

## Efectividade da Rede de Referenciação Perinatal da Região Centro

E. COSTA<sup>1</sup>, P. MOLEIRO<sup>2</sup>, L. CARVALHO<sup>3</sup>, F. NEVES<sup>3</sup>, J. OLIVEIRA<sup>3</sup>, A. VENTURA<sup>4</sup>,  
A. L. TEIXEIRA<sup>5</sup>, J. MARTINS<sup>6</sup>, N. FIGUEIREDO<sup>7</sup>, R. COSTA<sup>8</sup>, J. PEIXOTO<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital de São Teotónio <sup>2</sup> Hospital Santo André

<sup>3</sup> Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra

<sup>4</sup> Hospital de Lamego <sup>5</sup> Hospital Amato Lusitano <sup>6</sup> Hospital de Sousa Martins

<sup>7</sup> Hospital da Figueira da Foz <sup>8</sup> Centro Hospitalar Cova da Beira

### Resumo

Em 1990 foi desenvolvida em Portugal uma Rede de Referenciação Perinatal, com definição dos limites e as responsabilidades assistenciais dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) e dos Hospitais de Apoio Perinatal (HAP). Graças ao espírito de cooperação e complementaridade desenvolvidos, os critérios de transferência *in utero* e pós natal estão bem estabelecidos. Com os resultados do Registo Nacional de Recém-nascidos de Muito Baixo Peso (RNMBP) mantido continuamente desde 1994, pelas sucessivas Direcções da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, tem-se constatado de forma sistemática ser a Região Centro a que tem a menor prevalência dos Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso (RN MBP), as melhores taxas de sobrevivência e a que apresenta as medianas da idade gestacional (IG) e peso de nascimento (PN) mais elevadas. **Objectivo** – analisar estas diferenças e avaliar: (1) se existe um sub-registo na Região Centro, (2) o investimento no limiar da viabilidade, (3) se a articulação entre HAP e HAPD é efectiva e (4) se ainda existem RN que não têm acesso a Cuidados Intensivos. **Metodologia** – Análise da base de dados do Registo Nacional de RN MBP, associando os resultados de um inquérito efectuado aos Directores de Serviço de Pediatria dos hospitais ainda não integrados no RNMBP: Guarda, Lamego, Figueira da Foz, Castelo Branco e Covilhã, para averiguar se houve alguns RN nestes hospitais que não foram transferidos para os HAPD. **Resultados** – Nos quatro anos a que diz respeito o estudo, (1999-2002), foram encontrados oito RN MBP fora do registo nacional, dos quais dois em 1999, três em 2001 e três em 2002; faleceram na primeira hora de vida seis (n=8). A prevalência de RN MBP, incluindo os casos não incluídos no Registo Nacional na Região Centro foi inferior a 0,8%, mantendo-se a mais baixa a nível nacional. A concentração dos RN MBP nos HAPD foi de 499 (n=536) casos (93%)

sendo 296 (55%) através da transferência *in utero*. Os 37 casos que permaneceram nos HAP integrados no RNMBP tinham a IG e o PN médios de 32 semanas e 1300g, respectivamente. Destes, faleceram sete (19%), todos nas primeiras três horas de vida: três tinham 24 semanas, um era malformado e nos três restantes casos a IG, o PN e os motivos de óbito eram compatíveis com RN potencialmente viáveis. Incluindo a mortalidade dos casos não registados (hospitais não integrados), a mortalidade global nos quatro anos na Região Centro, foi de 16,6% mesmo assim valor abaixo da média nacional (19,7%). **Conclusão** – Estes resultados demonstram que a Rede de Referenciação Perinatal na Região Centro tem sido efectiva, pese embora a excelência dos resultados nesta área só ser conseguida com a manutenção do espírito de cooperação e complementaridade entre todos os intervenientes e do sistema de avaliação e formação contínuas.

