Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A saúde da criança em Portugal, inserida no contexto europeu e mundial.

Análise aos indicadores de saúde específicos

#### A SITUAÇÃO DA CRIANÇA EM PORTUGAL

#### **OBJETIVOS**

Evidenciar capacidades de análise e avaliação sobre os principais indicadores de saúde relacionados com a criança portuguesa

# **PLANOS E PROGRAMAS???**



#### A SITUAÇÃO DA CRIANÇA EM PORTUGAL

# Principais estratégias dos Planos Nacionais de Saúde desde 2004

#### **ESTRATÉGIAS GERAIS**

- Prioridade aos mais pobres
- Abordagens
  - Programáticas
  - **■** Com base em *settings*

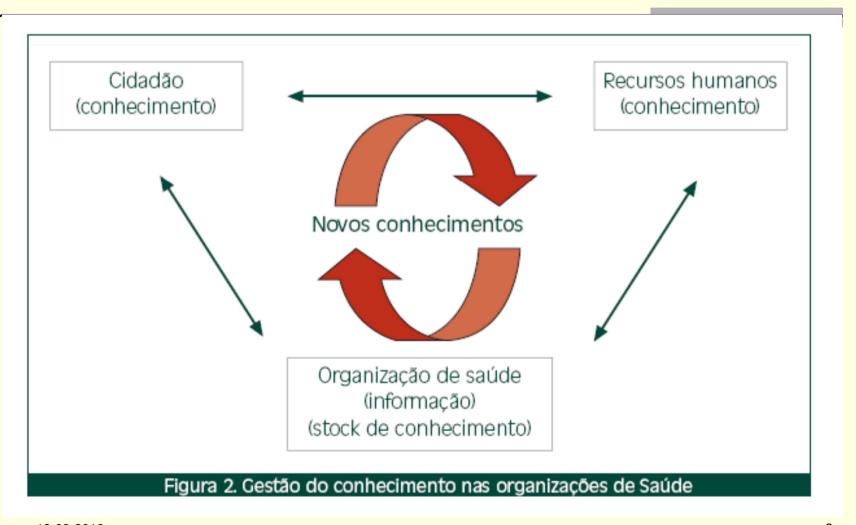
# Estratégias para a gestão da mudança

- Mudança centrada no cidadão
- Aumentar as opções de escolha do cidadão
- Multiplicação de mecanismos de participação do cidadão no setor da saúde
- Voz à cidadania através de organizações da sociedade civil
- Promoção de comportamentos saudáveis

13-09-2016 5

- Criação de contextos ambientais conducentes à saúde
- Capacitação do sistema de saúde para a inovação
- Definição e adequação de adequadas políticas de recursos humanos
- Gestão da informação e do conhecimento

- Incentivos à investigação e o desenvolvimento em saúde
- Valorização da participação do setor da saúde nos fóruns internacionais
- Reorientação do sistema de saúde



# Como principais instrumentos desta mudança, as apostas:

- Numa gestão mais empresarial, com uma responsabilização clara dos gestores, apoiados por informação mais acessível e resultante de uma maior atenção ao sistema de informação
- No desenvolvimento de parcerias com os setores privado e social

■ Numa *maior coordenação vertical*, entre níveis de cuidados, (redes de referenciação e plataformas de articulação com outras forças vivas da comunidade

#### SETTINGS PRIORITÁRIOS

Família, a escola, a universidade, o local de trabalho, os locais de lazer e as unidades de saúde

# Uma escola promotora de saúde garante

- Oportunidade de as crianças adquirirem
- competências pessoais e sociais
- Habilitam a melhorar a gestão da saúde e agir sobre os factores que a influenciam

As estratégias da OMS, *Health for All in the 21st century,* apontavam para que, no ano 2015, pelo menos



50% das crianças que frequentassem o jardim-de-infância

95% das que frequentassem a escolaridade obrigatória e o ensino secundário

Tivessem oportunidade de ser educadas em escolas promotoras de saúde

#### **NASCER COM SAÚDE**

- Melhorar ainda mais os indicadores no período Perinatal
- Reduzir a mortalidade por anóxia e hipóxia perinatais
- Erradicar a sífilis congénita
- Manter a promoção do aleitamento materno, como critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais

#### **CRESCER COM SEGURANÇA**

#### Situação actual

- Elevada cobertura, mas fraca articulação entre serviços
- A cobertura do PNV é elevada
- O Programa Tipo de Vigilância da Saúde recentemente atualizado necessita maior implementação

Nos grupos de Centros de Saúde têm sido atuantes, constata-se melhoria

- Na acessibilidade
- Na qualidade dos cuidados prestados
- Na articulação entre os cuidados saúde primários e hospitalares
- Desenvolvimento das USF

