

NASCER PREMATURO EM PORTUGAL

Epidemiologia. Organização

Em 2005 nasceram em Portugal 109 399 nados vivos, dos quais 6,6 % (7260) foram prematuros (idade gestacional abaixo das 37 semanas), 7,5% (8200) nasceram com baixo peso [Peso ao nascer (PN) inferior a 2500 g independentemente da Idade gestacional (IG)] e cerca de 1% (1003) nasceram com muito baixo peso (PN <1500g; MBP). (Estatísticas demográficas)

Estas percentagens têm-se mantido estáveis nos últimos anos e estão intimamente ligadas à incidência de gravidez gemelar, que é o factor de risco principal tanto de prematuridade como de baixo peso ao nascer (Quadro 1 e 2). As grávidas abaixo dos 19 e acima dos 40 anos, com comportamentos de risco, fumadoras, com má vigilância da gravidez têm também riscos acrescidos.

A prematuridade foi responsável por 73% da mortalidade Neonatal em 2005, mas a grande fatia da mortalidade corresponde aos recém-nascidos (RN) com IG inferior a 32 semanas e ou com PN abaixo dos 1500g (Tabela 1). Esta pequena fatia de RN (cerca de 1000 por ano) é responsável por 50% da Mortalidade Neonatal (nados vivos falecidos nos primeiros 28 dias) e mais de um terço da mortalidade infantil (nados vivos falecidos durante o primeiro ano de vida) (RNMBP)

Esta responsabilidade da prematuridade na mortalidade infantil é só aparentemente alarmante, já que a mortalidade infantil tem vindo a baixar progressivamente, atingindo em 2005 o valor de 3,5 por mil nados vivos, colocando-nos no grupo dos 10 melhores países a nível mundial. (*Pediatrics*)

Para atingir estes valores foi necessário reduzir substancialmente a mortalidade teoricamente evitável nos recém nascidos de termo e ao mesmo tempo reduzir em números absolutos a mortalidade nos prematuros.

Esta realidade foi possível em Portugal graças à organização materno infantil vigente desde 1989, respeitando o Programa Nacional da Saúde Materno Infantil elaborado pela Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança nomeada pela Ministério da Saúde de então para esse efeito. (PNSMI) A aceitação e o cumprimento deste Programa pelos profissionais e Sociedades Científicas garantiram a continuidade e o sucesso actualmente vivido. É fundamental que todos conheçam as razões deste sucesso para podermos defender a actual assistência materna e infantil, como um autêntico património que é necessário consolidar e não

ser influenciada pelos actuais modelos de gestão e tentativas louváveis de luta contra o desperdício. Esta área tendo em conta, o investimento financeiro e os resultados alcançados é a área da Saúde mais eficaz e eficiente.

De entre os factores responsáveis por este sucesso e que é necessário preservar destacam-se:

- Garantia de vigilância da grávida com qualidade a nível a nível nacional
- Garantia de qualidade e segurança do parto a toda a população
- Capacidade para reanimar bem todos os recém nascidos que necessitam de cuidados ao nascer (cerca de 10%). Cerca de 90 % não necessita de cuidados médicos. Nascerem sem problemas.
- Concentração dos partos de grande risco (1-2%) nos Hospitais que dispõem de todas as capacidades para fazer face a todas as necessidades da mãe e do recém-nascido.
- Disponibilidade de transportar em segurança para o hospital mais adequado para os RN que nascem “acidentalmente” fora do local adequado.

Para garantir estes cuidados Portugal tem disponível a nível Nacional desde 1990:

- Redes de Referência entre os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e Centros de Saúde a nível nacional. Para se conseguir uma distribuição racional dos recursos foi necessário encerrar mais de 200 locais onde se nascia mal e concentrá-los em cerca de 40 Hospitais para garantir a mesma qualidade a nível nacional. Foi possível garantir apoio obstétrico, pediátrico, anestésico e de enfermagem contínuo a toda a população. Nascer bem não significa nascer à beira de casa mas no local que oferece mais segurança.

- Cobertura Nacional de Centros de Saúde com médicos de família que garantem o acesso e têm competência para vigiar localmente a grávida ou rastrear as situações de risco e orientá-las para os hospitais de apoio perinatal da sua Rede de Referência.