**Palavras-Chave:** RN de Muito Baixo Peso, Registo Nacional de Muito Baixo Peso, Hospitais de apoio perinatal, hospitais de apoio perinatal diferenciado

### Summary

#### Effectiveness of the Perinatal reference network in the Center Region of Portugal

Since 1990 a National Network of Perinatal Reference defines the limits and medical responsibilities of referential hospitals of perinatal support and of local hospitals, with well-defined criteria for transport in uterus and neonatal transport. With the network data, compiled since 1994, we could take some conclusions: that the mortality rates of the newborns of Center Region of Portugal were the lowest and the survival rates where the highest. **Objective** – To analyse the differences described above and to evaluate the following hypothesis: Is there a non-investment in newborns under 25 weeks? Is there a good and effective link between referential and local hospitals? Were there any newborns that didn't have access to Intensive care units? Is there a sub-registration of newborns in the Center Region? **Methods** – analysis of the records of the National Very Low Birth weight Infant Network, in association with the results of an inquiry made to the Pediatric Units of local hospitals that aren't integrated in the network: Guarda, Lamego, Figueira da Foz, Castelo Branco and Covilhã. **Results** – In the four years that this work was built in, we found that eight newborns didn't belong to the national network, from which two were born in 1999, three in 2001 and three in 2002. The majority died before getting to the hospital or

Correspondência: Edite Rodrigues da Costa  
Avenida Rei Dom Duarte, Lote 10, 1º direito  
3500-Visou  
Telemóvel: 916 051 153

where agonic. The prevalence of newborns under 1500 gr of Center Region of Portugal, including those outsiders of the national network, was < 0,8%, keeping there rates under national records. In the referential hospitals belonging to the network, where born 499 children (n=536) (93%) and 296 (55%) of this newborns where transferred in uterus. The median gestational age and weight of the 37 babies born in local hospitals that belong to the national network were, respectively, 32 weeks and 1300 gr. Seven of these newborns died (19%), all in the first three hours of life: three had 24 weeks and one had several malformations. All the other cases were compatible with potential healthy newborn. The mortality of the not noticed cases didn't modified the global mortality rates of the four years study, 16,6%, percentage inferior to the national value (19,7%). **Conclusion** – This results demonstrate that the National Network of Perinatal Reference has been effective. This results where only possible because of the excellent spirit of cooperation between all.

**Key-Words:** Very low birth weight infant, national network of perinatal reference, referring hospitals, neonatal intensive care unit.

## Introdução

A Rede de Referência Perinatal foi desenvolvida em Portugal, na Região Centro, em 1990, e tem contribuído para o sucesso assistencial neonatal e perinatal.<sup>1</sup> Está assente em princípios da cooperação, colaboração e complementaridade entre os profissionais e as instituições. A articulação existente entre os 8 HAP (Figueira da Foz, Aveiro, Viseu, Castelo Branco, Lamego, Covilhã, Leiria, Guarda) e os 3 HAPD (Maternidade Daniel de Matos, Maternidade Bissaya Barreto, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital Pediátrico de Coimbra) da Região tem permitido a obtenção dos melhores indicadores nacionais, mesmo dispondo da menor relação entre Pediatras, Neonatologistas e camas de cuidados intensivos por nascimentos. Existem 12 camas de cuidados intensivos neonatais: 4 camas em cada HAPD.

As duas maternidades partilham a drenagem do transporte *in utero* e o Hospital Pediátrico a execução e drenagem do transporte neonatal e cirurgia neonatal da Região. Nasceram na Região Centro 17732 recém-nascidos: 10548 nos 8 HAP acima descritos e 6784 nos dois HAPD (não estão incluídos as crianças nascidas nos Hospitais de Aveiro Norte, Caldas da Rainha e hospitais não pertencentes à Rede de Referência da Região Centro).