- Melhoria contínua da saúde infantil e da criança e emergência de novos problemas
- No difícil contexto laboral português, 50% (??) das mães amamentam mais de 3 meses

- As doenças infecciosas diminuíram drasticamente na infância e nos primeiros 10 anos de vida
- Maior peso relativo na morbimortalidade reconhecida neste grupo etário
- Entre o 1 e os 4 anos de idade, emergem as causas externas envolvem questões sociais difíceis de prevenir, e os tumores malignos ligadas à mortalidade

# Orientações estratégicas e intervenções necessárias

- Continuar a melhorar a articulação entre serviços
- Reforçar a necessidade de a primeira consulta se realizar ainda nos 1.ºs dias de vida

- Incentivar o aleitamento materno
- Desenvolver intervenções intersectoriais para reduzir a morbilidade e mortalidade por acidentes

As crianças portadoras de deficiência ou que estão em risco de atraso grave de desenvolvimento exigem atenção especializada enquadrando-se com o reforço da *IP* e a implementação de Centros de Desenvolvimento Infantil

#### **SETTINGS PRIORITÁRIOS**

Família, o infantário, as amas, o local de trabalho, as instituições de acolhimento e as unidades de saúde

# A JUVENTUDE À DESCOBERTA DE UM FUTURO SAUDÁVEL Situação actual

- Aumento dos comportamentos de risco
- Sedentarismo
- Desequilíbrios nutricionais, particularmente importante entre as raparigas
- De condutas violentas, particularmente importante entre os rapazes

A JUVENTUDE À DESCOBERTA DE UM FUTURO SAUDÁVEL

Situação atual

- Morbilidade e mortalidade por acidentes
- Comportamentos potencialmente aditivos, relacionados nomeadamente com o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas

13-09-2016 22

A JUVENTUDE À DESCOBERTA DE UM FUTURO SAUDÁVEL Situação atual /Desconhecimento da morbilidade De acordo com os indicadores tradicionalmente utilizados para monitorizar o estado de saúde, os adolescentes constituem o grupo etário mais saudável, reconhecendo que os indicadores disponíveis para medir a morbilidade associada a problemas como Obesidade, bulimia, anorexia, saúde mental e DST (por ex., *Chlamydia*), etc. são limitados.

### Orientações estratégicas/intervenções necessárias

- Aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos jovens
- Os adolescentes como grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de DST
  - Reforçar iniciativas no sentido de adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento, nos Centros de Saúde e nos Hospitais

- Há que persistir no reforço das atividades de educação nas áreas da sexualidade e reprodução, baseadas nas escolas e com o apoio dos serviços de saúde
  - O reforço de uma abordagem global preventiva dos comportamentos de risco para a saúde dos jovens implica:

- Continuar a priorizar parcerias com outras instituições e setores, tais como a educação
- Privilegiar a abordagem integrada da saúde dos adolescentes, podendo ser criados
  - Departamentos de Saúde no seio das instituições de ensino desenvolvendo-se atividades de promoção da saúde e prestação de cuidados nos serviços oficiais de saúde

#### **AVALIAÇÃO DO PNS 2004-2010 PELA OMS:**

### **Aspetos positivos:**

- Participação alargada
- Consenso quanto a prioridades
- Compromisso político

#### A melhorar:

- Suporte à sustentabilidade
- Hierarquia de indicadores e metas
- Maior foco nos:
  - Determinantes sociais
  - Resultados em saúde
- Método para atribuição de ganhos

http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo

**VALORES DO PNS 2012-2016:** 

Universalidade Acesso a cuidados de qualidade

Equidade Solidariedade Justiça Social

Capacitação do cidadão

Prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa

**Respeito** Solicitude

Decisão apoiada na evidência científica

#### **VALORES DO PNS 2012-2016:**

- Transparência e responsabilização
- Envolvimento e participação
- Redução das desigualdades em saúde;
- Integração e continuidade de cuidados;
- Sustentabilidade.

### Propostos quatro eixos estratégicos:

- Cidadania em Saúde;
- Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de

# Saúde;

- Qualidade em Saúde;
- Políticas Saudáveis.

#### **OBJETIVOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE**

#### Asseguram que:

- Os valores e princípios são concretizados de forma objetiva e avaliável;
- Está orientado para a obtenção de resultados de forma integrada, alinhada e aberta, dispondo de instrumentos e processos adequados para esse efeito;
- Promove as garantias de resposta, efetividade, proteção, solidariedade e inovação esperadas, e é valorizado pela sua capacidade.

