



O ano de 2006: uma análise crítica

João M Videira Amaral

Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Dona Estefânia

Esbocei este escrito nos últimos dias do ano de 2006, período propício para um balanço e reflexão sobre o que então se passou relativamente a alguns problemas da pediatria no nosso país.

Pondo a leitura em dia, passei em revista alguns livros, os grandes títulos e os conteúdos dos jornais e revistas actuais arquivados na minha biblioteca, incluindo a Acta Pediátrica Portuguesa (APP), assim como os boletins informativos do Instituto Nacional de Estatística (INE), da Direcção geral da Saúde (DGS) e da instituição onde trabalho.

Como médico e como pediatra, verifico que há boas notícias traduzidas, designadamente, pela melhoria dos indicadores de saúde na idade pediátrica (e não só) o que contribui para incrementar a auto-estima. Mas será que os números e as estatísticas, só por si, representam o panorama da saúde e o bem-estar da população pediátrica; ou não?

Como cidadão (e gera-se aqui uma ambivalência!) entendo que por detrás da realidade indiscutível dos números há outra realidade escondida que me preocupa. Em síntese, eis alguns aspectos de tal realidade, alguns dos quais – tenho a noção plena! – são polémicos:

1 - Medidas de planeamento e políticas de saúde e escolar

Argumentando a tutela a falta de sustentabilidade do serviço nacional de saúde, foram realizados cortes orçamentais na saúde para 2007 na ordem de 45 milhões de euros. O lema é gastar o menos possível com a saúde, o que tem repercussões negativas nos cuidados a prestar à população: uma parcela significativa desta pode ser discriminada, o que é contrário à filosofia de universalidade e gratuidade de cuidados que vem consignada na nossa Constituição.

Esta realidade é perfeitamente tipificada pelo plano de encerramento de serviços de urgência ou de atendimento permanente, hospitalares ou não, em cerca de 50% (de 73 para 41); estabelece-se, no meu entender, um equívoco, pois o panorama sócio-demográfico do *meio país* do litoral é completamente diferente do do *meio país* paralelo à fronteira de Espanha, desde Trás os Montes até ao Baixo Alentejo, passando pela Beira Interior.

Com efeito, trata-se de uma faixa desertificada com tendência para acentuação.

É certo que as vias de comunicação se modernizaram e a mobilidade está facilitada encurtando distância em certas zonas; no entanto, como diz JJ Castel-Branco da Silveira (clínico que por opção escolheu o interior que bem conhece e onde desempenha trabalho notável de serviço à comunidade na área da Gastrenterologia onde fez escola): “Com hora e meia de distância morre-se no caminho até atingir estradas principais...”¹. De facto, há aspectos que só poderão ser compreendidos por quem conhece os sítios mais recônditos e não por quem vive nos grandes centros e faz planos no mapa; à comissão técnica designada para estudo do problema e recomendações seria indispensável uma vivência real de situações durante algum tempo *in situ*. Como cidadão do interior, onde não vivo mas que conheço, posso testemunhar as vulnerabilidades do *meio país* interior que mereceria discriminação positiva.

Entendo uma reformulação do sistema de serviços de “urgência ou atendimento permanente” se for enquadrada numa reforma de fundo do sistema de saúde implicando, nomeadamente, um serviço eficaz de transporte para os centros de referência e um serviço domiciliário muito mais alargado do que o vigente. A propósito, caberá dizer que em países da União Europeia como a Bélgica, cerca de 50% dos actos médicos da medicina familiar são de tipo domiciliário, enquanto em Portugal tal modalidade de serviço é da ordem de 0,2%!

Falei atrás em discriminação positiva que o interior merecia. Efectivamente, considero que as medidas de “amputação” indiscriminada de serviços são paliativas: colmatando dificuldades a curto prazo com base na lógica e racionalidade dos números face à escassez de recursos, haverá que atender a repercussões de ordem demográfica a médio e longo prazo que acabam por agravar o desequilíbrio sócio-demográfico litoral-interior. Bastará tão-somente ler obras e estudos realizados por sociólogos e especialistas em demografia como Costa Pinto^{2,3} e Villaverde Cabral⁴ para compreender a necessidade de olhar para o futuro.

