

MEIO CAMINHO ANDADO

RELATÓRIO PRIMAVERA 2018

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) é uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP-NOVA), Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Universidade de Évora, e a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.



Obra Patrocinada por:



Por sua vontade expressa, o OPSS adota neste livro o modelo do novo acordo ortográfico – AO90 (N.E.)

Este livro, no seu todo ou em parte, não pode ser reproduzido nem transmitido por qualquer forma ou processo – eletrónico, mecânico ou fotográfico, incluindo fotocópia, xerocópia ou gravação – sem autorização prévia, e por escrito, do OPSS.

INDÍCE

DE CONTEÚDOS

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1 MEIO CAMINHO ANDADO	12
1.1 Saúde da população: que medidas simples, eficazes e custo-efetivas podem ser adotadas? Doenças crónicas não transmissíveis Doenças transmissíveis	12
1.2 Cuidados de Saúde Primários: é mesmo para continuar?	15
1.3 Setor hospitalar: endividamento e desresponsabilização	17
1.4 Cuidados continuados, 2015-2018: houve alguma evolução?	19
1.5 A Política do Medicamento: um caminho difícil?	23
1.6 Conclusão: “No meio do caminho tinha uma pedra”	25
1.7 Bibliografia	26
CAPÍTULO 2 EM TORNO DO NASCIMENTO	29
2.1 Morbilidade e mortalidade maternas e mortalidade infantil	32
2.2 Prematuridade	35
2.3 Práticas obstétricas	37
2.4 Aleitamento materno	39
2.6 Conclusão	40
2.7 Bibliografia	41
CAPÍTULO 3 INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS: CONHECER MAIS PARA INTERVIR MELHOR	42
3.1 Introdução	43
3.2 Magnitude do problema das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde	47
3.2.1 Estrutura e planeamento estratégico para prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos em Portugal	
3.3 Estratégias e programas implementados em Portugal e noutros países do mundo para reduzir e controlar as IACS	48
3.3.1 Importância dos programas de vigilância epidemiológica	
3.3.2 Políticas de incentivo e penalizações - <i>pay for performance</i>	
3.3.3 Iniciativas e programas para reduzir as IACS – a propósito de alguns exemplos internacionais e nacionais	
3.3.4 Dotação, formação e diferenciação das equipas de controlo de infeção	
3.4 Resistências aos antimicrobianos e estratégias para a sua redução	55
3.5 Reflexões finais	61
3.6 Recomendações	62
3.7 Bibliografia	64
CAPÍTULO 4 RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE: O QUE SE SABE E O QUE FALTA SABER	68
4.1 Introdução	69
4.2 Faltam recursos humanos no sistema de saúde português?	70
a) Dificuldade em aferir o número de RHS em Portugal (quantos existem e onde)	
b) Traços específicos dos sistemas de saúde recomendam cautela na comparação internacional de RHS	
c) Falta de entendimento acerca da necessidade de RHS em Portugal (quantos são precisos e onde)	

CAPÍTULO 2 |

EM TORNO DO NASCIMENTO

HENRIQUE BARROS, CARINA RODRIGUES, CRISTINA TEIXEIRA

Unidade de Investigação Epidemiológica (EPIUnit)
Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

EM TORNO DO NASCIMENTO

Entre os sucessos recentes da organização da saúde portuguesa contam-se inequivocamente os progressos extraordinários registados em aspetos relacionados com a qualidade da saúde no período em torno do nascimento. No entanto, o desenvolvimento de políticas para responder às necessidades das mulheres e das crianças permanece um desafio sempre atual. As dimensões sociais, de comportamentos e de saúde, que determinam as circunstâncias da vida, continuam reconhecidamente interligadas, influenciam-se mutuamente, e os efeitos de intervenções, ou até a compreensão dos mecanismos implicados nos indicadores com que as avaliamos, são indissociáveis dos paradigmas de conhecimento e ação prevalentes em cada momento. Ou seja, culturalmente muito determinados. Por isso, mesmo quando a perspetiva é a da saúde e a dos serviços de saúde, há que escolher pontos de observação, aceitar-lhes o carácter fragmentado, e com eles, em movimentos de aproximação sucessiva, tentar apreender o essencial dos fenómenos em estudo. Mas também há que estar disponível para perceber o que muda na linguagem, nas designações dos sinais, e nisso na forma diferente de olhar para os problemas e de os comunicar.

Na tradicional designação de saúde materna e infantil encerra-se uma forma de encarar o papel das mulheres e um determinismo reprodutivo ultrapassados, e elabora-se numa estreita dimensão dos fenómenos de saúde que descrevem a fase da vida que pretendem captar. As informações recolhidas, de que se alimentam as estatísticas e nos dão o enquadramento para refletir, são determinadas por essas perspetivas, que pouco ou nada têm evoluído desde tempos muito antigos e reproduzem no essencial as categorias fixadas no século dezanove.

Vale a pena, por isso, lembrar que há um trabalho a fazer na recolha de novos indicadores e numa valorização renovada dos existentes, capaz de refletirem preocupações e realidades novas ou refeitas, sem as quais se torna muito difícil prever o futuro ou prevenir situações indesejáveis em torno do nascimento, o momento central que aqui privilegiamos.

Em Portugal, a centralidade das políticas – sociais, em geral, e de saúde em particular - que delimitam os aspetos relativos ao nascimento, foi determinante para a evolução favorável de indicadores que, refletindo muito mais do que o seu conteúdo como estatísticas de saúde, mediram a qualidade e a tendência dos cuidados e dos investimentos em saúde, os esforços económicos e sociais relacionados com a reprodução e a maternidade, e sobretudo a forma como a sociedade valoriza as mulheres e as crianças.