O PNS 2012-2016 explicita e enquadra quatro objetivos para o sistema de saúde:

- 1 Obter ganhos em saúde
- 2 Promover um contexto favorável à saúde, ao longo do ciclo de vida
- 3 Reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença
- 4 Reforçar a participação de Portugal na saúde alobal

Figura 1. Elementos do PNS alinhados com a Estratégia Health 2020 da OMS - Euro



Foco na saúde e no bem-estar;

Governança Participativa;

Whole-of-governement;

Whole-of-society;

Abordagem pelo ciclo de vida;

Foco na Equidade;

**Determinantes Sociais**;

Empowerment dos cidadãos;

Heatlh Impact Assessment;

Foco no sistema de saúde.



Figura 2: Modelo de co-produção de saúde (Fonte: WHO Euro-Governance for Health in the XXI Century, 2012, retirado de Fundação *Calouste Gulbenkian*. Um Futuro para a Saúde, 2014) para a Saúde da Saúde Governação Saúde e cuidados partilhada partilhados para a Saúde A governação para a saúde é Os cuidados de saúde são CO-PRODUÇÃO partilhadapor sectores e níveis partilhadospor doentes DA SAÚDE da administração pública, e por outras partes interessadas, bem como pelos cidadão REVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO INFORMAÇÃO **TECNOLOGIA** 

#### **VISÃO**

"No meu sistema de saúde ideal, sou saudável desde o meu nascimento, seguro e tranquilo, até à minha morte com dignidade no final da vida, e rodeado pela minha família. Tenho muito poucos motivos para interagir diretamente com o próprio sistema de uma forma física, para além das medidas preventivas, como as vacinas ou os rastreios, e as doenças agudas intercorrentes, tais como as doenças inevitáveis ou os acidentes. Quando tenho de ir a um centro de saúde para cuidados de saúde

Quando tenho de ir a um centro de saude para cuidados de saude proactivos ou a um hospital para um tratamento urgente ou devido a dificuldades de saúde graves, o meu problema é resolvido de forma profissional e humana, tão rapidamente quanto possível."

Um Futuro para a Saúde. Gulbenkian, 2014. Pag 25. Lynn Archibald.

c. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com mais 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental.

O consumo de tabaco constitui um dos comportamentos de risco com mais impacto na população portuguesa:..Em Portugal, de acordo com estimativas de 2010 da Global Burden Diseases, o tabaco foi responsável pela morte de cerca de 11800 pessoas, das quais 845, em consequência da exposição ao fumo ambiental.

No mesmo ano, estimou-se que a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, tenha sido de 103,06 por 100 000 habitantes;

36

## A SITUAÇÃO DA CRIANÇA EM PORTUGAL Principais Estratégias dos Planos Nacionais de Saúde -Extensão 2016\_20 INDICADORES DE METAS

Área	Indicador	Fonte	Origem do Indicador / Observações
Determinantes em saúde	Índice de Massa Corporal (IMC) – excesso de peso / obesidade	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Hipertensão arterial	Global Health Observatory	ECHI
	Consumo de tabaco	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Consumo de álcool (litros <i>per capita</i> )	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Atividade física	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020

### A SITUAÇÃO DA CRIANÇA EM PORTUGAL Principais Estratégias dos Planos Nacionais de Saúde -Extensão 2016\_20

#### INDICADORES DE METAS

Redução de prevalência do consumo e exposição ao tabaco na população com ≥ 15 anos	Prevalência de consumo e exposição ao tabaco em população ≥ 15 anos	Sistema de informação a criar
Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar	Incidência de excesso de peso e de obesidade em população até aos 18 anos – sub grupos etários Prevalência de excesso de peso e de obesidade em população até aos 18 anos – sub grupos etários anos – sub grupos etários	Sistema de informação a criar





NÚMERO:

010/2013

DATA:

31/05/2013

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil ASSUNTO:

Saúde infantil; Saúde juvenil; PNSIJ; Vigilância PALAVRAS-CHAVE:

Profissionais de Saúde PARA:

Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil (barbaramenezes@dgs.pt) CONTACTOS:

Novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos.

## O PNSIJ, obedece às seguintes linhas-mestras:

- Calendarização das consultas para idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade;
- 2. Harmonização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no novo Programa Nacional de Vacinação (PNV), de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde;