Para o sucesso regional destacam-se alguns factores:

1 – Promoção dum **espírito perinatal**, reforçado com o início do CEP (Centro de Estudos Perinatais): foi fácil estabelecer o diálogo entre Pediatras e Obstetras, bem demonstrado na generalização rápida da administração de corticóides pré-natais e na substituição da dexametasona por betametasona. Tem sido possível o diagnóstico pré-natal e antecipar o melhor local do nascimento. Foi fácil criar Protocolos de Transferência Antenatal entre os HAP e

HAPD e contribuir para o êxito do transporte *in utero*.

2 – Equipa de **transporte neonatal** aliando à função assistencial, a manutenção de um sistema de monitorização, avaliação, formação contínuas. “Paradoxalmente” tem contribuído para substituir progressivamente o transporte neonatal pelo mais desejável transporte *in utero*.

3 – **Motivação e profissionalismo** dos Pediatras com competência em Neonatologia e Obstetras nos 8 HAP, garantindo eficazmente a reanimação e continuidade de cuidados aos poucos RN que ainda necessitam de transporte neonatal e salvo raras excepções, reduzir às malformações, as causas dos óbitos neonatais locais.

4 – **Efectividade dos 3 HAPD** que têm conseguido em complementaridade, com um número reduzido de camas de cuidados intensivos, responder eficazmente às solicitações do transporte *in utero* e depender apenas da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico para a cirurgia neonatal, hemofiltração, ventilação de alta Frequência e Óxido nítrico (iNO), apoio das subespecialidades, principalmente Cardiologia Pediátrica, Genética, Metabólicas, Nutrição, Imagiologia e da Cirurgia Cardíaca, instalada nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

5 – Rentabilização plena dos recursos regionais a nível dos HAP, mantendo espírito de cooperação na continuidade de tratamento após a fase aguda.

A especulação sobre o eventual sub-registo, ou seja, doentes que nascem fora dos hospitais integrados no RNMBP, sem terem acesso a cuidados intensivos ou o eventual pouco “investimento” na idade limite da viabilidade justificou este trabalho.

## Objectivos

1. Avaliar se há doentes dos HAP da Região Centro não envolvidos no RNMBP sem acesso a cuidados intensivos.
2. Avaliar a efectividade da rede de referência dos recém-nascidos da Região Centro.

Para conseguir cumprir estes objectivos foram elaboradas algumas questões que concluímos ser fundamentais:

- Existe um sub-registo?
- Esta baixa prevalência justifica-se por mais altas taxas de mortalidade fetal?
- A articulação entre HAP e HAPD é efectiva?
- Existem RN que não têm acesso a unidades de cuidados intensivos?

## Material e métodos

Foi efectuado um estudo retrospectivo descritivo com vertente exploratória, cujo período de tempo se situou entre um de Janeiro de 1999 a 31 de Dezembro de 2002.

O Universo incluiu todos os RN com PN inferior a 1500g registados na base do RNMBP e, para os HAP não envolvidos no RNMBP, foram conhecidos por inquérito efectuado aos Directores de Serviço de Pediatria (Hospitais da Guarda, Lamego, Figueira da Foz, Castelo Branco e Covilhã), enviado via correio.

As variáveis em estudo foram: idade gestacional e peso à nascença; número de não transferências e respectivos motivos; efectividade do tratamento local quando não transferidos; mortalidade e morbilidade

### Resultados

Desde o início do RNMBP<sup>2,3</sup> (1994), verificamos que a prevalência de MBP tem vindo a aumentar (Quadro I). De realçar, que apenas durante o ano de 1995 não foi efectuada o registo, tendo servido para avaliação dos dados recolhidos no ano anterior.

**Quadro I**  
Prevalência nacional de MBP (1994-2002)

ANO	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Registo MBP	660	*	830	828	897	979	1041	977	1029
Prevalência %	0,66	*	0,81	0,81	0,86	1,01	0,94	0,88	0,92

MBP – recém-nascido de muito baixo peso.

A prevalência de MBP da Zona Centro nos quatro anos do estudo, foi de 0,76%, inferior à prevalência das restantes regiões (Quadro II).