Recebido: 08.01.2007

Correspondência:

João M Videira Amaral
Clínica Universitária de Pediatria
Hospital de Dona Estefânia
E-mail: jmvamaral.ped@fcm.unl.pt

As reflexões feitas a propósito do encerramento de serviços de urgência aplicam-se perfeitamente à política de encerramento das escolas. Outros dados colhidos apontam para o encerramento de mais de 500 escolas em Trás-os-Montes, sendo que nos distritos de Vila Real e de Bragança tal cifra corresponde a quase 1/3 do total nacional de fechos no interior. Também aqui: menos gente nova, mais desertificação, menos futuro; diria, ciclo vicioso infernal. Será que os políticos estão interessados no futuro para os nossos descendentes? ⁵

2 - O funcionamento dos hospitais públicos

Com a passagem dos hospitais para o sistema de entidades públicas empresariais (EPE) assistiu-se em 2006, paulatinamente, à continuação do desmoronamento das carreiras médicas e à transição para o sistema de contratos individuais de trabalho. Acabando aquelas, põe-se fim a toda uma estrutura funcional que remonta ao pioneirismo da praxis nos velhos Hospitais Cívicos, e ao trabalho pioneiro de Jaime Celestino da Costa, Jorge Horta, António Galhordas e outros, consubstanciado no célebre Relatório Sobre as Carreiras Médicas que importa recordar aos mais novos ⁶.

Importa reflectir um pouco sobre este novo paradigma em desenvolvimento que tem obviamente repercussão na relação médico-doente e na orgânica da formação médica pós-graduada. Também aqui se estabelecem alguns (aparentes) paradoxos: com as chamadas empresarialização e contratualização (termos que efectivamente que fazem parte do léxico gestor para a saúde) são estabelecidos um plano de negócios e determinados objectivos no sentido de garantir a rentabilidade do médico contratado, exigindo-se máxima qualidade e máxima “humanização” para tratar o número máximo de doentes ao mais baixo custo e no mais curto espaço de tempo; ou seja, o médico deve ser mais rotativo, deverá ter formação adequada e, caso não cumpra, é despedido.

Mas não se definem objectivos no âmbito da formação nem da investigação.

Não discuto o pragmatismo deste novo paradigma que funciona ao estilo das empresas que não lidam com pessoas doentes, mas admito duas questões: poderá verificar-se alteração na relação médico-doente e haverá seguramente repercussões na formação pós graduada. Haverá, pois, que estabelecer um novo reordenamento e que acautelar a uniformidade dos programas de formação nas diversas vertentes no âmbito deste novo paradigma.

3 - Subespecialidades pediátricas

A criação pela Ordem dos Médicos de novas subespecialidades pediátricas levanta essencialmente três ordens de questões: a necessidade de criação de programas de formação legitimados pelos respectivos colégios já criados ou a criar, a relação institucional entre a pediatria geral e as referidas subespecialidades (num hospital com áreas especializadas e pediatria geral quais as atribuições dos subespecialistas e as dos pediatras gerais, isto é: “quem faz o quê?”) e as actuais necessidades de cuidados de saúde quanto a subespecialistas.

Aliás, entendo que o problema começa neste último ponto: as subespecialidades deveriam ser criadas em função das respectivas necessidades para a população pediátrica e, por consequência, o número de subespecialistas a formar e a colocar em função do que está (será que está?) definido quanto a número de unidades e de hospitais.

Ora, parece-me que se começou de modo perverso, pelo fim: criaram-se subespecialidades e titularam-se pediatras subespecialistas sem obediência a critérios ou em função de necessidades das unidades existentes, por sua vez criadas sem plano global nacional.

Assim, considerando o país global, corre-se o risco de criação de excesso de subespecialistas em detrimento da pediatria geral que se vai esvaziando.

Para quando a carta hospitalar nacional para a pediatria e subespecialidades?