# O PNSIJ, obedece às seguintes linhas-mestras:

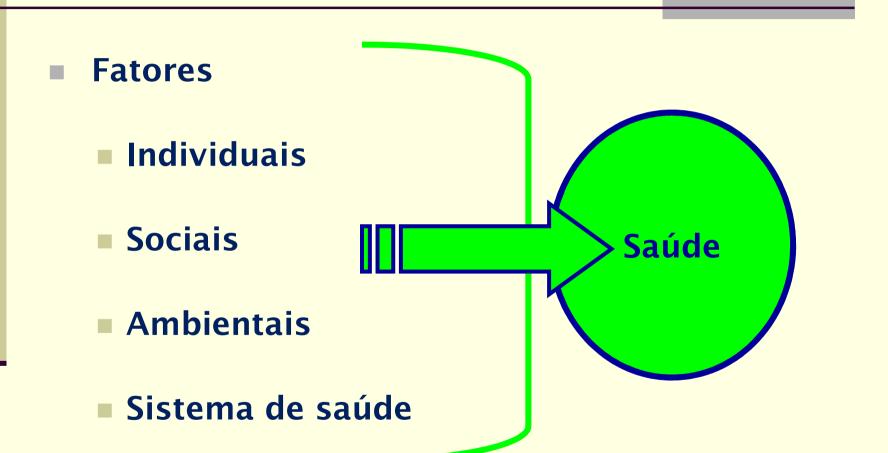
- 3. Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde;
- 4. Neste âmbito, e face aos movimentos antivacinais emergentes, o reincentivo ao cumprimento do PNV, preservando o adequado estado vacinal das crianças, 13 jozwens e população em geral, afigura-se crucial;

## O PNSIJ, obedece às seguintes linhas-mestras:

- 5. Também o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento constitui uma prioridade no mesmo domínio;
- 6. Deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção; Apoio à responsabilização progressiva e à autodeterminação em questões de saúde das crianças e dos jovens;

## O PNSIJ, obedece às seguintes linhas-mestras:

- 7. Trabalho em equipa, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares;
- 8. Articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens.



### **SITUAÇÃO PARADOXAL**

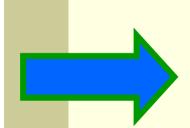
Indicadores do estado de saúde sensíveis à melhoria global das condições sócio-económicas

Indicadores relacionados com atitudes, comportamentos e estilos de vida

#### **EVOLUÇÃO**

Indissociável da melhoria das condições de vida em geral, nomeadamente da

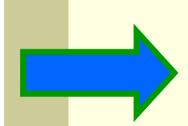
- Habitação
- Escolaridade
- Saneamento básico
- Acesso à informação
- Rede viária
- Aumento de recursos humanos materiais e financeiros dedicados à saúde



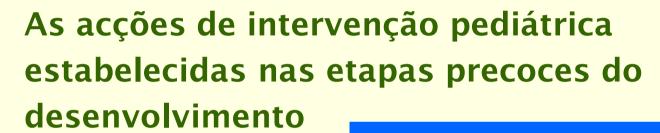
#### **EVOLUÇÃO**

Indissociável da melhoria das condições de vida em geral, nomeadamente da

- Habitação
- Escolaridade
- Saneamento básico
- Acesso à informação
- Rede viária
- Aumento de recursos humanos materiais e financeiros dedicados à saúde



## Charneira da mudança da nova pediatria



# Múltiplos desafios da nova pediatria

- A compreensão profunda dos sistemas intrínsecos da criança que fundamentam as disfunções, quando doente
- Apoio à génese da família

#### MÚLTIPLOS DESAFIOS DA NOVA PEDIATRIA

- A intervenção atempada face à nova patologia do comportamento
- O envolvimento retroativo entre a criança e os serviços de educação com epicentro na família
- A saúde escolar como polo de intervenção de modo assegurar um espaço e um tempo privilegiados de educação e de promoção da saúde, simultaneamente

#### **MÚLTIPLOS DESAFIOS DA NOVA PEDIATRIA**

- Uma nova viragem de atitude face ao adolescente, à sua sexualidade e aos seus eventuais comportamentos aditivos
- A prevenção de fatores de risco condicionantes de patologia adulta (tabaco, álcool, erros alimentares, stress, falta de exercício físico)

#### **MÚLTIPLOS DESAFIOS DA NOVA PEDIATRIA**

- A deficiência e sua adequação à comunidade;
- A prevenção do stress, cada vez mais invasivo da vida individual e dos comportamentos de relação
- Processos de adaptação da criança e da família à doença crónica
- A ética dos costumes, das regras de vida, do destino dos embriões emprestados, congelados, esquecidos

#### **MÚLTIPLOS DESAFIOS DA NOVA PEDIATRIA**

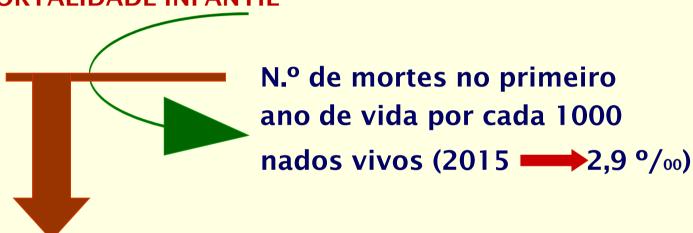
- A atitude perante a morte
- A pediatria de cuidados intensivos, dos cuidados excessivos, dos cuidados agressivos
- A humanização da pediatria hospitalar e do ambulatório
- A promoção de mais resiliência em face das novas vulnerabilidades

o que medir?

o que avaliar?