**Quadro II**  
Prevalência (%) de MBP por Regiões (1999-2002).

Região	1999	2000	2001	2002
Norte	0,83	0,84	0,93	0,81
Centro	0,79	0,83	0,70	0,71
Sul	0,96	0,97	0,99	1,01
Ilhas	1,02	0,96	0,80	0,87

Procurámos avaliar o porquê destes resultados:

Com os resultados do Inquérito enviado aos HAP que ainda não pertencem ao RNMBP, constatámos que nesses hospitais nasceram 35 RN com peso inferior a 1500g, nos quatro anos referentes ao estudo. Destes, foram transferidos para HAPD 27 RN, e apenas oito ficaram fora do RNMBP, eliminando a hipótese de existir um sub-registo (Quadro III). Com o conhecimento do número de casos que ficaram fora do RNMBP da Região Centro, tornou-se pos-

sível calcular a cobertura deste sistema para detectar todos os RNMBP da Região. Num total de 536 RN registados no RNMBP apenas oito casos “escaparam” a este Registo, traduzindo uma sensibilidade de 98,5%.

**Quadro III**  
Prevalência Corrigida de MBP na Região Centro (1999-2002).

Nº total nascimentos	Nº registados RNMBP	Nº de casos sem registo	Nº total RN MBP
68415	536	8	544
Prevalência (%)	0,76	-	0,79

MBP – recém-nascido de muito baixo peso.

Com base em dados do Instituto Nacional de Estatística procurámos responder indirectamente à hipótese de que a baixa taxa de prevalência se justificasse por mais altas taxas de mortalidade fetal (Quadros IV,V,VI). Desde 1999 que todos os indicadores estão abaixo da média nacional.

**Quadro IV**  
Taxa de Mortalidade Fetal 1999-2002  
(nº de mortes fetais por cada 1000 nascimentos)

	Idade Gestacional > 22 Semanas			
	1999	2000	2001	2002
Nacional	5,1	5,6	5,1	4,6
Zona Centro	5,2	5,0	4,2	4,1
	Idade Gestacional > 28 Semanas			
	1999	2000	2001	2002
Nacional	3,6	3,7	3,3	3,3
Zona Centro	3,8	3,9	2,8	3,0

**Quadro V**  
Taxa de Mortalidade Perinatal 1999-2002  
(nº de mortes perinatais por cada 1000 nascimentos).

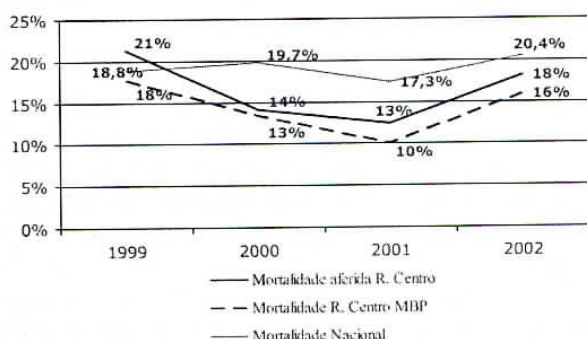
	Idade Gestacional > 22 Semanas			
	1999	2000	2001	2002
Nacional	7,6	8,1	7,1	7,1
Zona Centro	7,9	6,8	5,6	5,5
	Idade Gestacional > 28 Semanas			
	1999	2000	2001	2002
Nacional	6,2	6,2	5,4	5,8
Zona Centro	6,7	5,7	4,3	4,4

Posteriormente foi efectuada a correcção da mortalidade da Região Centro de MBP, adicionando os óbitos dos RN dos HAP extra-registo (seis). Verificámos que esta

**Quadro VI**  
Taxa de Mortalidade Neonatal 1999-2002  
(nº de mortes neonatais por cada 1000 nascimentos).

Taxa de Mortalidade Neonatal				
	1999	2000	2001	2002
Nacional	3,5	3,2	2,8	3,4
Zona Centro	3,8	3,0	2,1	2,3

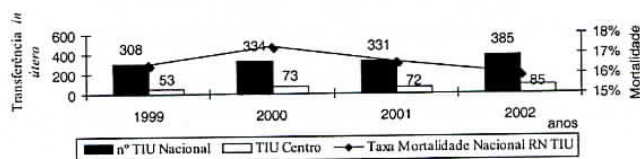
mortalidade se mantém inferior à mortalidade nacional e que pouco modificou a mortalidade na Região Centro (Figura 1).