4- As maternidades que ainda não encerraram

O ciclo de encerramento de maternidades (segundo critério utilizado há cerca de 20 anos) não ficou ainda completo em 2006. Restam algumas que permanecem em estado de indefinição há vários meses o que cria instabilidade nas respectivas equipas de perinatologia, que investiram muito nas instituições que têm servido. O exemplo paradigmático é o caso das três maternidades da Beira Alta interior e Beira Baixa (Guarda, Covilhã e Castelo Branco). Será que a estratégia da tutela é estar à espera que médicos obstetras, pediatras neonatologistas e outros profissionais desistam e, por cansaço, emigrem, levando à autodestruição dos referidos serviços de perinatologia?

Relativamente a esta questão, tem perfeito cabimento o que atrás foi dito a propósito dos serviços de urgência do interior.

5 - Instituições privadas de saúde

Os hospitais privados na capital multiplicam-se. Tal panorama neste mundo global traduz duas realidades: a Medicina actual comporta custos vultuosos para o prestador tradicional – o Estado-providência – contribuindo para que este delegue noutras instituições a prestação de cuidados; por outro lado as empresas encontram na Medicina uma área de negócio atractiva; contudo, as instituições de saúde privadas terão necessariamente que recrutar médicos a partir duma fonte – os hospitais do Estado.

Que repercussões?

Neste sistema de “vasos comunicantes” o sector público corre o risco de ficar despojado de elementos-chave (chefias) sendo que a recente proposta de lei, ao ser aprovada, inviabilizaria a acumulação de funções em diferentes instituições.

Por outro lado, estando classicamente os hospitais públicos aptos a prestar cuidados mais diferenciados, e os privados vocacionados para situações mais rentáveis economicamente, haverá tendência para transferir os casos difíceis e onerosos para o sector público, o que já hoje se verifica com frequência.

Gera-se, pois, um desequilíbrio que comporta riscos.

6 - Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secções, formação e investigação

Não desejo terminar sem palavras de regozijo e de esperança depois da anterior expressão de ideias (a expressão *brainstorming* que significa produção de ideias é traduzida pelos nossos amigos brasileiros como “tempestade de ideias”). Não se trata de ironia...

O último tópico a abordar diz respeito ao importante e crucial papel das Direcções das Secções da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) incluindo a da Sociedade-mãe, no que respeita designadamente aos seguintes aspectos que considero representativos duma verdadeira “cidadania científica”: instituição de bolsas de estudo para estágios de internos em instituições no estrangeiro (fundamental e salutar pela possibilidade de novas experiências, e de diferentes vivências favorecendo intercâmbio); e de prémios para galardoar estudos de investigação mediante candidaturas. Eu mesmo tive o grato prazer de presidir a dois júris criados respectivamente pelas Direcções da SPP e da Secção de Neonatologia para análise e selecção de projectos. Considero importante realçar

estes factos pela inovação e pelo impacte positivo que terá no futuro se for continuado.

Se anteriormente afirmei: “menos gente nova, menos futuro”, digo agora: gente nova e investigação, mais futuro e mais progresso!

Referências

1. Castel-Branco Silveira JJ . Entrevista. Jornal do Fundão 2006; 61(3145-23 Nov):22-3.
2. Costa Pinto A (ed.). Portugal Contemporâneo. Lisboa: Dom Quixote, 2004.
3. Pinto C (ed.). Século XXI- Perspectivas. Lisboa: Câmara Municipal da Covilhã -Editorial Presença, 2004.
4. Villaverde Cabral M, Silva PA, Mendes H. Saúde e Doença em Portugal. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.
5. Videira Amaral JM. Escolas e Maternidades, as mesmas soluções paliativas. Carta ao EXPRESSO 2006 (1744-1 Abril):p26.
6. Horta JS, Aroso A, Fonseca AF, Galhordas A, Costa J C, Mendes M *et al.* Relatório sobre as Carreiras Médicas. Lisboa: Ed. Ordem dos Médicos, 1961.