- Unidades Coordenadoras Funcionais nomeadas em todos os HAP e respectivos Centros de Saúde das Redes de Referência, para elaborar e avaliar o cumprimento dos protocolos interinstitucionais e para criar a cooperação entre os diferentes profissionais.

- Rede de Referência entre HAP e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) para as situações de alto risco garantindo a transferência in útero para que o parto e o nascimento se façam nos locais mais adequados à situação (representam 1-2% das gravidezes mas onde se acumula a maior mortalidade). Nestes hospitais existem todos os profissionais e equipamentos necessários para lhes fazer face.

- Portugal é o único País do mundo a dispor de um sistema de transporte medicalizado para o Recém-nascido de alto risco à escala nacional para as situações em que não foi possível transferir previamente a grávida e teve de nascer fora dos HAPD.

Para esta estrutura funcionar e se manter esta cooperação e complementaridade foi e é fundamental a adesão dos profissionais e das Sociedades Científicas e o cumprimento do programa das UCF's.

A Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria em 1994 aderindo a estes princípios e porque na altura para continuar a melhorar os indicadores perinatais, era fundamental garantir ainda mais qualidade na assistência ao grande prematuro, iniciou um registo a nível nacional de todos os recém nascidos com peso ao nascer inferior a 1500 gr. com os seguintes objectivos

- Fomentar um espírito de diálogo, de aprendizagem em colaboração e cooperação interinstitucional.
- Estimular a investigação clínica, criar uma Rede de investigação neonatal disponibilizando a toda a classe médica dados para avaliação epidemiológica, clínica e estrutural.
- Avaliar continuamente a Prevalência do MBP
- Avaliar a Efectividade da Rede de Referenciação interhospitalar
- Analisar da mortalidade e morbidade do MBP e sua influência na mortalidade infantil.
- Promover a autoavaliação das Unidades
- Avaliar o Seguimento dos RN

A continuidade deste registo desde 1994, a integração de todas as unidades a nível nacional, a cobertura de 100%, além de facilitar a colaboração interinstitucional fundamental para consolidar as redes de referenciação interhospitalar, tem permitido manter uma avaliação e formação contínua de toda a actividade e disponibilizar uma informação credível e actualizada a toda a população sobre as questões colocadas sobre a grande prematuridade nomeadamente sobrevida, complicações e limite da viabilidade.

Os resultados referentes aos anos 1996-2000 foram publicados numa Monografia intitulada “ Nascer prematuro em Portugal” galardoada com o Prémio Bial da Medicina clínica em 2002.

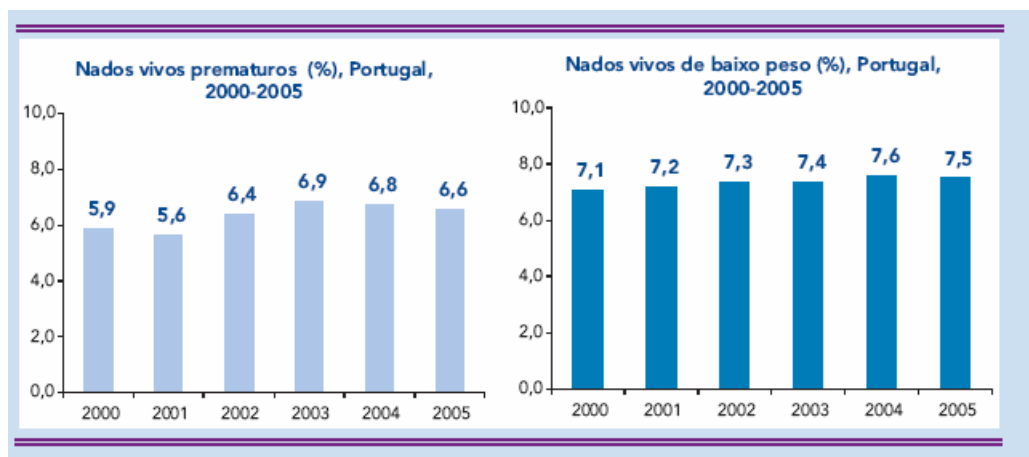
Assim conhecemos que

- A prevalência aumentou nos primeiros anos mas que não ultrapassou o 1% graças à estabilização da incidência da prematuridade.
- Que apesar de ser uma pequena porção de RN é responsável por 50% da mortalidade neonatal e 39% da mortalidade Infantil
- A cooperação interhospitalar permite concentrar nos HAPD o nascimento de 91% destes RN, à custa de transporte in útero que atingiu 40%