**Fig. 1** - Mortalidade corrigida de recém-nascidos de muito baixo peso (1999-2002). R. Centro - Região Centro; MBP - recém-nascidos de muito baixo peso.

No ano de 2002 houve um aumento nas taxas de mortalidade em todo o País, devido ao aumento de RN com IG cada vez menores<sup>4</sup>.

A taxa de mortalidade nacional de RN transferidos *in utero* foi (16,6%) inferior à mortalidade global ( $p < 0,001$ ). Na Região Centro, entre 1999 e 2002, a taxa de mortalidade destes RN foi de 12,7%, inferior à taxa de mortalidade nacional (19%). Observamos também que aumentaram o número de transferências *in utero* tanto a nível Nacional como na Região Centro (Figura 2).



**Fig. 2** - Transferências *in utero* (TIU) (1999-2002).

Nos HAP integrados no RNMBP, nasceram 64/499 (12,8%) RN com PN inferior a 1500g. Permaneceram, nesses hospitais, 37 RN (58%), nos quais a IG média era de 32 semanas e com PN médio de 1300g. Os diagnósticos principais estão descritos no Quadro VII. Neste grupo de 37 RN ocorreram sete óbitos, todos nas primeiras horas de vida (Quadro VIII). Dos 30 sobreviventes, 28 tiveram alta

sem sequelas (93%). Os 27 RN transferidos para os HAPD, tinham um PN médio de 1140g e IG média de 29 semanas, tendo falecido 3/27 com IG inferior a 25 semanas.

**Quadro VII**  
Principais diagnósticos dos recém-nascidos não transferidos dos HAP integrados no RNMBP.

Diagnósticos	Nº
LIG	10
SDR	6
DMH	5
Sépsis	2
PCA	2
Apneias	2
Malformações	2
ACIU	4
Sem patologia	4

HAP - hospital de apoio perinatal; RNMBP - registo nacional de recém-nascidos de muito baixo peso; LIG - leve para a idade gestacional; SDR - síndrome de dificuldade respiratória; DMH - doença das membranas hialinas; PCA - persistência do canal arterial; ACIU - atraso de crescimento intra-uterino.

**Quadro VIII**  
Análise dos óbitos dos HAP integrados no RNMBP. Recém-nascidos não transferidos.

Ano	IG	PN	IA	Diagnóstico	Hora óbito	Comentário
1999	24 Sem.	1100 g	1/0	Asfixia	1ªh	Óbito na sala partos
2000	27 Sem.	970 g	9/10	DMH	1ªh	Pneumotórax
2000	29 Sem.	670 g	3/3	DMH	1ªh	Asfixia
2000	29 Sem.	730 g	3/3	DMH	3ªh	Asfixia
2001	33 Sem.	1250 g	2/2	Malformações	1ªh	Síndrome Polimalformativo
2001	24 Sem.	800 g	5/6	DMH	2ªh	Hemorragia pulmonar
2002	24 Sem.	595 g	desconhecido	SDR	1ªh	Asfixia

HAP - hospital de apoio perinatal; RNMBP - registo nacional de recém-nascidos de muito baixo peso; IG - idade gestacional; PN - peso à nascença; IA - Índice de Apgar; SDR - síndrome de dificuldade respiratória; DMH - doença das membranas hialinas; Sem - semanas.

Nos HAP não integrados no RNMBP, nasceram 35 RN MBP. Foram transferidos 27 RN com PN e IG médios de 1000g e de 27 semanas respectivamente. Oito RN não foram transferidos, e tinham um PN médio de 975g e uma IG média de 29 semanas. Faleceram seis destes RN, todos na primeira hora de vida; três nasceram no domicílio, dois durante o trabalho de parto e um era malformado (Quadro IX).

