

Nascer Fora dos Grandes Centros

Os Riscos, as Opções Políticas e as Implicações Futuras

JOÃO M. VIDEIRA AMARAL

*Clínica Universitária de Pediatria / Hospital de Dona Estefânia
Faculdade de Ciências Médicas / Universidade Nova de Lisboa*

Resumo

Summary

Planear a localização de maternidades ou de centros perinatais é uma tarefa complexa. Um dos pressupostos é ter em conta o serviço a prestar à comunidade onde estão inseridos. Portugal é um país curioso com uma distribuição da população desequilibrada. É mais povoado junto à costa atlântica em contraste com os distritos do interior junto à fronteira, menos desenvolvidos e desertificados.

No âmbito do programa da comissão de saúde materno-infantil, desde 1980 que sem tem processado um programa de desenvolvimento em várias fases com o objectivo de melhor assistência perinatal. Desse programa faz parte o encerramento de maternidades com menos de 1500 partos por ano. Ao cabo de cerca de 20 anos foram obtidos resultados muito significativos, colocando Portugal na linha da frente dos países com melhores indicadores.

Actualmente discute-se nova fase do programa que prevê o encerramento de mais maternidades com as características atrás expressas. Acontece que a maioria das maternidades em tais condições estão localizadas no interior, em zonas desertificadas e altamente deprimidas.

Neste artigo o autor com base na sua experiência discute alguns tópicos relacionados com tal opção, definindo um conjunto de critérios que deverão ser tidos em conta relativamente à opção de manter determinada maternidade em detrimento de outras. A propósito, chama a atenção para a necessidade de sistema de transporte autónomo e eficaz e da colaboração efectiva entre os hospitais-maternidade e os centros de saúde na perspectiva de uma assistência eficaz e efectiva à comunidade.

Palavras-Chave: recém-nascido, gravidez, níveis de cuidados, transporte, regionalização perinatal

Delivering Babies at Peripheral Regions; Risks, Political Options and Further Implications

Planning the location of maternities or perinatal centers is a complex task. One of the prerequisites is to have a clear perception of their role within the community it serves.

Portugal is a peculiar country, overcrowded in population close to the atlantic coast in contrast with the inner underdeveloped districts close to Spain.

Since 1980, during the first phase of a developing program, among several strategies, regionalized systems have been achieved throughout the country leading namely to the closing of most of the maternities with less than 1500 deliveries per year. The success of this program has been shown by improvements in perinatal mortality and morbidity.

Currently a newer phase of that program is being discussed and there has been some controversy related to the next closing of maternities delivering less than 1500 babies per year and therefore considered suboptimal. Most of these maternities are located on the inner underpopulated districts close to the border of Spain.

This paper describes the author's opinion about the options related to maintaining or closing maternities, taking into account his experience. Some issues have been discussed about the features the remnants should have (more central location, staff competency and facilities). The need for a very efficient and autonomous transportation system is emphasized.

At last, it is hoped that the prerequisites the author proposes will promote a dialogue between the parties involved in the delivery of perinatal care and that talks will be designed to help in achieving the most effective and efficient service to the community.

Key-Words: newborn, pregnancy, levels of care, transportation, perinatal regionalisation

O País Real

Portugal é um país curioso. Durante décadas uma parcela significativa da população emigrou para países

Correspondência: João M. Videira Amaral
Rua do Lobito, lote 74
2775 229 Parede
facsimile : 21 458 18 72
jmvamaral@mail.telepac.pt

com mais expectativas e outra parcela deslocou-se para os grandes centros da faixa do litoral por este ser mais atractivo.

Ou seja, por circunstâncias diversas, sempre foi tradicional os políticos, os empresários e os investidores propiciarem mais incentivos junto à costa sobretudo em torno das grandes urbes de Lisboa e Porto, o que tem contribuído a desertificação do interior. Promessas eleitorais aqui e ali, e o resultado está à vista: o nosso território continental está desequilibrado, desarmónico e ecologicamente errado. Comparando-o grosseiramente a um barco pela forma rectangular, ele está desequilibrado, pois pende para um dos lados pelo maior peso da sua população. Um “barco” nestas condições não tem rumo certo e corre o risco de se afundar.