As políticas – de apoio à maternidade, de progressiva inclusão de género, de segurança laboral, mas também de acesso à contraceção ou a cuidados universais de saúde gratuitos, em particular para populações mais vulneráveis, como as migrantes sem estatuto legal – foram desenhadas no particular contexto político e social das últimas quatro décadas de uma história que trouxe o país de um quadro de pobreza e iniquidade muito acentuadas para um outro marcado pela afluência, mas no qual as desigualdades são ainda gritantes e um quinto da população permanece em risco de pobreza. Essas políticas aconteceram muitas vezes como resposta a situações injustas e que as boas práticas não suportavam, mesmo se em conflito com o conformismo atávico, como foi o caso da evolução do quadro legislativo da interrupção voluntária da gravidez (com importante impacto na morbilidade e mortalidade maternas), ou foram sendo implementadas negociando conhecimentos técnicos e evidências com constrangimentos sociais (como no caso da redução das maternidades, essencial para assegurar padrões de qualidade e segurança) ou económicos e financeiros para dimensionar

recursos humanos e respostas inovadoras. Ou por isso adiadas, como o esperado apoio domiciliário após o parto, a promoção do aleitamento materno continuado ou a extensão da licença parental, e portanto temas a debater.

O nascimento, fenómeno demográfico central, visto pela perspetiva da saúde, tem na nossa sociedade uma característica singular: é praticamente sinónimo de contacto com o sistema de cuidados de saúde, em particular com os hospitais, e isso mesmo que lhe seja alheia qualquer dimensão de doença. Adquire assim uma centralidade e exemplaridade únicas: nele se refletem os determinantes sociais, as influências de cultura e os riscos sanitários como provavelmente em nenhum outro acontecimento da vida. A tendência para a hospitalização do parto marcou o século vinte e acompanhou o declínio da mortalidade materna e da mortalidade infantil e neonatal, bem como a melhoria espetacular na sobrevivência das crianças nascidas muito prematuras.

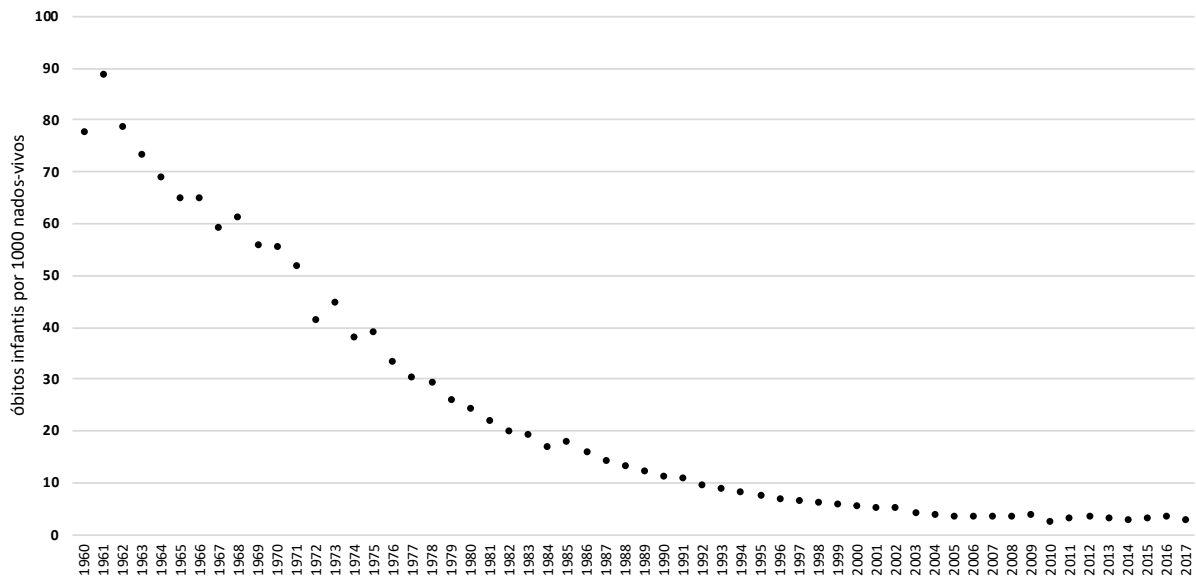
Em Portugal, em particular, a universalização do parto em ambiente hospitalar e sobretudo em unidades com elevado grau de diferenciação e experiência, constituiu ao longo da segunda metade do século XX o único fator explicativo independente, de entre os indicadores ecológicos habituais, como a idade materna ou a paridade, da melhoria extraordinária da mortalidade infantil (Figura 2.1).

No entanto, o crescimento da literacia, a difusão do conhecimento sanitário e das soluções tecnológicas simples, tanto dentro como fora do espaço hospitalar, deu às mulheres e aos seus parceiros uma voz crescentemente mais audível nas escolhas quanto ao modo e ao local do parto, num movimento em que ele possa ser visto mais como um acontecimento humano natural na sua centralidade e não tanto quanto uma situação de saúde problemática.⁽¹⁾

Se já no final do século XX se reconhecia a ausência de provas concludentes em favor da transformação do parto numa situação medicamente determinada em vez de uma decisão partilhada,⁽²⁾ o progressivo debate em torno da libertação de interferências tecnológicas, vistas como desnecessárias ou inúteis, pode arrastar as questões do parto hospitalar para posições próximas da hesitação vacinal com todas as desvantagens e perigos que acarreta para a saúde de cada indivíduo ou das populações, e que importa evitar.