**Quadro IX**  
Análise de óbitos dos HAP não integrados no RNMBP.

Ano	IG	PN	IA	Diagnóstico	Hora óbito	Comentário
1999	24 Sem	575 g	Desconhecido	Asfíxia?	Trabalho de parto	Gravidez não vigiada
1999	29 Sem	675 g	Desconhecido	Asfíxia?	Trabalho de parto	-
1999	24 Sem	530 g	Desconhecido	Gemelaridade	À entrada hospital	Parto no domicílio
1999	24 Sem	600 g	Desconhecido	Gemelaridade	À entrada do hospital	Parto no domicílio
2001	23 Sem	950 g	1/5/5	Dismórfico	1ª hora	Anasarca
2002	33 Sem	1380g	Desconhecido	Desconhecido	1ª hora	Parto no domicílio

HAP – hospital de apoio perinatal; RNMBP – registo nacional de recém-nascidos de muito baixo peso; IG – idade gestacional; PN – peso à nascença; IA – Índice de Apgar; Sem – semanas.

Dos 27 RN transferidos para os HAPD sobreviveram 20, e apenas dois com sequelas (um caso de cardiopatia congénita e um caso de hidrocefalia). Tinham um PN médio de 1100g e IG média de 29 semanas. Ocorreram sete óbitos: quatro RN com hemorragia intra-ventricular, um com doença de membranas hialinas e duas com hemorragia pulmonar. O PN médio era de 900g e a IG média 25 semanas.

Os dois RN sobreviventes que permaneceram no seu hospital de origem tinham pesos de nascimento de 1470 e 1475g e IG de 35 e 32 semanas. Ambos tiveram alta sem sequelas.

Dum total de 544, 45 permaneceram nos HAP; treze faleceram nas primeiras horas de vida por circunstâncias relacionadas com o trabalho de parto e a reanimação; dos 32 sobreviventes, a maioria tinha ACIU com idade gestacional média de 32 semanas. Dos 54 transferidos depois do nascimento a IG média era 28 semanas, tendo falecido dez (n=54).

### Discussão

Os RN de MBP representam menos de 1% dos RN, mas são uma amostra representativa da situação neonatal e perinatal de qualquer país.

O grupo do RNMBP estabeleceu desde 1994 vários objectivos a cumprir: estimular a cooperação e diálogo inter-institucional, conhecer a prevalência do MBP em Portugal, efectuar a análise da mortalidade neonatal nacional e da efectividade da regionalização dos cuidados neonatais, monitorizar práticas assistenciais, promover a auto-avaliação, estabelecer o limite da viabilidade em Portugal e registar coortes de população para eventual avaliação futura do desenvolvimento, qualidade de vida e sequelas.<sup>2,3</sup>

Com os resultados do RNMBP mantido desde 1994, tem-se constatado de forma sistemática ser a Região Centro a que tem tido as melhores taxas de sobrevivência e

ao mesmo tempo a de menor prevalência (0,76%). Nesse Registo só têm estado integrado o Hospital Pediátrico de Coimbra, a Maternidade Daniel de Matos, a Maternidade Bissaya Barreto, os Hospitais de Leiria, de Viseu e de Aveiro. Através deste trabalho conseguimos obter informação relativa aos outros HAP (Hospitais da Guarda, de Castelo Branco, da Covilhã, da Figueira da Foz e de Lamego), da Região Centro, que embora fazendo parte da Rede de Referência Materno Infantil Regional, não pertencem à rede de RNMBP, o que permitiu conhecer mais objectivamente a realidade desta Região em relação aos RN de MBP.

