLÁUSULA TERCEIRA

1. A concretização do protocolo ora celebrado será estabelecida caso a caso, de acordo com as especificidades de cada ação, bastando para tal o estabelecimento de Acordos Específicos de Colaboração entre os responsáveis das duas instituições, onde se definam o âmbito da cooperação e os respetivos mecanismos de execução.

2. Os acordos específicos deverão ser devidamente enquadrados, nomeadamente no que se refere à definição de objetivos, à metodologia a aplicar, aos meios a disponibilizar e aos recursos financeiros envolvidos.



CLÁUSULA QUARTA

A implementação de ações específicas obriga a que as mesmas sejam orçamentadas pelas duas Instituições e só serão implementadas depois de aprovadas pelos órgãos competentes de cada uma das Instituições.

CLÁUSULA QUINTA

As duas Instituições aceitam manter confidencial a informação, nomeadamente a informação científica e técnica, bem como qualquer outra que lhes for transmitida mutuamente por força da execução do presente Protocolo.

CLÁUSULA SEXTA

Consideram naturalmente salvaguardadas as características próprias de cada uma das partes do presente protocolo, tais como as suas vocações e atribuições fundamentais, estruturas, estatutos e regulamentos internos, períodos de laboração, dotações orçamentais, laços institucionais e respeito pelas leis que as regem.

CLÁUSULA SÉTIMA

1. O presente protocolo tem duração inicial de um ano, renovando-se por períodos iguais e sucessivos de idêntica duração e entrará em vigor após a sua assinatura, podendo ser revisto em qualquer altura.

1.1 O protocolo poderá ser revogado a todo o tempo, por acordo de ambas as partes, ou resolvido por qualquer delas, através de carta registada enviada à outra parte com a antecedência mínima de 60 dias.

1.2 em caso de revogação ou resolução do presente Protocolo, as partes obrigam-se a cumprir integralmente as obrigações assumidas nos termos dos Acordos Específicos entretanto celebrados.

CLÁUSULA OITAVA

Qualquer aspeto omissos neste Protocolo ou nos acordos a celebrar será regulamentado por acordo escrito entre as partes.



Pelas Partes foi declarado que aceitam o presente Protocolo com todas as suas cláusulas, condições e obrigações, de que tomaram inteiro conhecimento e a cujo cumprimento se obrigam.

O presente Protocolo é celebrado em dois exemplares de igual valor legal, ficando cada parte com um exemplar do mesmo.

Porto, 14 de maio de 2019

O Presidente do Conselho Diretivo do INSA, I.P.

(Dr. Fernando de Almeida)

A Presidente da Direção da APOFEN

(Dr.ª Elisabete Maria Lopes Almeida)

Anexo 19 – Protocolo de colaboração entre o INSA e a Associação Nacional de Fibrose Quística



PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO

Entre

O INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE, I.P., adiante designado por INSA, I.P., pessoa coletiva n.º 501427511, sito na Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal representado pela sua Vogal do Conselho Diretivo, Dra. Cristina Maria Gomes Abreu dos Santos, com poderes para o acto.

e

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FIBROSE QUÍSTICA, adiante designada por ANFQ, pessoa coletiva nº 503682985, sita Rua Bernarda Ferreira de Lacerda, n.º 1 R/c Esq. - 1700-059 da cidade de Lisboa, Distrito de Lisboa, representada pelo seu Presidente da Direção, Paulo Jorge Gomes de Sousa Martins, com poderes para o acto.

CONSIDERANDO QUE:

- A) É intenção do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. e da Associação Nacional de Fibrose Quística estabelecer laços de cooperação institucional, científica e cultural;
- B) Constituem atribuições do INSA, I.P., entre outras, promover e desenvolver a atividade de investigação científica orientada para a saúde pública e promover a capacitação de investigadores e técnicos bem como realizar ações de divulgação da cultura científica;
- C) Constituem objetivos da ANFQ, Promover a divulgação da doença a nível nacional; obter e tornar efetivos, junto das Entidades Oficiais, todos os meios de ação que visem proporcionar facilidades de diagnóstico, terapêutica, reabilitação e integração do doente, bem como todo o apoio aos seus familiares; estabelecer intercâmbio com Organizações Nacionais e Internacionais congéneres; angariar fundos junto de Entidades Oficiais e Privadas a fim de tornar exequíveis os seus objetivos.



- D) É do mútuo interesse de ambas as partes estabelecer uma parceria no desenvolvimento das suas atividades institucionais e de investigação.

Acordam as partes na celebração do presente protocolo de cooperação a que mutuamente se vinculam e que se rege pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA

O INSA I.P. e a ANFQ comprometem-se a trocar entre si a informação que seja pertinente relativa às suas respectivas atividades e que permita a partilha recíproca do conhecimento.