Acreditamos que a centralidade do hospital ao nascimento, nas condições atuais, permanecerá e deve ter um papel determinante para ultrapassar as desigualdades sociais e geográficas. E por isso, é esse outro debate essencial que ainda resta fazer e deverá ter influência no curso futuro das decisões que determinarão a dimensão de condições como o sofrimento fetal, a via e a extensão de intervenção durante o parto e os cuidados à mulher e ao recém-nascido.

FIGURA 2.1 – EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL EM PORTUGAL: 1960-2017



Historicamente, a abordagem predominante da investigação, das políticas e das práticas de saúde materna e infantil tem sido dominada por um foco em fatores de risco temporalmente próximos ou contemporâneos. Acrescenta-se agora a sua adequação aos objetivos de desenvolvimento sustentável (particularmente, o fim da pobreza, a promoção do bem-estar, a educação, a igualdade de género ou as desigualdades dentro das regiões de um país) para o qual a informação disponível nas estatísticas de rotina não chega, mas sobretudo a ligação a acontecimentos do futuro: pelo menos os chamados primeiros 1.000 dias de vida que agora sabemos decisivos no desenvolvimento da criança e até na saúde dela, mais tarde como adulto. E também essa compreensão essencial não é possível no nosso enquadramento administrativo que não admite a simples e essencial ligação entre registos. Para que conste: Portugal continua a ser um dos raros países de rendimento elevado onde indicadores tão simples como a mortalidade infantil por peso ao nascimento permanecem impossíveis de calcular por rotina.

2.1 Morbilidade e mortalidade maternas e mortalidade infantil

O conhecimento das características diagnósticas dos internamentos hospitalares em Portugal, em instituições públicas, é possível com base num sistema de informação conhecido como Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH), um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos por grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos (disponibilizados pela ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde).

Com relação à gravidez e ao parto, entre 2000 e 2015 foram registados nos hospitais públicos de Portugal Continental 1.668.132 internamentos, dos quais 79,7% corresponderam a nascimentos (unifetais ou múltiplos, de nados vivos ou fetos mortos), 9,0% a situações de abortamento e gravidez ectópica e 1,5% a internamentos pós-parto ou pós-abortamento.

Ao longo desse período, nos hospitais públicos, o número de nascimentos reduziu cerca de 30% mas esta descrição não mede apenas a realidade da fecundidade e dos nascimentos em Portugal, que diminuíram muito, de facto (de 120.008 para 85.500 nesse período) mas também o crescente peso dos partos em instituições privadas (de 6.787 para 12.186 entre 2000 e 2015) tornando imperiosa a utilização de um sistema de recolha de informação comum a todas as unidades hospitalares que realizam partos, independentemente da sua natureza legal. De outro modo é impossível conhecer a realidade da saúde e das condições que rodeiam o nascimento.

Neste mesmo período de tempo, também o número de internamentos por abortamento ou gravidez ectópica reduziu para um terço do valor inicial. Para cada período de quatro anos, entre 2000 e 2015, quantificou-se a mortalidade materna bem como a ocorrência de oito diagnósticos de morbilidade materna grave durante o parto e pós-parto [pré-eclampsia grave/eclampsia, sépsis/infeção puerperal major, hemorragia durante o parto e hemorragia pós-parto imediato (<24 horas), hemorragia pós-parto tardio, hemorragia pós-parto por coagulopatias, embolia pulmonar obstétrica e choque obstétrico].

As razões foram calculadas por cada 100.000 partos (não tendo nascimentos como denominador) e apresentam-se na Tabela 2.1.

Tabela 2.1 – Evolução da morbilidade grave e da mortalidade maternas, em Portugal (Hospitais públicos, 2000-2015)

	2000 2003		2004 2007		2008 2011		2012 2015	
	N	TAXA	N	TAXA	N	TAXA	N	TAXA
Pré-eclampsia grave/Eclampsia	1.839	477,6	1.384	398,4	1.407	429,3	1.277	475,0
Sépsis/Infeção puerperal major	1.163	302,1	951	273,7	687	209,7	447	166,3
Choque Obstétrico	64	16,6	90	25,9	79	24,1	111	41,3
Hemorragia no parto e no pós-parto imediato (< 24 horas)	2.292	595,3	2.072	596,4	2.569	783,8	3.015	1.121,4
Hemorragia pós-parto (≥24 horas)	888	230,6	790	227,4	722	220,3	742	276,3
Hemorragia pós-parto (outros)	185	48,0	129	37,1	115	35,1	122	45,4
Embolia obstétrica (gasosa, por líquido amniótico, séptica ou por coágulos)	69	17,9	68	19,6	51	15,6	43	16,0
Mortalidade materna	36	9,3	37	10,6	28	8,5	20	7,4
Mortalidade materna (internamentos anteparto e parto)	25	6,5	25	7,2	18	5,5	17	6,3
Mortalidade materna (internamentos abortamentos/gravidez ectópica)	7	1,8	9	2,6	6	1,8	1	0,4
Mortalidade materna (internamentos pós-parto e pós-aborto)	4	1,0	3	0,9	4	1,2	2	0,7