- Taxas de mortalidade
- Morbilidade
- Incidência Perspetiva Longitudinal (Quem se tornou doente)
- Prevalência Perspetiva Transversal (Quem está doente)

#### **MORTALIDADE INFANTIL**



Um dos índices de maior fiabilidade do estado sanitário de um povo

# História da MI em Portugal

Figura 4.4 Taxa de mortalidade infantil, Portugal, 1913-2007<sup>7</sup>

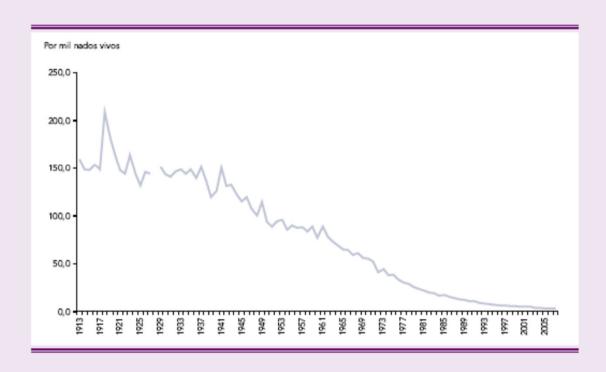
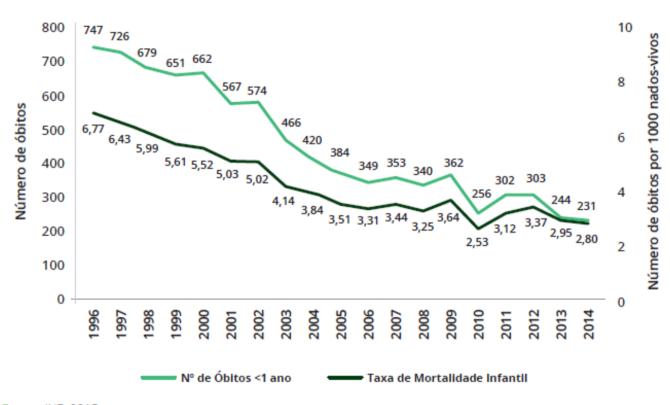


Figura 38. Evolução do número de óbitos infantis e respetiva taxa de mortalidade (1996-2014)



Fonte: INE, 2015

## Mortalidade infantil traduz, de um modo geral

- > Desenvolvimento socioeconómico de um país
- Amplitude dos problemas de saúde responsáveis pela morte da criança - doenças infeciosas particularmente diarreicas e respiratórias - má nutrição, e patologias neonatais
- Nível de saúde das mães

## Mortalidade infantil traduz, de um modo geral

- Nível de cuidados de saúde pré e pós natais da mãe e da criança
- > A política de planeamento familiar
- > Nível de higiene do meio

#### Uma Taxa de Mortalidade Infantil baixa revela

- > Um nível de vida relativamente elevado
- Programas de vacinação adequados
- > Nutrição da mãe de da criança equilibrada
- > Acesso aos serviços pré-natais satisfatórios
- > Bom saneamento do ambiente
- Reservatórios de água protegidos
- Controle de vectores
- Legislação adequada e cumprida

#### **MORTALIDADE INFANTIL**

#### **MORTALIDADE NEONATAL**

- **✓** Prematuridade
- ✓ Hemorragias
- ✓ Malformações congénitas (aparelhos circulatório, respiratório e gastrintestinal)
- ✓ Problemas do parto (de mais difícil controlo)

#### **MORTALIDADE PÓS NEONATAL**

- ✓ Infeciosas (respiratórias e digestivas..enterocolite necrosante)
- ✓ Nutricionais
- ✓ Doenças do Sistema Nervoso
- ✓ Malformações
- ✓ Morte Súbita Inexplicada

As causas de sofrimento e morte na primeira semana de vida (período neonatal precoce)
 são sobreponíveis às das últimas 12 semanas de gestação (> 28 semanas)
 pelo que se tornou necessário

autonomizar

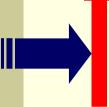
PERÍODO PERINATAL

# A SITUAÇÃO DA CRIANÇA EM PORTUGAL CAUSAS DE MORTALIDADE

#### **PERINATAL**

- ✓ Prematuridade e suas complicações (7-10% dos partos), mas responsável por cerca de 50% da mortalidade perinatal
- √ Causas mal definidas
- ✓ Complicações da gravidez e do parto
- √Cuidados inadequados ao RN
- ✓ Malformações congénitas

Portugal atingiu em 1974 O ponto de civilização



Mortalidade pós-neonatal inferior à mortalidade neonatal

A mortalidade perinatal

Não tinha acompanhado na mesma proporção a melhoria da mortalidade infantil

Teve evolução significativa em 2010 (3,6 %), há

ligeira subida em 2011, e 2015 apresenta (3,7 %)