Confirmou-se a mais baixa prevalência do MBP a nível nacional, e aparentemente não ter repercussão nas taxas de mortalidade fetal e perinatal de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística e da Direcção Geral de Saúde.<sup>1,2</sup>

O número de transferências *in utero* tem vindo gradualmente a subir, traduzindo uma crescente preocupação e melhoria dos cuidados perinatais e um cada vez mais saudável espírito de cooperação e complementaridade entre os Obstetras e Hospitais. Apesar de diferentes responsabilidades assistenciais, cada um em seu local tenta prestar a melhor assistência possível à grávida e RN tendo em vista um objectivo comum: *Sermos capazes de fornecer excelência assistencial à população da Região.*

Em relação aos nascimentos nos HAP, a falência da transferência *in utero* foi devida em grande parte, ao facto de as parturientes terem entrado no hospital já em período expulsivo. Não foram transferidos para os HAPD os RN mais pesados e com maior IG, quase todos com ACIU. A mortalidade que ocorreu nestes hospitais foi nas primeiras horas de vida e em RN com IG e PN muito baixos devido a circunstâncias relacionadas com o trabalho de parto e ou Reanimação. As condições ideais para a reanimação e continuidade de cuidados destes RN não são possíveis em todos os HAP. Concretizar, sempre que possível, a transferência antenatal é uma das soluções para este problema. A selecção das transferências depois do nascimento foi exemplar já que nenhum dos que ficou nos HAP faleceu. Em relação aos 54 transferidos faleceram dez, o que atendendo à IG média de 28 semanas e ao facto de terem sido submetidos a um transporte neonatal com esta idade gestacional, não deixam de ser bons resultados. Os países que mais evoluíram nos indicadores perinatais não são os mais ricos mas os mais bem organizados.<sup>5</sup> O sistema de regionalização dos cuidados perinatais actualmente existente em Portugal é o modelo mais efectivo,<sup>6,7</sup> tem sido responsável pela melhoria progressiva dos indicadores nacionais, contribuiu para atingirmos a média europeia<sup>5,8</sup> e classificar o nosso Sistema Nacional de Saúde em 12º lugar entre mais de 300 Países pela OMS. Neste trabalho demonstrámos a efectividade e eficiência deste modelo na Região Centro.

## Conclusões

O subregisto não foi o factor influente da mais baixa prevalência de MBP na Região Centro.

O acesso a Cuidados Intensivos Neonatais foi pleno. A mais baixa mortalidade foi confirmada mesmo com a inclusão de todos os casos. Para tal contribuíram o espírito de referência existente entre todos os intervenientes, a consolidação do transporte *in utero* na Região, a correcta selecção dos doentes transferidos para os HAPD e sucesso terapêutico quer nos HAPD quer nos HAP.

A proporção de transferências pós-natais é sobreponível à média nacional, mas o facto de treze óbitos terem ocorrido na sala de partos e 54 (10%) terem sido transferidos para os HAPD após o nascimento obriga-nos a continuar a investir na selecção do local ideal para o nascimento destes RN e garantir qualidade no nascimento a toda a população.

A qualidade do nascimento deve continuar a ser considerada prioridade permanente.

É necessário reforçar e consolidar o espírito de referência perinatal.

## Agradecimento

Um agradecimento muito especial a todos os elementos pertencentes ao Grupo de Registo de RN de Muito Baixo Peso:

Hospital de Dona Estefânia – G Henriques, J V Amaral, L Duarte, M<sup>a</sup> N Tavares, M Serelha, T Neto. Hospital Garcia de Orta – A Costa, A Gomes, A T S F Simões, M Primo, M<sup>a</sup> L Oliveira. Hospital São Francisco Xavier – A Nunes, J M Palminha, M<sup>a</sup> A Bispo. Hospital Santa Maria – J Saldanha, L Silva, M Abrantes, M Albuquerque, M<sup>a</sup> A V. Guedes, S Azevedo. Hospital Fernando da Fonseca – A C Matos, C Gouveia, H Carreiro, M Cunha, M<sup>a</sup> C Machado, R Barroso, R Abreu. Maternidade Alfredo da Costa – AM Valido, A Bettencourt, A Marques, C Neves, C Faria, G Carvalhosa, I Diogo, I Macedo, R Almeida, T Costa, T Tomé. Hospital Geral Santo António – L Carreira, O Cunha, S P Frutuoso. Maternidade Júlio Dinis – A Almeida, A Alegria, M<sup>a</sup> A Areias, P Veloso. Hospital São João – A Martins, B Guedes, F Clemente, G Vasconcelos, G Silva, G Rocha, H Guimarães. Hospital Maria Pia – C Carvalho, F Marcelino, F Araújo, M<sup>a</sup> C Mota, P Ferreira. Centro Hospitalar Vila Nova Gaia – C Lobo, C Quintas, N Miranda. Maternidade Bissaya Barreto – A Taborda, C Lemos, G Mimoso, M<sup>a</sup> C Ramos. Maternidade Daniel de Matos – E Afonso, V Martins, R Ramalho. Hospital Pediátrico – F Neves, J Oliveira, J C Peixoto, L Carvalho, L Januário. Hospital Distrital de Faro – E Mendes, M<sup>a</sup> J Castro. Hospital Distrital de Beja – F Furtado, F Ferreira, I B Lança.

Hospital do Espírito Santo – H Ornelas. Hospital São Bernardo – D Virella, L Caturra, V Neves. Hospital Dr. Reynaldo dos Santos – C Mendes Avelar. Hospital Distrital de Santarém – J M Onofre, T G Martins. Hospital Santo André – B Xavier, I Barata, L Winckler, M Agostinho. Hospital Infante D. Pedro – L Damas, P Rocha. Hospital São Teotónio – I Andrade. Hospital Padre Américo / Vale do Sousa – A B Cunha, I Quelhas. Hospital São Marcos – A Pereira, I F Cunha. Hospital Senhora da Oliveira – A Costa, A Freitas. Hospital de São Pedro – E Gaspar. Hospital Santa Luzia – A Laranjeira. Centro Hospitalar do Funchal – F Teixeira, O Magro. Hospital do Santo Espírito – F Fagundes. Hospital Distrital de Ponta Delgada – M<sup>a</sup> F Gomes. Hospital dos SAMS – A Badeja, D Fino, N Simões, P Garcia. Hospital São Pedro Pescador – J T Moreira, M Pontes. Hospital Pedro Hispano – A Souto, A Portela, I Martins. Hospital de São Sebastião – F Fonseca, M Carrapato.

## Bibliografia

1. Estatísticas Demográficas. INE 2003. Lisboa.
2. Registo Nacional dos Recém-Nascidos de muito baixo peso. Rede de investigação neonatal nacional. Grupo Nacional do Muito Baixo Peso. *Acta Paediatr Port* 1999; 485-91
3. Peixoto JC, Neto MT, Abrantes M, Mimoso G, Virella D. Balanço de 5 anos de Registo Nacional do RN MBP. "Nascer Prematuro em Portugal". Prémio Bial de Medicina Clínica 2002. Cap 2(3): 41-53.
4. Neto MT; Peixoto JC; Martins Palminha JM; Cunha O. Política Nacional de Saúde Perinatal. "Nascer Prematuro em Portugal". Prémio Bial de Medicina Clínica 2002. Cap 1: 17-27.
5. PERISTAT: Project Indicators for monitoring and evaluating Perinatal Health in Europe. Commission of health and Consumer protection, France 2003
6. Hakansson S, Farooqi A, Holmgren P, Serenius F, Hogberg U. Proactive Management Promotes Outcome in Extremely Preterm Infants: A Population-Based Comparison of Two Perinatal Management Strategies. *Pediatrics* 2004; 114: 58-64.
7. L. Cornette. Contemporary neonatal transport: problems and solution. *Arch Dis Child fetal neonatal Ed* 2004; 89: 220-3
8. Plano Nacional Saúde/Ministério da Saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010. Documento de trabalho Fevereiro 2004.