

Verdades sobre os prematuros

LUIS EDUARDO VAZ MIRANDA *

Os indicadores de saúde, como os econômicos e sociais, são instrumentos muito úteis para se medir o grau de desenvolvimento e bem-estar de uma população. E, ao permitirem dimensionar grandeza tão abstrata quanto a saúde, criam meios de se compará-la com a de outros povos e de se avaliar o impacto de medidas, governamentais ou não, que busquem sua melhoria.

Enquanto os países do primeiro mundo já venceram seus desafios sanitários básicos e hoje dirigem suas atenções para indicadores de saúde próprios a seu desenvolvimento, como expectativa de tempo de vida e ocorrência de enfermidades relacionadas à idade avançada, notadamente cardiopatias e doenças degenerativas, o Brasil ainda tem que se preocupar com sua elevada mortalidade infantil, importante indicador de saúde para os países subdesenvolvidos.

Tecnicamente definida como o número de óbitos com menos de um ano de vida experimentados por cada 1.000 crianças nascidas vivas, a mortalidade infantil é, na verdade, composta de dois segmentos bem distintos e merecedores de considerações diferentes: a mortalidade neonatal, ou dos recém-nascidos, verificada nos primeiros 28 dias de vida, e a pós-neonatal, no restante do primeiro ano. E, como ambas contribuem com proporções muito próximas para a mortalidade infantil, apesar de cobrirem períodos tão desiguais, pode-se desde já concluir pela maior vulnerabilidade dos recém-nascidos. Essa divisão, de aparente pouco interesse, assume grande importância quando se passa a tratar da escolha de medidas de saúde que levem à redução da mortalidade infantil.

Assim como os óbitos tardios, pós-neonatais, são mais dependentes das enfermidades do complexo DDD (diarréia, desidratação e desnutrição) e respondem marcadamente a ações básicas de saúde, como aleitamento materno, provisão de água e esgoto encanados e vacinação em massa, entre outras, a mortalidade neonatal tem relação direta com as taxas de nascimentos prematuros e de todas as suas complicações, respondendo bem a um bom atendimento à gestação – assistência pré-natal – e ao parto.

Embora insatisfatórios, alguns progressos têm sido alcançados recentemente na luta pela redução da mortalidade infantil brasileira. Uma análise dos números apresentados por órgãos oficiais permite concluir, entretanto, que tal se deve, muito mais, a uma diminuição da mortalidade pós-neonatal. Além de oferecer maior resistência a um declínio, a mortalidade infantil precoce, dos recém-nascidos, tem experimentado, conforme largamente noticiado nos últimos dias, surtos em alguns dos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro.

A “morte em série”, no mês de janeiro passado, de mais de 70 recém-nascidos prematuros, em apenas duas de nossas maternidades, é apenas o fruto sórdido e repugnante que, previsivelmente, suas mães pobres (ou pobres mães) estão hoje colhendo por não terem tido o privilégio de ser acolhidas num programa digno de assistência pré-natal, receita única e barata capaz de reduzir, em larga escala, a incidência de prematuridade.

Padecendo dos males consequentes a uma prolongada falta de planejamento competente para a área de saúde materno-infantil e a um gerenciamento pouco honesto dos escassos recursos para tal alocados, nossa sociedade vê-se confusa diante das múltiplas, e também cínicas, justificativas para a morte de tantos bebês: superlotação das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, falta de recursos materiais e humanos e infecção hospitalar são apenas as mais citadas. E, lógico, imediatamente sugerindo soluções como aumentar o número de leitos das UTI neonatais, contratar mais médicos e enfermeiras, comprar mais equipamentos. Medidas paliativas que, divorciadas de um planejamento maior, cedo se mostrarão insuficientes.

Assusta muito a não-referência à causa mais básica do problema: falta de regionalização e hierarquização da assistência materno-infantil. Estratégias que, uma vez contempladas, permitiram a inúmeros países, do primeiro e terceiro mundo, como Costa Rica, Chile e Cuba, exibir mortalidade infantil muito baixa. Em nosso meio, algumas Secretarias de Saúde, como a de São Paulo, há muito já praticam tal modelo de organização.

Visando a otimizar os poucos recursos disponíveis e maximizar resultados das ações propostas, há que se estruturar, de modo inteligente, a assistência pré-natal na área do Grande Rio ou de qualquer outra expressiva aglomeração populacional brasileira. Partindo da definição e conhecimento da área de cobertura e sua população alvo, pode-se estimar suas necessidades de assistência médica, traçar uma estratégia de atuação e dimensionar os recursos necessários.

Em ordem crescente de sofisticação tecnológica, a assistência pré-natal deve estar organizada, como em uma malha centrípeta, com Unidades de Cuidados Primários, Secundários e Terciários. As primeiras, mais numerosas, de baixo custo e operadas por profissionais técnicos ou iniciantes com menor qualificação que os especialistas, mas sob rigorosa supervisão desses, atuam em postos avançados, móveis ou não, dando cobertura às populações das regiões mais periféricas e com dificuldade de locomover-se para os grandes centros.

Com os modernos recursos da informática, dados clínicos simples de serem obtidos, como idade da gestante, grau de paridade, tempo de gravidez, ganho

de peso, pressão arterial e crescimento fetal, entre outros, seriam armazenados e, combinados com exames laboratoriais de menor grau de complexidade, analisados centralmente. Na presença de fatores de médio risco gestacional identificados pelos atendentes, ou pelo sistema de informatização, a grávida deve ser ativamente encaminhada para as Unidades de Cuidados Secundários, de localização mais intermediária em relação ao grande centro, e capacitadas para o atendimento de casos medianamente graves. Diante de condições de alto risco gestacional, a transferência dar-se-á para as Unidades de Cuidados Terciários, de menor número e localização mais central, porém amplamente aparelhadas para cuidar dos casos mais graves, aí incluídos os prematuros extremos ou muito enfermos.

Com a universalização da assistência pré-natal, receita barata porém altamente eficaz, muitas das condições que agravam o risco gestacional, e que freqüentemente terminam em parto prematuro, podem ser prevenidas ou precocemente identificadas e atendidas, a baixo custo, desafiando a enorme demanda reprimida atualmente observada em algumas de nossas maternidades públicas.

Com a regionalização dos cuidados, *bolsões* de má assistência podem ser identificados e melhor contemplados quando da implantação de medidas corretivas. Com a hierarquização do atendimento, uma utilização inteligente dos recursos físicos, materiais e humanos permitirá, a um menor custo, significativa redução da morbidade e mortalidade neonatais, além de um controle fino dos resultados.

Sob o controle das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, um sistema bem estruturado de transferência e contratransferência das gestantes e seus bebês de risco, entre Unidades com ordem crescente ou decrescente de complexidade tecnológica, estarão sempre identificando as necessidades e melhores soluções, para cada caso. Copiando essa estratégia vencedora em outras localidades, mesmo que com as adaptações necessárias à nossa realidade, cedo estaremos acabando com os surtos de mortes de nossos prematuros pobres e “malnascidos”. E, assim, os dedicados profissionais de nossas UTI neonatais verão recompensados seus enormes esforços para salvar seus pequenos pacientes, as mães desses prematuros poderão sonhar com o glorioso dia em que estarão levando-os para casa e, cada um de nós, mais orgulhosos de viver numa pátria que cuida bem de sua maior riqueza - a infância.

* Diretor médico do Centro de Prematuros do Estado do Rio de Janeiro