Com o tempo, face a esta realidade, têm sido adoptadas soluções de curto e médio prazo sem resolverem as questões de fundo, na perspectiva de um desenvolvimento estável. A lógica seria (se houvesse vontade política) definir estratégias para reverter o desequilíbrio e repor a harmonia demográfica. Consequência: menos gente, logo, menos escolas, menos comércio, menos investimento na agricultura, menos incentivos para as pessoas se agarrarem à terra e daí tirarem frutos. Logo, fraca ou nula produção agrícola, menos indústria, menos necessidade de gente... É o ciclo vicioso dramático que todos conhecemos.

Juscelino Kubitchek com a sua grande visão de distância e de futuro, criou a cidade de Brasília num país com dimensão de continente, precisamente numa tentativa de atrair população para viabilizar o desenvolvimento.

Vem este escrito a propósito de recentes notícias trazidas pela imprensa com referência ao presumível encerramento de algumas maternidades do país com escasso movimento de partos, inferior a 1500 por ano, localizadas fora dos grandes centros e confinadas sobretudo à “metade” leste do interior, próximas da fronteira do país vizinho. As respectivas imprensas regionais, a este propósito, têm veiculado reivindicações de poderes locais e de médicos ligados às instituições em vias de serem “expoliadas” de maternidade, clamando pelo serviço público de “parto à porta de casa”.⁽¹⁻³⁾

As reflexões que se seguem deverão ser entendidas como um dever de cidadania de um pediatra, por um lado preocupado com os problemas que afectam o país e as zonas mais periféricas e desfavorecidas do interior, mas igualmente sensibilizado, por dever de ofício, para os problemas da saúde infantil cuja meta última é a garantia dum futuro de qualidade para os pequenos cidadãos inseridos no meio social e familiar os quais são, afinal, o futuro do nosso país .

As Condições do Nascimento e a Evolução dos Indicadores de Saúde

Efectivamente, em determinados contextos da saúde, certas medidas de reestruturação como aquelas que se configuram, não deverão ser consideradas redutoras, porquanto, mais importante que as estruturas em si, é o modo de funcionamento de todo o sistema que integra as mesmas, e para o qual são decisivos a qualidade e o número adequado dos profissionais envolvidos .

Na maior parte dos países europeus tem-se assistido, com efeito, ao encerramento de hospitais antigos substituídos por menor número de hospitais mais modernos na mesma região face à evolução das modernas estratégias de prevenção (secundária e terciária), de tratamento, e ao desenvolvimento das tecnologias de imagem e de comunicação à distância de que é exemplo a telemedicina.⁽⁴⁻⁶⁾

De facto, nos países que servem de paradigma do desenvolvimento na área da saúde, mais de 50% dos hospitais trabalha hoje em rede e não isoladamente, explorando as potencialidades de cada um para uma articulação de complementaridade “inteligente” englobando recursos humanos e materiais.⁽⁷⁻⁹⁾

A Saúde, muito mais que qualquer outro sistema social, exige a aplicação de conhecimentos científicos os quais deverão ser aplicados através de meios pragmáticos ao serviço da comunidade, o que pressupõe esquemas de intervenção correctos e adaptados às realidades.^(5,6,8)

Há três critérios clássicos utilizados para aferir o progresso e desenvolvimento de cada país – a capitação do produto nacional bruto(PNB), o poderio militar e as taxas de mortalidade das crianças, respectivamente com menos de 1 ano e menos de 5 anos.⁽⁸⁾

A taxa de mortalidade infantil(TMI) corresponde ao número de óbitos de crianças com menos de um ano por cada 1000 nascidas vivas.

A taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) representa o número de óbitos de menores de 5 anos por 1000 nado-vivos. A UNICEF escolheu precisamente a TMM5 como o principal indicador de desenvolvimento social e global porque a mesma afere a saúde materna e infantil e reflecte componentes do desenvolvimento tais como rendimento, disponibilidade de alimentos, habitação, água potável, saneamento, níveis de alfabetização e serviços sociais.⁽¹⁰⁾

A TMI é, no entanto, o indicador mais utilizado para reflectir o panorama da saúde infantil dum país ou duma região, traduzindo não só as condições do desenvolvimento social e económico, mas também a adequação e a qualidade dos serviços de saúde. A referida TMI é analisada, geralmente em função de duas componentes: a mortalidade neonatal (que se refere aos óbitos de crianças com menos de 28 dias ou recém-nascidos) e a mortalidade pós-neona-

tal, relativa aos óbitos de crianças com idade compreendida entre os 28 dias de vida e menos de um ano de vida.