CLÁUSULA SEGUNDA

1. O INSA, I.P. e a ANFQ acordam em fomentar a cooperação institucional, criando condições para:
 - 1.1 Desenvolvimento de linhas de investigação científica conjuntas, nas respetivas áreas de interesse das partes;
 - 1.2 Desenvolvimento de ações conjuntas, nomeadamente, divulgação de atividades, congressos, seminários e colóquios, em áreas de interesse mútuo das duas instituições;
2. As partes outorgantes poderão promover a realização de outras iniciativas que permitam aprofundar a cooperação em áreas de interesse comum.

CLÁUSULA TERCEIRA

1. A concretização do protocolo ora celebrado será estabelecida caso a caso, de acordo com as especificidades de cada ação, bastando para tal o estabelecimento de Acordos Específicos de Colaboração entre os responsáveis das duas instituições, onde se definam o âmbito da cooperação e os respetivos mecanismos de execução.
2. Os acordos específicos deverão ser devidamente enquadrados, nomeadamente no que se refere à definição de objetivos, à metodologia a aplicar, aos meios a disponibilizar e aos recursos financeiros envolvidos.



CLÁUSULA QUARTA

A implementação de ações específicas obriga a que as mesmas sejam orçamentadas pelas duas Instituições e só serão implementadas depois de aprovadas pelos órgãos competentes de cada uma das Instituições.

CLÁUSULA QUINTA

As duas Instituições aceitam manter confidencial a informação, nomeadamente a informação científica e técnica, bem como qualquer outra que lhes for transmitida mutuamente por força da execução do presente Protocolo.

CLÁUSULA SEXTA

Consideram naturalmente salvaguardadas as características próprias de cada uma das partes do presente protocolo, tais como as suas vocações e atribuições fundamentais, estruturas, estatutos e regulamentos internos, períodos de laboração, dotações orçamentais, laços institucionais e respeito pelas leis que as regem.

CLÁUSULA SÉTIMA

1. O presente protocolo tem duração inicial de um ano, renovando-se por períodos iguais e sucessivos de idêntica duração e entrará em vigor após a sua assinatura, podendo ser revisto em qualquer altura.
 - 1.1 O protocolo poderá ser revogado a todo o tempo, por acordo de ambas as partes, ou resolvido por qualquer delas, através de carta registada enviada à outra parte com a antecedência mínima de 60 dias.
 - 1.2 em caso de revogação ou resolução do presente Protocolo, as partes OBRIGAM-SE a cumprir integralmente as obrigações assumidas nos termos dos Acordos Específicos entretanto celebrados.

CLÁUSULA OITAVA

Qualquer aspecto omissos neste Protocolo ou nos acordos a celebrar será regulamentado por acordo escrito entre as partes.

Pelas Partes foi declarado que aceitam o presente Protocolo com todas as suas cláusulas, condições e obrigações, de que tomaram inteiro conhecimento e a cujo cumprimento se obrigam.



O presente Protocolo é assinado em duplicado, ficando um exemplar de igual valor legal, na posse de cada uma das partes Outorgantes.

Lisboa, 28 de fevereiro de 2020

A Vogal do Conselho Diretivo do INSA, I.P.

(Cristina Abreu dos Santos)

O Presidente Direção da ANFQ

(Paulo Jorge Gomes de Sousa Martins)

Anexo 20 – Protocolo de colaboração entre o INSA e a Associação Portuguesa de Fibrose Quística



PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO

Entre

O INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE, I.P., adiante designado por INSA, I.P., pessoa coletiva n.º 501427511, sito na Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal representado pelo seu Presidente do Conselho Diretivo, Dr. Fernando José Ramos Lopes de Almeida, com poderes para o acto.

e

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FIBROSE QUÍSTICA, adiante designada por ANFQ, pessoa coletiva n.º 503682985, sita Rua Bernarda Ferreira de Lacerda, n.º 1 R/c Esq. - 1700-059 da cidade de Lisboa, Distrito de Lisboa, representada pelo seu Presidente da Direção, Paulo Jorge Gomes de Sousa Martins, com poderes para o acto.

CONSIDERANDO QUE:

- A) É intenção do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. e da Associação Nacional de Fibrose Quística estabelecer laços de cooperação institucional, científica e cultural;
- B) Constituem atribuições do INSA, I.P., entre outras, promover e desenvolver a atividade de investigação científica orientada para a saúde pública e promover a capacitação de investigadores e técnicos bem como realizar ações de divulgação da cultura científica;
- C) Constituem objetivos da ANFQ, Promover a divulgação da doença a nível nacional; obter e tornar efetivos, junto das Entidades Oficiais, todos os meios de ação que visem proporcionar facilidades de diagnóstico, terapêutica, reabilitação e integração do doente, bem como todo o apoio aos seus familiares; estabelecer intercâmbio com Organizações Nacionais e Internacionais congêneres; angariar fundos junto de Entidades Oficiais e Privadas a fim de tornar exequíveis os seus objetivos.