- A taxa de mortalidade perinatal colocava-nos numa situação de desvantagem sobretudo aos países do norte da Europa. Será que estes valores são para manter e melhorar??
- Cerca de 35% dos componentes da mortalidade perinatal são devidos à mortalidade neonatal precoce, que, por sua vez, representa cerca de 80% dos óbitos do período neonatal

#### TAXA DE MORTALIDADE DOS MENORES DE 5 ANOS (TMM5)

Número de óbitos de menores de cinco anos por 1000 nados vivos

Indicador básico para o cálculo da sobrevivência infantil

- A Tmm5 passou em Portugal de 112 para 21 entre 1960 e 1986 e para 9 em 1998 e para 4 em 2007 e 3,47 em 2014
- Portugal está grupo internacionalmente grupado como tendo Tmm5 baixa

TAXA DE MORTALIDADE DOS MENORES DE 5 ANOS (TMM5)

Indicador básico do progresso humano pela UNICEF, apresenta varias vantagens

Mede um resultado final do processo de desenvolvimento, expressa o resultado de um grande n.º de factores de contribuição

- > A saúde nutricional, e o conhecimento das mães sobre a saúde
- > O nível de imunização e o uso TRO (Terapêutica de Rehidratação Oral)
- A disponibilidade de serviços de Saúde Materno-Infantil
- Disponibilidade de rendimento e de alimentos na família
- Disponibilidade de água limpa e saneamento básico, e a segurança do meio ambiente da criança de maneira geral

# MORTALIDADE NA IDADE PRÉ-ESCOLAR ESCOLAR E ADOLESCÊNCIA

#### √ Causas externas

✓ A mortalidade das crianças de 5-9 anos, 10-14 anos, e sobretudo 15-19 anos é ainda elevada: 10/10<sup>5</sup> e 20/10<sup>5</sup> e 40/10<sup>5</sup>. Cerca de 44,7% destes óbitos são devidos a causas externas das quais e destacam os acidentes com cerca de 50% de todas as causas externas. Por cada morte em acidente sobrevivem dois deficientes graves. A grande melhoria na MI e juvenil tem sido em boa parte desperdiçada pela tragédia dos acidentes de viação.

### ✓ Neoplasias

## ✓ Doenças respiratórias

#### MORTALIDADE INFANTIL

N.º de óbitos de crianças no primeiro ano de vida por 1000 Nados Vivos

Neonatal 0-<28 dias		Pósneonatal
Precoce 0-<7 dias	Tardia 7-<28 dias	28-365 dias

#### MORTALIDADE PERINATAL

Número de óbitos de fetos com 28 e mais semanas e de idade gestacional desconhecida, mais o n.º de óbitos de crianças entre os 0 e os 7 dias, sobre o número de nados vivos mais o n.º de fetos mortos com 28 e mais semanas e de idade gestacional desconhecida, por mil

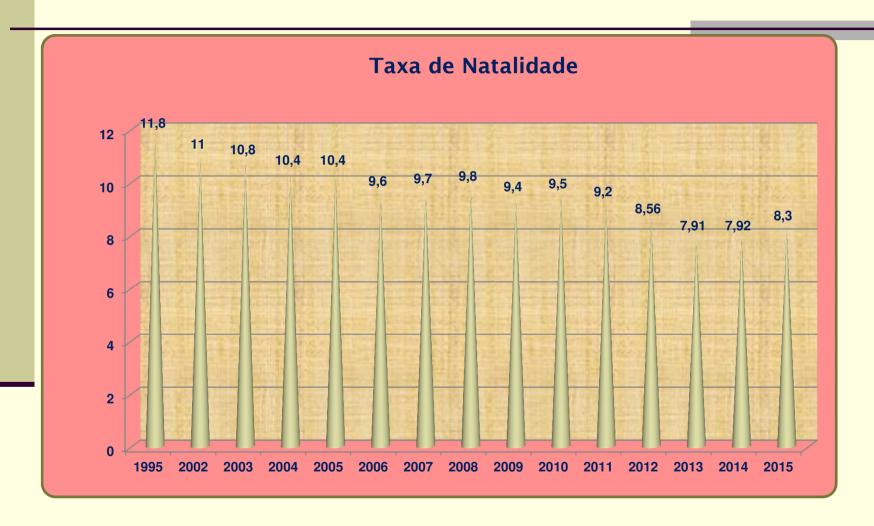
Fetal Tardia	Neonatal Precoce
13-09-2016	69