* Por 100.000 partos

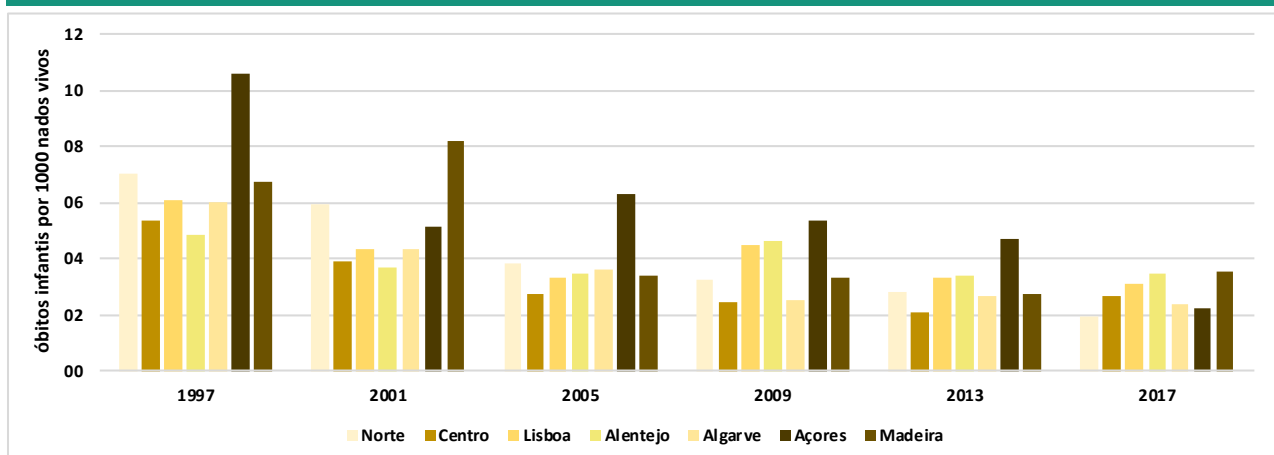
Relativamente à morbilidade grave houve uma tendência de decréscimo nos diagnósticos de sépsis/infeção puerperal major mas houve aumento particularmente evidente para choque obstétrico e para hemorragia do pós-parto imediato cujos valores duplicaram, atingindo no último período 41,3 e 1121,4 casos por cada 100.000 partos, respetivamente. Este tipo de informação carece de uma explicação – não disponível - pois pode revelar simplesmente um cuidado crescente na recolha e codificação da informação clínica, mas também modificações reais nas condições de risco, que obriguem a definir estratégias preventivas. Provavelmente só será compreendida se se empreender um processo regular de inquérito confidencial aos casos de morbilidade grave, condição essencial até para reduzir a mortalidade materna.

No mesmo período de 2000 e 2015 registaram-se nos hospitais públicos 121 óbitos dos quais 19,0% ocorreram na sequência de abortamento ou gravidez ectópica e 10,7% em internamentos pós-parto e pós-aborto. O valor mais elevado para o coeficiente de mortalidade materna foi de 10,6 óbitos por 100.000 partos e registado no período 2004-2007, que reduziu para 7,4 por 100.000 partos no período 2012-2015.

Quando se estratificam as mortes pela sua relação com os acontecimentos da gravidez verifica-se que há uma diminuição clara em relação com os abortamentos e que tem temporalmente correspondência com a modificação legislativa após o referendo à interrupção voluntária da gravidez a pedido da mulher. Pelo contrário, o conjunto restante de mortes não sofre praticamente variação na sua estimativa o que se pode dever ao papel da idade materna – crescente, e do eventual maior risco em migrantes, nomeadamente africanas, como se verifica noutros países europeus como consequência de desigualdades no acesso aos cuidados. Estas explicações são necessárias sobretudo tendo em conta a possibilidade de haver uma proporção importante de mortes ainda evitáveis. É bem conhecida a sub-identificação de mortes maternas. Em Portugal, essa subestimativa foi quantificada para os anos 2001-2006 como variando entre 9% e 26%⁽³⁾ mas os resultados que apresentamos, apenas referentes à experiência de hospitais públicos, podem estar sujeitos a subestimativa (ou distorção, por transferência de casos graves cujo parto ocorreu fora das estruturas do Serviço Nacional de Saúde) ainda mais relevante cuja magnitude e direção, no entanto, é impossível estimar. Uma vez mais interessa relembrar a importância de inquéritos confidenciais às mortes maternas, continuados e publicitados, bem como a avaliação periódica da qualidade dos processos e dos resultados destas particulares estatísticas de saúde.

A evolução da mortalidade infantil é outro indicador de claro sucesso (Figura 2.2) tendo sido obtidos valores próximos de 3 mortes por 1.000 nados-vivos.