- D) É do mútuo interesse de ambas as partes estabelecer uma parceria no desenvolvimento das suas atividades institucionais e de investigação.

Acordam as partes na celebração do presente protocolo de cooperação a que mutuamente se vinculam e que se rege pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA

O INSA I.P. e a APFQ comprometem-se a trocar entre si a informação que seja pertinente relativa às suas respectivas atividades e que permita a partilha recíproca do conhecimento.

CLÁUSULA SEGUNDA

1. O INSA, I.P. e a APFQ acordam em fomentar a cooperação institucional, criando condições para:
 - 1.1 Desenvolvimento de linhas de investigação científica conjuntas, nas respetivas áreas de interesse das partes;
 - 1.2 Desenvolvimento de ações conjuntas, nomeadamente, divulgação de atividades, congressos, seminários e colóquios, em áreas de interesse mútuo das duas instituições;
2. As partes outorgantes poderão promover a realização de outras iniciativas que permitam aprofundar a cooperação em áreas de interesse comum.

CLÁUSULA TERCEIRA

1. A concretização do protocolo ora celebrado será estabelecida caso a caso, de acordo com as especificidades de cada ação, bastando para tal o estabelecimento de Acordos Específicos de Colaboração entre os responsáveis das duas instituições, onde se definam o âmbito da cooperação e os respetivos mecanismos de execução.
2. Os acordos específicos deverão ser devidamente enquadrados, nomeadamente no que se refere à definição de objetivos, à metodologia a aplicar, aos meios a disponibilizar e aos recursos financeiros envolvidos.



CLÁUSULA QUARTA

A implementação de ações específicas obriga a que as mesmas sejam orçamentadas pelas duas Instituições e só serão implementadas depois de aprovadas pelos órgãos competentes de cada uma das Instituições.

CLÁUSULA QUINTA

As duas Instituições aceitam manter confidencial a informação, nomeadamente a informação científica e técnica, bem como qualquer outra que lhes for transmitida mutuamente por força da execução do presente Protocolo.

CLÁUSULA SEXTA

Consideram naturalmente salvaguardadas as características próprias de cada uma das partes do presente protocolo, tais como as suas vocações e atribuições fundamentais, estruturas, estatutos e regulamentos internos, períodos de laboração, dotações orçamentais, laços institucionais e respeito pelas leis que as regem.

CLÁUSULA SÉTIMA

1. O presente protocolo tem duração inicial de um ano, renovando-se por períodos iguais e sucessivos de idêntica duração e entrará em vigor após a sua assinatura, podendo ser revisto em qualquer altura.

1.1 O protocolo poderá ser revogado a todo o tempo, por acordo de ambas as partes, ou resolvido por qualquer delas, através de carta registada enviada à outra parte com a antecedência mínima de 60 dias.

1.2 em caso de revogação ou resolução do presente Protocolo, as partes obrigam-se a cumprir integralmente as obrigações assumidas nos termos dos Acordos Específicos entretanto celebrados.

CLÁUSULA OITAVA

Qualquer aspecto omissos neste Protocolo ou nos acordos a celebrar será regulamentado por acordo escrito entre as partes.

Pelas Partes foi declarado que aceitam o presente Protocolo com todas as suas cláusulas, condições e obrigações, de que tomaram inteiro conhecimento e a cujo cumprimento se obrigam.



O presente Protocolo é assinado em duplicado, ficando um exemplar de igual valor legal, na posse de cada uma das partes Outorgantes.

Porto, 28 de fevereiro de 2020

O Presidente do Conselho Diretivo do INSA, I.P.

(Dr. Fernando de Almeida)

O Presidente Direção da APFQ

(Dr. Manuel Herculano Castro Rocha)



**Programa Nacional de
Rastreio Neonatal**
National Committee of Newborn
Screening Program

Colabore connosco

no pezinho do bebé pode estar o seu futuro

_Departamento de Genética Humana

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal

Tel.: (+351) 217 526 413

Fax: (+351) 217 526 410

E-mail: dgh@insa.min-saude.pt

Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira

Rua Alexandre Herculano, n.321 4000-055 Porto, Portugal

Tel.: (+351) 223 401 100

Fax: (+351) 223 401 109

E-mail: pe@diagnosticoprecoce.org

www.diagnosticoprecoce.org

www.insa.min-saude.pt