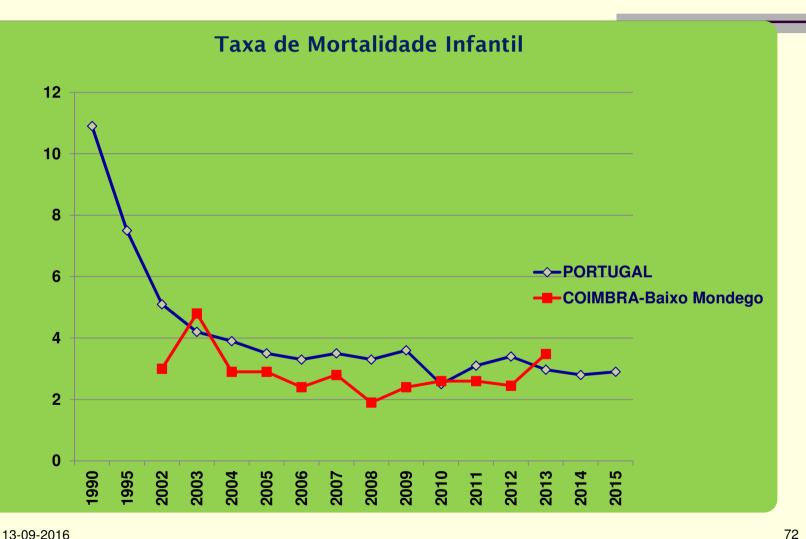
Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001)

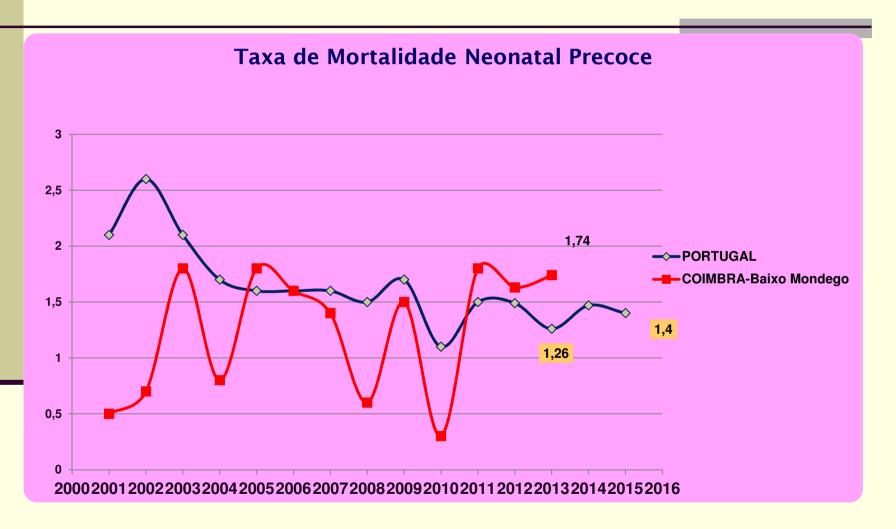
Ano (idade) - Média

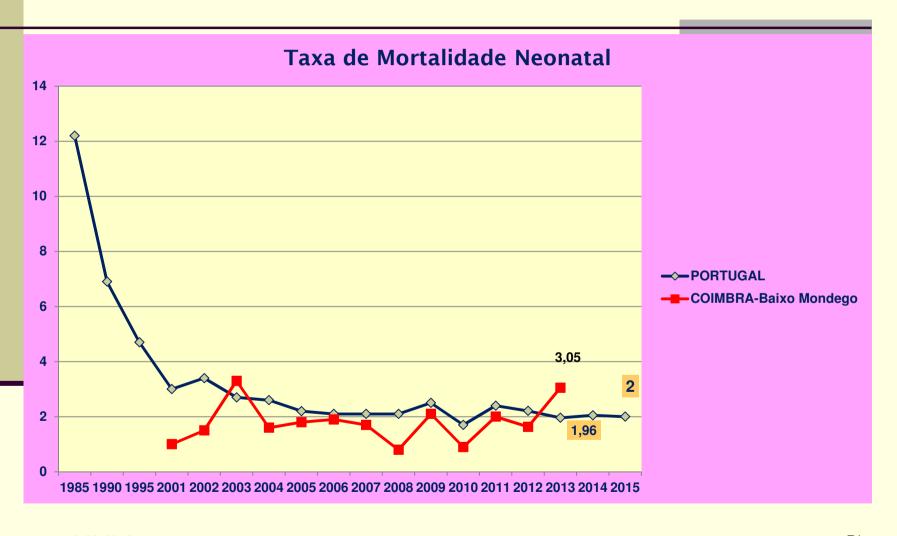
Anos	Sexo		
2014	Total	Masculino	Feminino
	80,4	77,4	83,2

Fonte - PORDATA (2016)