FIGURA 2.2 – MORTALIDADE INFANTIL EM PORTUGAL POR REGIÕES (NUTSII): 2001-2017

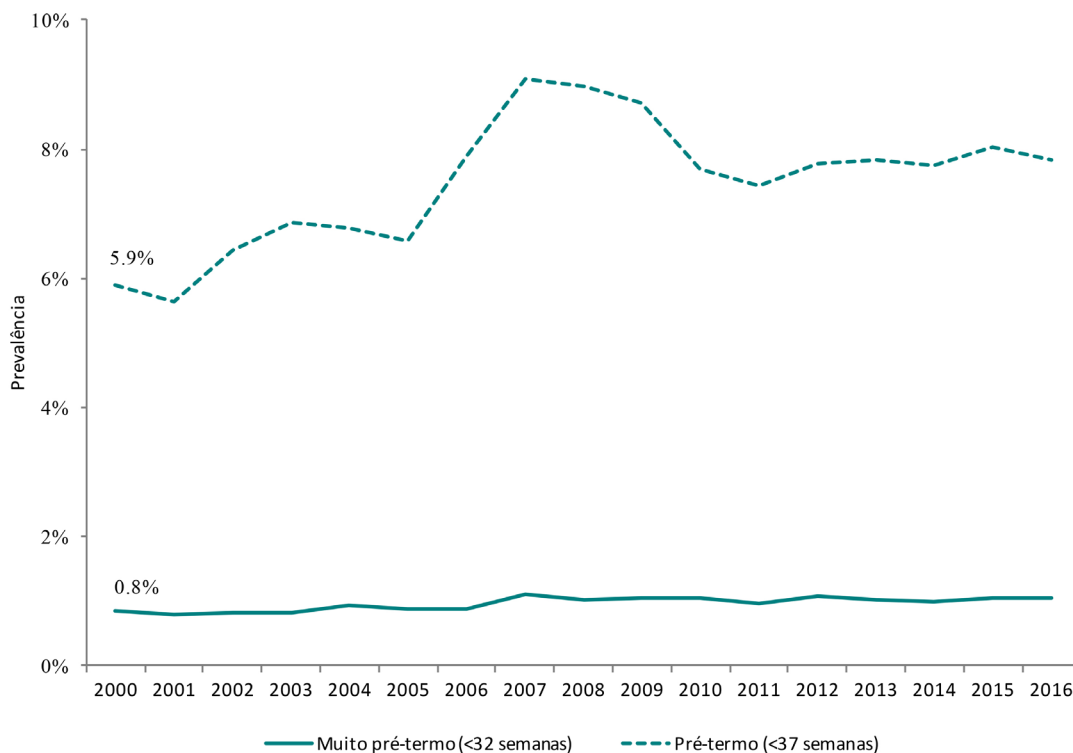


No entanto, importa assegurar não só a continuidade destes resultados como investir na sua difícil melhoria. O reduzido número de nascimentos e mortes que se verificam em Portugal faz com que a valorização de tendências ou variações pontuais deva ser realizada com extrema cautela e vista tendo em conta períodos. Mas também por isso, mais relevante é garantir a produção e publicitação anual de inquéritos às mortes infantis: sem essa informação não há uma avaliação séria das intervenções, das políticas e dos cuidados ou o desenho de serviços verdadeiramente ancorados na melhor evidência. Em particular, essa informação permitirá perceber e modificar as desigualdades regionais, que sendo agora evidentes do que há algumas décadas, permanecem importantes (Figura 2.2), mostrando diferenças também ainda não explicadas quer entre regiões como nos padrões regionais de evolução, claramente apresentando a região Norte o percurso mais estimulante.

2.2 Prematuridade

A frequência do parto pré-termo (aquele que ocorre antes das 37 semanas de idade gestacional), com o peso de sofrimento pessoal e envolvimento acrescido dos cuidados de saúde que acarreta, tem aumentado em muitos países nas últimas duas décadas. De acordo com as estatísticas apresentadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o conjunto dos países mundiais, um em cada dez bebés nasce prematuro. Durante a última década, a prevalência de nados-vivos pré-termo tem-se mantido sensivelmente constante (5-10%) nos países europeus. Embora a prevalência de partos pré-termo em Portugal tenha aumentado desde 2000 (5,9%), particularmente entre 2006 e 2009, atingindo a prevalência mais elevada em 2007 (9,1%), verificou-se uma ligeira diminuição a partir de 2010 (7,7%) (Figura 2.3). Em Portugal, em 2016, registaram-se cerca de 87.500 nados-vivos, dos quais 7,8% foram pré-termo.

FIGURA 2.3 EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE NADOS-VIVOS PRÉ-TERMO E MUITO PRÉ-TERMO, EM PORTUGAL, ENTRE 2000 E 2016.



A interpretação destas frequências, e em particular a sua utilização para estabelecer metas em saúde ou medir o sucesso de medidas tomadas, tem que ser muito cautelosa e continuamente escrutinada. Por exemplo, a prevalência de nados-vivos pré-termo verificada entre 2006 e 2009 poderá estar sobrestimada, possivelmente devido à incorreta interpretação da idade gestacional, e conseqüente inapropriado cálculo do número de pré-termos, que neste período era registada como variável categórica na certidão de nascimento.⁽⁴⁾ Os sistemas de registo civil constituem uma componente fundamental das estatísticas de saúde, indispensáveis para monitorizar resultados em saúde ao longo do tempo, a nível nacional e internacional. Mas, na verdade a variabilidade de métodos usados para definir a duração da gestação e as diferenças na forma de registo acabam por dificultar a interpretação de tendências e a comparação de dados entre países e, por vezes, até entre regiões.⁽⁵⁾

As estatísticas de saúde têm um papel indispensável para fundamentar e sustentar decisões e políticas em saúde pública, e, em particular, para responder aos desafios de saúde na área materno-infantil, especialmente sensíveis a medidas de curto prazo e a definições operacionais. Entendemos, assim, que devem não só ser tomadas medidas estratégicas que garantam a recolha de dados de excelente qualidade, de forma sistemática e que mantenham a possibilidade de comparações válidas ao longo do tempo, como se insista na preparação dos profissionais de saúde para o valor central da qualidade da informação que em última análise só eles podem garantir. Necessitamos de uma efetiva vigilância epidemiológica em saúde perinatal em Portugal, que só será possível através de um sistema que permita o acesso a dados de saúde de forma integrada mas que, igualmente, promova a sua transparente utilização. É disto exemplo a impossibilidade de fazer corresponder para os nados-vivos a ocorrência de óbito neonatal ou infantil. Adicionalmente, desde 2014, com a entrada em funcionamento do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), que alterou o procedimento de receção dos dados recolhidos no “Verbete de Óbito (28 ou mais dias)” e “Verbete para óbito fetal e neonatal (fetos-mortos e óbitos com menos de 28 dias)”, a idade gestacional está indisponível para os óbitos neonatais, e o peso ao nascimento para os óbitos neonatais e fetais, impossibilitando comparações nacionais e regionais ao longo do tempo e comparações internacionais, como vinham acontecendo, em tempo útil.