A mortalidade neonatal encontra-se associada a defeitos congénitos da criança ou a complicações da gravidez e do parto, enquanto a mortalidade pós-neonatal encontra-se associada às condições de vida, a deficiências sanitárias e a acidentes diversos.^(10,11)

Cabe referir, a propósito, a elevada comparticipação da mortalidade do recém-nascido na globalidade da TMI. Estes números são elucidativos: cerca de 70% dos óbitos infantis verificam-se nas primeiras quatro semanas de vida (dos quais mais de metade nos primeiros dias) e os restantes 30% entre as 4 semanas de vida e o dia do primeiro aniversário.

Durante muitos anos foi “tradicional” termos as piores TMI da Europa sendo de realçar que alguns progressos realizados com os anos estavam relacionados apenas com a componente entre os 28 dias de vida e o 1 ano de idade.

Em 1985 Portugal registava ainda a mais elevada TMI na Europa (17,8/1000). Nesse ano a média europeia situava-se nos 9,5/1000.

Em 2001, ano em que a média europeia se situava em 4,6/1000, Portugal registou uma TMI de 5/1000. Passou, assim, a deixar de ocupar o último lugar dos países comunitários e a registar uma situação mais favorável que a Grécia, Luxemburgo, Irlanda, Reino Unido, Holanda e em ex aequo com a Bélgica.⁽¹¹⁾

Este progresso que englobou também a componente de mortalidade dos primeiros dias de vida, levou a Organização Mundial de Saúde a classificar o nosso sistema de saúde em 12º lugar entre mais de 300 países.⁽¹²⁾

É perfeitamente lógico que qualquer cidadão não ligado às questões da saúde infantil tenha curiosidade em saber a chave do êxito que estes números traduzem. Como é que Portugal ultrapassou países como a Holanda e Reino Unido, por exemplo e ficou tão próximo dos melhores? Será que o panorama é para continuar ou poderemos regredir? Terão sido a melhoria das condições de vida da população que propiciaram estes resultados? Construíram-se mais e melhores hospitais e mais e melhores maternidades? A organização dos cuidados à grávida e recém-nascido terá tido alguma importância na evolução destes indicadores?

As Medidas Tomadas

Com efeito, em Portugal desenvolveu-se desde 1990 um plano assistencial aplicado a grávidas e a recém-nascidos de acordo com um programa elaborado por comissões de peritos e desenvolvido em diversas fases. Tal programa conduziu à aplicação dum conjunto de estratégias de que havia experiência em países com longa tradição de quali-

dade assistencial, traduzida em elevados índices de sobrevivência e de qualidade de vida de crianças acabadas de nascer.^(12,13)

As referidas comissões de peritos englobando diversos especialistas (com especial destaque para os de medicina materno-fetal e de perinatologia /neonatologia), definiram um conjunto de princípios e estratégias com garantia de aplicação efectiva depois de terem percorrido todo o país para o correcto levantamento de problemas a resolver. Tais peritos confrontaram-se com as realidades: recursos humanos escassos e movimento de partos a decair nalgumas regiões.

Eis alguns dos aspectos que logística e funcionalmente permitiram reverter os indicadores de saúde a que nos referimos para garantir o nascimento seguro.

- Equipa médica de obstetras de modo a permitir a presença física permanente 24 horas por dia, 365 dias por ano, viabilizando a realização de actos operatórios.
- Equipa de pediatras com experiência em neonatologia permitindo, em rotação, a presença física permanente 24 horas por dia, 365 dias por ano na sala de partos sempre que solicitado.
- Disponibilidade de anestesista em período não superior a 30 minutos
- Laboratório de análises de apoio permanente, 24/24 horas, com a possibilidade de realização de análises correntes no âmbito da obstetrícia e neonatologia.
- Serviço de transfusão de sangue de apoio permanente, 24 horas/24 horas
- Garantia de disponibilidade de um técnico(médico ou enfermeiro) devidamente capacitado para realizar reanimação nos casos complicados, muitas vezes surgindo de modo imprevisível.
- Criação de estruturas funcionais de ligação (médicos e enfermeiras e outros) entre os hospitais e os centros de saúde – as chamadas unidades coordenadoras funcionais, – realçando-se o papel fulcral do médico de família/clínico geral no seguimento e apoio clínico a grávidas, e no seu encaminhamento atempado para os hospitais com maternidade, sempre que indicado.
- Reforço da ideia do chamado “transporte in útero”: a melhor incubadora de transporte é o útero da mãe; ou seja, em situações de detecção de risco na gravidez, a grávida deverá ser encaminhada “atempadamente” para a estrutura assistencial com capacidade logística para a resolução do problema previsto no bebé que está para nascer. Tal pressupõe um esquema padronizado de consultas durante a gravidez.
- Encerramento de maternidades com movimento inferior a 1500 partos/ano, ressalvadas situações especiais resultantes de determinantes geográficas, tradicionais ou outras.^(12,13)