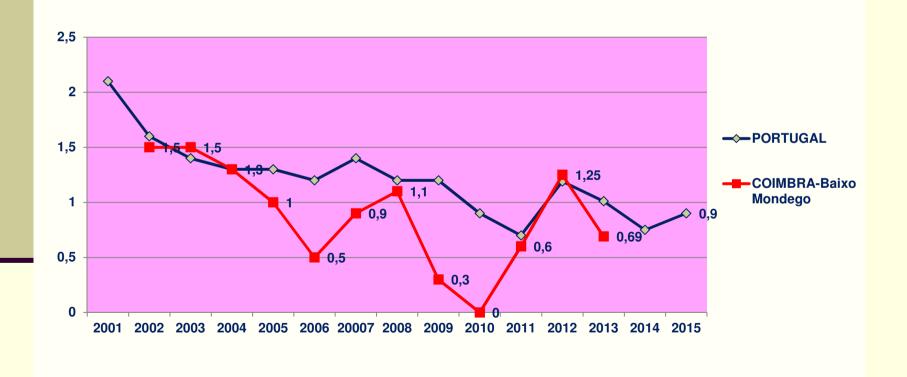


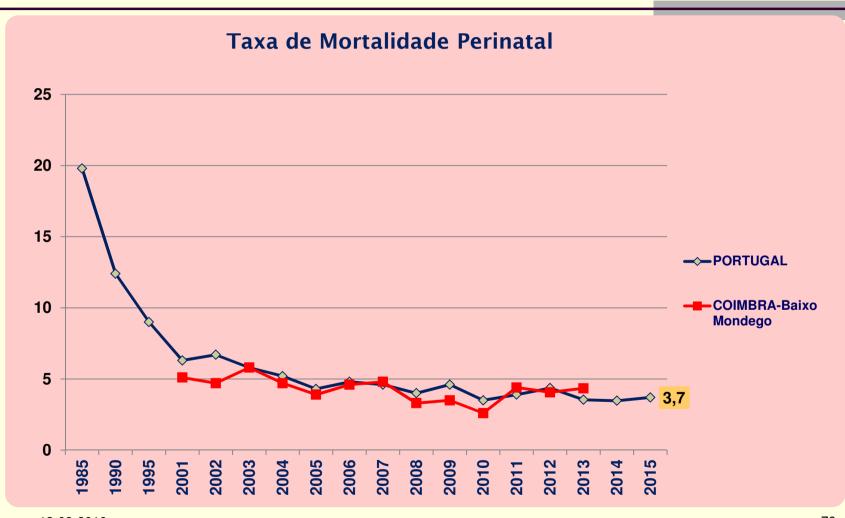


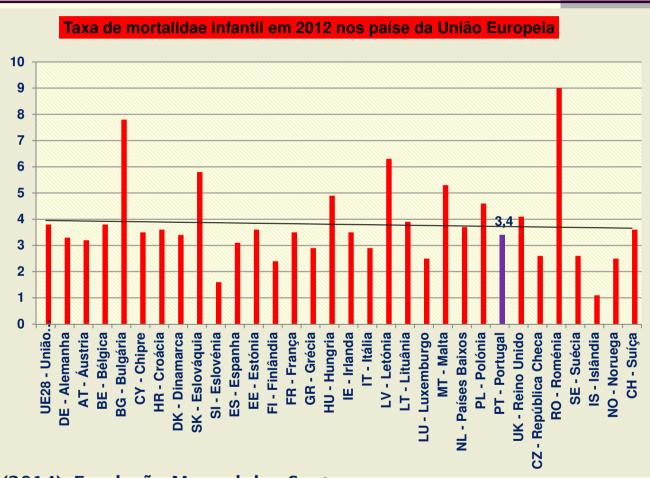




#### Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal







Pordata (2014). Fundação Manuel dos Santos

#### CONCEITOS UTILIZADOS

#### NADO-VIVO

O produto do nascimento vivo.

#### TAXA DE MORTALIDADE FETAL

Número de fetos mortos de 28 ou mais semanas observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas do mesmo período (habitualmente expressa em número de fetos mortos de 28 ou mais semanas por 1000 (10³) nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas).

#### TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 1 ano por 1000 (103) nados vivos).

#### TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL

Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos 3-09-2016 de crianças com menos de 28 dias de idade por 1000 (103) nados vivos).

#### TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL

Número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos com menos de 7 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas e óbitos de nados vivos com menos de 7 dias de idade por 1000 (103) nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas).

Também pode ser calculada usando como limite inferior do período fetal as 22 semanas completas de gestação.

#### TAXA DE NATALIDADE

Número de nados vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados vivos por 1000 (10<sup>3</sup>) habitantes).

# **Bibliografia**

Portugal. Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde (2014) Elementos Estatísticos - Informação Geral: Saúde. Lisboa