Se a frequência do parto pré-termo vem crescendo, em resposta à variação de determinantes como a idade materna mais elevada ao primeiro nascimento ou o maior recurso a técnicas de reprodução assistida, pelo contrário, e apesar disso, anualmente, a proporção de recém-nascidos muito pré-termo (com menos de 32 semanas de idade gestacional) tem-se mantido razoavelmente estável, correspondendo a cerca de 1% do total de nascimentos. No entanto, estas crianças consomem uma enorme proporção dos cuidados disponíveis e representam uma população em particular risco de resultados desfavoráveis. O estudo Effective Perinatal Intensive Care in Europe (EPICE), uma investigação de coorte prospetiva de recém-nascidos muito pré-termo iniciada em 2011 e na qual participam 19 regiões de 11 países europeus, incluindo Portugal, avaliou a implementação de quatro práticas médicas para as quais existe elevado consenso e evidência científica, medindo a sua utilização e o seu impacto na redução da mortalidade e morbidade neonatal. Essas práticas compreendiam a ocorrência do parto em unidades de obstetria diferenciadas, dispoendo de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, com equipamento tecnológico adequado e profissionais altamente treinados; a administração de corticosteroides antes do parto para ajudar a acelerar a maturação pulmonar fetal; a prevenção de hipotermia do recém-nascido (temperatura corporal na admissão na unidade igual ou superior a 36°C); e a administração de surfactante pulmonar duas horas

após o nascimento ou o uso precoce da pressão positiva contínua nas vias aéreas, para recém-nascidos com menos de 28 semanas de gestação. Verificou-se que a maioria dos recém-nascidos recebeu, pelo menos, uma das práticas indicadas. No entanto, apenas 58% recebeu as quatro práticas para as quais eram elegíveis, variando entre 32% e 75,5% nas regiões europeias participantes. Se estas 4 práticas baseadas na evidência científica fossem providenciadas a todas as crianças, conseguir-se-ia uma redução de 18% na sua mortalidade no conjunto das regiões europeias avaliadas.⁽⁶⁾

De uma forma geral, há uma subutilização de práticas médicas com evidente base científica, verificando-se ausência de protocolos ou normas para muitas práticas nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, a nível nacional, regional e até local. É fundamental implementar e monitorizar o uso abrangente dessas e de outras práticas consensuais para se conseguir melhorar a sobrevivência e promover a saúde e a qualidade de vida dos recém-nascidos pré-termo e dos indicadores de saúde infantil globalmente.

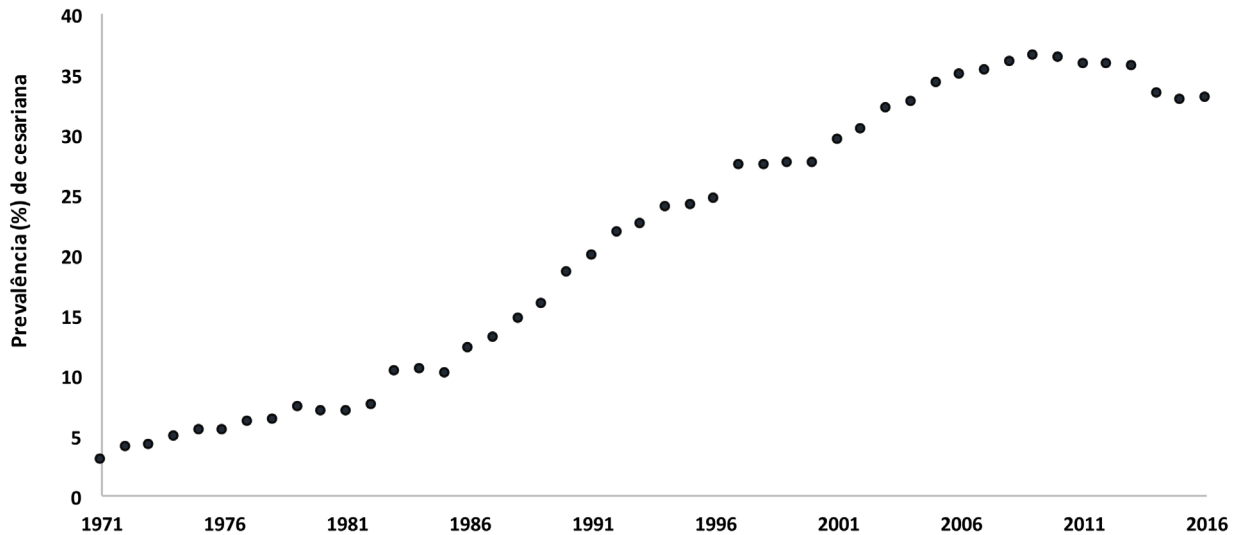
O que fomos capazes de compreender, a extensão do conhecimento e a identificação de lacunas, tornam um Inquérito Perinatal Nacional necessário e indispensável, para que a vigilância da saúde perinatal se efetue de forma ativa, continuada e sistemática e sejam adicionalmente recolhidas variáveis indispensáveis para a sua compreensão, como a prevalência de tabagismo, a obesidade, ou a utilização de cuidados pré-natais, que idealmente, como em outros países, poderiam fazer parte da certidão de nascimento.

2.3 Práticas obstétricas

Duas práticas obstétricas continuam a merecer uma atenção particular: a cesariana e a episiotomia.