Esta última estratégia foi de facto aplicada com algu-

mas raras excepções. Considerada aparentemente a mais polémica e impopular, ela contém uma ideia-chave que tem sido ponto de honra nos países paradigmáticos de vanguarda: com poucos partos em muitas maternidades dispersam-se recursos materiais e humanos, não permitindo a verificação das condições a que atrás aludimos, o que irá comprometer a qualidade da assistência entrando em acção o ciclo vicioso (menos movimento, menos recursos, menor qualidade ou impossibilidade de aplicar os critérios de qualidade; menos experiência, menos oportunidades de treino e formação, maior risco, maior probabilidade de complicações para a mãe e filho, maior probabilidade de sequelas, maior peso para a sociedade, maiores custos). Nos primeiros momentos de vida os minutos contam e um minuto perdido em medidas a tomar ou a ausência de medidas não tomadas nos primeiros minutos terão seguramente consequências sérias para o resto da vida. Ou seja, sem um conjunto de condições mínimas o nascimento comporta muitos riscos.⁽¹⁴⁾

Estima-se que em 10% dos partos realizados em Portugal anualmente não se verificam ainda os requisitos atrás definidos para garantir a qualidade assistencial com garantia de segurança para evitar situações de risco e complicações futuras.

De acordo com dados disponíveis, entre as 51 maternidades actualmente activadas, 19, ou seja 37%, têm um movimento inferior a 1500 partos por ano.⁽¹⁵⁾

Medidas a Tomar e Implicações Futuras

Na fase actual e na iminência da execução das medidas anunciadas, entendo que deverão ser tidos em conta alguns aspectos relevantes, pois a realidade actual é algo diversa da verificada há uns anos atrás:

- Os indicadores de saúde perinatal, tiveram uma evolução favorável na generalidade das regiões inclusivamente nas instituições “a abater”; espera-se, por isso, que em cada instituição tenha sido analisada exaustivamente a relação entre “risco em nascer” por défice de condições mínimas e evolução regional dos indicadores;
- Especificidades relativamente ao interior e às regiões mais periféricas do interior (que correspondem na prática a metade do país sob o ponto de vista territorial (a “fatia” longitudinal confinando com a fronteira com Espanha) onde estão localizadas quase todas as maternidades “a abater”. Trata-se dum área altamente deprimida, com acessos mais difíceis;
- No âmbito do plano anterior de encerramento de há anos, o número de maternidades encerradas estava mais disperso pelo país e com maior proximidade dos grandes centros;
- O plano que se avizinha, se não atender a especifici-

dades, mas tão somente ao número de partos praticados como critério, é susceptível de provocar os chamados “efeitos não pretendidos” como afirma o sociólogo Vilaverde Cabral⁽¹⁶⁾ com consequências gravosas: a despromoção indiscriminada das instituições de saúde em zonas deprimidas desencoraja a implantação de populações mais jovens agravando a desertificação e acentuando o desequilíbrio a que atrás aludi, agudizando a crise económica. Daí a grande responsabilidade dos peritos e dos decisores políticos.