- A necessidade de transporte após o nascimento reduziu para menos de 10% e na maioria é efectuada via INEM RN
- A necessidade de TET ao nascer foi de >50% e o parto por cesariana efectuado em 75%.
- Conseguimos dar corticóides antes de nascer a 75% para amadurecer o sistema respiratório (prática que favorece a sobrevivida)
- A sobrevivida foi aumentando gradualmente até 86%. Podendo dizer actualmente que se nascer com mais de 1000 gr a probabilidade de sobreviver é superior a 95%.
- Em relação as sequelas a percentagem é significativa mas avaliados após a alta podemos dizer que 70% ficarão a sem qualquer problema. E a probabilidade de problemas é inversa a IG.

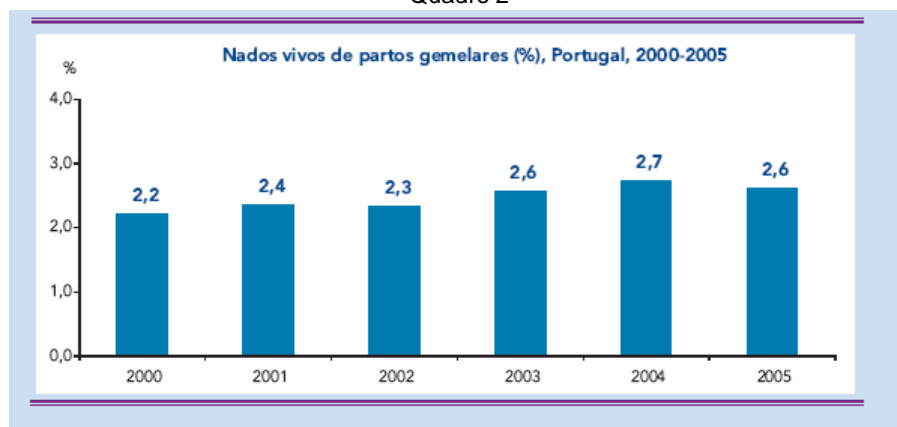
Apesar do acidente de precursor que deverá ser sempre evitado podemos concluir que Portugal oferece a toda a população condições para assumirmos a Prematuridade sem grande receio e fazer votos para que a estrutura não se degrade e as relações profissionais se mantenham.

Quadro 1



Estadísticas demográficas, INE 2007

Quadro 2



Estadísticas demográficas, INE 2007

Tabela 1

Óbitos neonatais e taxas de mortalidade neonatal por semanas de gestação¹⁹,
Portugal, 2000-2005¹⁵

	Total	<27 semanas	28 a 31 semanas	32 a 36 semanas	>37 semanas
Número de óbitos neonatais precoces (com menos de 7 dias)					
2000	302	119	32	46	67
2001	240	86	31	43	52
2002	297	122	34	40	78
2003	232	89	33	36	56
2004	188	78	31	27	42
2005	170	67	19	20	46
Número de óbitos neonatais (com menos de 28 dias)					
2000	x	x	x	x	x
2001	x	x	x	x	x
2002	391	147	53	55	105
2003	304	108	48	44	80
2004	280	103	39	43	76
2005	240	90	29	32	65
Taxa de mortalidade neonatal precoce (por mil nados vivos)					
2000	2,5	385,1	46,2	7,6	0,6
2001	2,1	312,7	51,8	7,9	0,5
2002	2,6	397,4	53,8	6,3	0,7
2003	2,1	349,0	50,6	5,3	0,5
2004	1,7	254,9	43,7	4,2	0,4
2005	1,6	230,2	28,2	3,2	0,5
Taxa de mortalidade neonatal (por mil nados vivos)					
2000	x	x	x	x	x
2001	x	x	x	x	x
2002	3,4	478,8	83,9	8,6	1,0
2003	2,7	423,5	73,6	6,5	0,8
2004	2,6	336,6	54,9	6,7	0,7
2005	2,2	309,3	43,1	5,2	0,6