Embora o parto por cesariana seja, em condições bem identificadas, uma opção terapêutica inequívoca, é também um fator de risco reconhecido para a mãe (perturbações de placentação, rotura uterina e mortes fetais) e crescentemente pesquisado e presente também na perspetiva do prognóstico das crianças (comprometimento da função pulmonar a curto prazo, hipoglicemia, início menos frequente da amamentação, respostas imunes alteradas e efeitos a longo prazo como asma, diabetes tipo 1, ou obesidade). Nos últimos 20 anos, a sua prevalência aumentou em todo o mundo, muito para além da frequência esperada das indicações clínicas. Em Portugal atingiu proporções epidémicas e a frequência (Figura 2.4) parece não diminuir tanto quanto seria desejável, após uma tendência de crescimento que colocou Portugal entre os três países da Europa com mais alta prevalência. Nos hospitais públicos houve uma modesta descida nas prevalências, de 36,3% em 2010 para 27,6% em 2015. No entanto há uma diferença marcada entre a experiência de hospitais públicos (frequência mais baixa) e hospitais privados, que nenhuma regra de boas práticas ou combinação de risco poderá explicar! Para os mesmos anos, a frequência de cesariana também teve uma pequena diminuição nos hospitais privados, de 67,5% e 63,4%, mas situando-se em valores que são o dobro dos verificados em hospitais públicos.

FIGURA 2.4 PREVALÊNCIA DE PARTOS POR CESARIANA. PORTUGAL: 1971-2016



Outra prática particularmente mais frequente em Portugal que nos restantes países europeus é a da episiotomia. Usando dados recolhidos para 20 países em 2010 no âmbito do projeto Euro-Peristat (www.europeristat.com) e considerando os partos vaginais, observou-se uma variação na frequência de episiotomia de 3,7% na Dinamarca a 73% em Portugal e 75% em Chipre, mostrando como é controverso o uso por rotina da episiotomia. Nos mesmos países, a frequência de lacerações do períneo variou de 0,1% na Roménia a 4,9% na Islândia, apresentando uma correlação negativa com as episiotomias, como sempre se argumenta.⁽⁷⁾ Dos 907.211 partos vaginais de nascimentos vivos únicos ocorridos entre 2000 e 2015 em hospitais públicos portugueses, 721.072 (79,4%) foram partos não instrumentais; 696.510 (76,7%) mulheres foram submetidas a episiotomia; e 5.110 partos vaginais (5,6 por 1.000) foram complicados por lacerações perineais de terceiro e quarto grau. A prevalência de episiotomia entre mulheres com parto não instrumental diminuiu de 81,5% em 2000 para 54,1% em 2015 particularmente entre 2013-2015 (7,2% por ano). No entanto, entre as mulheres com um parto não instrumental submetidas a episiotomia, a frequência de lacerações graves aumentou significativamente de 1,1 para 3,8 por 1.000.

Provavelmente, estamos a assistir a uma crescente melhoria na avaliação e no relato das lesões, uma consciência mais aguda em relação à deteção de dano obstétrico antes de suturar a incisão relacionada à episiotomia que, contudo, permaneceu como forte fator protetor contra a laceração perineal. Mas temos que pensar que estamos em prevalências como as dos Estados Unidos em 1979 (60,9%), uma prática depois ativamente contrariada pelas recomendações do "American College of Obstetricians and Gynecologists", e tendo em 2012, o Leapfrog Group (www.leapfroggroup.org) proposto uma meta de 12% para episiotomias, revista em 2015 para 5%. Um longo caminho a percorrer e que deverá ser discutido em Portugal.

Faltam estudos qualitativos, que aprofundadamente ouçam as vozes dos envolvidos – profissionais e utentes – de modo a desenharem-se, testarem-se e implementarem-se formas de atuação sensíveis à nossa cultura e às nossas particulares expectativas mas simultaneamente respeitando as boas práticas clínicas e assegurando às mulheres um conhecimento sólido das consequências, imediatas e no curso de vida, da opção pelo parto cirúrgico ou por intervenções como a episiotomia.

2.4 Aleitamento materno

Refletindo um consenso internacional alargado, que valoriza benefícios para a saúde da mulher (por exemplo, redução do ganho ponderal) e da criança (por exemplo, menos infeções e melhor desenvolvimento cognitivo), que se prolongam aparentemente pela idade adulta, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida, independentemente da idade gestacional ao nascimento, prolongando a amamentação em complemento com outros tipos de alimentos até aos dois anos.

Em 2010, a Direção-Geral da Saúde (DGS), em conjunto com a Associação Mama Mater, criou um Registo do Aleitamento Materno, com o objetivo de produzir indicadores sobre a iniciação, exclusividade e duração do aleitamento materno em Portugal. No último relatório publicado em 2014, com dados de 2013, e que informa apenas para 31.097 registos, 98,6% dos recém-nascidos iniciou aleitamento materno antes da alta hospitalar e 76,7% manteve aleitamento materno exclusivo até ao dia da alta. Das 213 crianças registadas aos 5 meses de vida, 22% mantinham aleitamento materno exclusivo.

De acordo com os dados do último Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 2014, a prevalência de aleitamento materno exclusivo pelo menos até aos 4 meses foi de 48,5% e até aos 6 meses de 30,3%. Comparativamente com dados de inquéritos nacionais anteriores tem-se verificado uma evolução positiva do aleitamento materno nas últimas duas décadas em Portugal. No entanto, os resultados permanecem abaixo das recomendações da OMS. A meta é aumentar até 2025 para pelo menos 50% a prevalência de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses.

A proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno é uma prioridade de saúde pública global. Impõe-se, assim, a necessidade retomar, reforçar e melhorar o registo criando uma fonte nacional de informação credível que permita a monitorização continuada e sistemática do aleitamento materno em Portugal, e assegure dados de qualidade para o processo de tomada de decisões. A verdade é que a investigação que existe em Portugal nesta área descreve experiências pontuais e tem um carácter demasiado circunscrito.

Na coorte EPICE portuguesa, que envolveu 16 unidades de cuidados intensivos neonatais (580 crianças), constatou-se uma grande variabilidade nas práticas de aleitamento materno entre as unidades. À data da alta, apenas 25,2% dos recém-nascidos muito pré-termo estava com aleitamento materno exclusivo, sendo que esta proporção variou por unidade entre 3% e 50%, verificando-se que aquelas que dispunham de um profissional de saúde treinado para apoiar as mães na amamentação, apresentavam uma maior prevalência de aleitamento materno exclusivo à data da alta, explicando cerca de 43% da variabilidade observada entre unidades.⁽⁸⁾

Recentemente, a OMS e a UNICEF, publicaram uma recomendação no sentido de se alargar a todas as crianças o acesso equitativo ao leite humano, incluindo o grupo de crianças mais vulneráveis, como as nascidas pré-termo ou com baixo peso, como estratégia para melhorar os seus resultados em saúde. Esta recomendação estabelece que para aquelas situações em que as mães não podem amamentar, deve-se recorrer ao leite humano doado, a ser fornecido de forma segura através de um banco de leite. Atualmente existem 225 Bancos de Leite Humano ativos na Europa. Como exemplos, Espanha tem 10 bancos ativos e Itália, 37. Em Portugal, é na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo que se mantém o único banco de leite humano em funcionamento, na Maternidade Alfredo da Costa, uma experiência que urge alargar a outras regiões. Mas claro, a intervenção atenta dos profissionais de saúde com treino e dedicação específica serão sempre essenciais.

2.6 Conclusão

Em Portugal, a saúde e os cuidados de saúde em torno do nascimento constituem um dos casos de mais inequívoco sucesso. Também por isso é mais importante uma atenção redobrada às ameaças, assegurar que temos capacidade de proactivamente prever e prevenir os problemas, antecipar soluções inovadoras, e assumir a exemplaridade portuguesa no contexto internacional, pelos resultados obtidos e pelo pensamento elaborado.

Entendemos por isso que alguns desafios merecem resposta imediata:

- a) Criação de um sistema integrado de recolha de informação comum a todas as unidades hospitalares que realizam partos, independentemente da sua natureza legal, proporcionando conhecer verdadeiramente a realidade da saúde e das condições que rodeiam o nascimento.
- b) Realização de um Inquérito Perinatal Nacional, periodicamente (cada 5 anos), indispensável para que a vigilância da saúde perinatal se efetue de forma ativa, continuada e sistemática.
- c) Realização e publicitação em tempo útil de inquéritos independentes e confidenciais a todas as mortes (maternas e infantis) e aos casos de morbilidade grave.
- d) Integração, nos sistemas de recolha nacional de informação sobre o nascimento e a morte, de variáveis indispensáveis para uma compreensão epidemiológica segura (como tabagismo, obesidade, ou a utilização de cuidados pré-natais).
- e) Ligação por rotina de registos (inicialmente nascimento e morte) para obter de forma transparente mais conhecimento sobre determinantes essenciais de saúde.
- f) Estruturação de investimento em investigação de natureza multidisciplinar e transdisciplinar, observacional e de intervenção, capaz de juntar estruturas académicas e dos vários níveis de cuidados de saúde, que permita compreender especificamente o papel na saúde de questões biológicas, sociais e políticas que ligam nomeadamente problemas como a alteração da natalidade, a estruturação familiar, a integração da maternidade no contexto profissional, ou o investimento em cuidados de saúde específicos a este período da vida.

2.7 Bibliografia:

1. Reiser SJ. Technological Medicine: the changing world of doctors and patients. Cambridge University Press; 2009. Pg. 158-185.
2. B Campbell R, Macfarlane A. Where to be born? National Perinatal Epidemiology Unit. 2nd edition Oxford; 1994. Pg. 119-120.
3. Gomes MS, Ventura MT, Nunes RS. How many maternal deaths are there in Portugal? The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2012; 25(10):1975–1979.
4. Correia S, Rodrigues T, Montenegro N, Barros H. Critical evaluation of national vital statistics: the case of preterm birth trends in Portugal. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015; 94: 1215–1222.
5. Smith L, Blondel B, Van Reempts P, Draper ES, Manktelow B, Barros H, et al. Variability in the management and outcomes of extremely preterm births across five European countries: a population-based cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2017;102(5):F400-F408
6. Zeitlin J, Manktelow BN, Piedvache A, Cuttini M, Boyle E, Heijst A, et al. Use of evidence based practices to improve survival without severe morbidity for very preterm infants: results from the EPICE population based cohort. BMJ. 2016;354:i2976.
7. Blondel B, Alexander S, Bjarnadottir RI, et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. Acta Obsti Gynecol Scand. 2016;95(7):746-54.
8. Rodrigues C, Severo M, Zeitlin J, Barros H, on behalf of the Portuguese EPICE (Effective Perinatal Intensive Care in Europe) Network. The Type of Feeding at Discharge of Very Preterm Infants: Neonatal Intensive Care Units Policies and Practices Make a Difference. Breastfeed Med. 2018 Jan;13(1):50-59.