De acordo com normas internacionais que têm a ver com regionalização de cuidados assistenciais, haverá pois que atender a um conjunto de condições para garantia da efectividade das maternidades “eleitas” ou “não abatidas”:

- Garantia de equipas médica obstétrica e pediátrica e de enfermagem com número de elementos compatível com assistência permanente
- Centralidade da localização ou equidistância das zonas mais periféricas;
- Modernidade de instalações e equipamento tendo em consideração a eventual necessidade de prestação de cuidados intensivos enquanto se aguarda o transporte para o centro.
- Garantia concomitante de capacidade formativa e de investigação na área biomédica.
- Disponibilidade dum sistema de transporte com ambulâncias que propiciem cuidados intensivos à grávida e ao recém-nascido com médicos e enfermeiros treinados para evacuação, em tempo oportuno, de grávidas das localidades mais afastadas para a maternidade periférica. (sistema de transporte privativo do hospital-maternidade para serviço centrípeto).
- Disponibilidade dum ambulância semelhante às do “INEM-Recém-Nascidos” que existem em Lisboa, Porto e Coimbra, com médico e enfermeira dependente dum dos hospitais-maternidade periférica, permitindo continuidade da assistência de tipo intensivo na hipótese de estar indicada a transferência do hospital-maternidade para hospital central. (sistema de transporte privativo do hospital maternidade periférico para serviço centrífugo) As características do “meio-país” do interior implicarão esta especificidade do sistema de transporte não dependente, como até aqui, do transporte em ambulância com sede nos centros mais diferenciados perto do litoral, o que poupará tempo e garantirá maior eficiência e eficácia. Isto, claro, na hipótese de não se adoptar a via aérea, o que implica a maior proximidade de aeródromo.
- Necessidade de informar a população sobre as condições de segurança ao nascer para o que se torna imprescindível obter a colaboração, designadamente, dos médicos de família e das equipas de enfermagem

no âmbito dos centros de saúde onde são assistidas grávidas.⁽¹⁷⁾

É igualmente importante que as forças vivas sejam esclarecidas pelos técnicos e peritos e que estes visitem os centros de saúde mais periféricos para além das visitas às maternidades cuja manutenção se discute com o objectivo de análise das realidades locais, percorrendo estradas “reais” de ligação aos eixos das vias rápidas entretanto construídas.

Espera-se, enfim, que haja bom senso por parte da tutela nas decisões a tomar, tendo em consideração as especificidades das regiões mais periféricas do interior. É, por isso, desejável encontrar soluções inovadoras com o contributo consensual de todos os médicos obstetras e pediatras dos hospitais assim como dos médicos de família e outros profissionais da área da saúde materno-infantil dos centros de saúde, visando obter as melhores condições que garantam o nascimento em segurança no nosso país, sem assimetrias nem inequidades para os cidadãos.⁽¹⁷⁾

Bibliografia

1. Jornal do Fundão 2004; 12 Novembro
2. Público 2004;30 Outubro
3. Expresso 2004; 20 Novembro
4. Caetano E. O internamento em hospitais - elementos tecnológicos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002
5. Antunes MJ.A doença da saúde-serviço nacional de saúde:ineficiência e desperdício. Lisboa: Quetzal Editores,2001
6. Justo C. Saúde - uma utilidade sem valor de troca- introdução ao estudo da análise económica das tecnologias da saúde. Porto: Campo das Letras -Editores AS, 2002
7. Barroso E. A complementaridade das instituições. Diário de Notícias 2004; 18Out
8. Gonçalves-Ferreira FA. Política de saúde e serviço nacional de saúde em Portugal Lisboa: Ed Biblioteca Ciência-Progresso-Cultura, 1995
9. Sakellarides C. Hospital, que futuro?. *Tempo Medicina* 1996; 22 Julho
10. Carvalho MCA. Saúde Infantil em Portugal. *Saúde Infantil* 1988; 10:5-21
11. Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas vitais. www.ine.pt 2003
12. Grupo do Registo Nacional do Recém-Nascido de Muito Baixo Peso. Nascer Prematuro em Portugal-estudo multicêntrico nacional 1996-2000. Porto: Fundação Bial,2002
13. Comissão Nacional para a Saúde Materno-Infantil. Lisboa: Ministério da Saúde, 1989
14. Kurjak A. Textbook of Perinatal Medicine. London: *The Parthenon Publishing Group*,1998
15. Peixoto JC. Comunicação pessoal-dados não publicados. Coimbra, 2004
16. Villaverde Cabral M, Silva PA, Mendes H. Saúde e doença em Portugal. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais/Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2002
17. Amaral JMV. Nascer aqui. *Jornal do Fundão* 2004; 59 (29 Outubro)