

- **O Conselho de Reflexão sobre a Saúde** composto por:

- Daniel Serrão – Presidente
- Alexandre Abrantes
- António Barros Veloso
- Guilherme Oliveira
- José Manuel Moreira
- Manuel Delgado
- Mariana Diniz de Sousa

fez um relatório sobre **O Sistema de Saúde Português**:

Com a Constituição da República aprovada em 1976, todos os cidadãos portugueses passaram a ter direito à protecção da saúde através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito (artigo 64.º).

Tal modelo e os seus instrumentos práticos, foram posteriormente definidos através da lei n.º 56/79 de 15 de Setembro (Lei do Serviço Nacional de Saúde).

Na revisão constitucional de 1989 a gratuidade passou a ser tendencial o que, salvo melhor opinião, significa que as prestações de saúde não estão sujeitas, em geral, a qualquer pagamento no momento de utilização. (Canotilho, Vital Moreira, 1993)

Ancorado, assim num S.N.S., ao qual todos têm acesso tendencialmente gratuito, para receber a prestação de cuidados globais de saúde de que necessitam, o sistema de saúde português manteve e desenvolveu, paralela ou complementarmente, subsistemas parapúblicos e privados de protecção na doença (ADSE, Forças Armadas, SAMS, EDP, CTT, TLP, Telecom, TAP, Caixa Geral de Depósitos, Seguros Comerciais, etc.) e, ainda, admitiu sempre o regime liberal de prestação de cuidados.

Ou seja, se por um lado todos os cidadãos têm o direito à saúde, assegurado através do S.N.S., podem, por outro lado, aderir a outras modalidades de seguro na doença, duplicando ou complementando benefícios, ou, pura e simplesmente, pagar directamente os cuidados recebidos, de prestadores privados ou públicos.

Analisando a oferta de cuidados de saúde, verificamos a existência de três tipos de organizações e de prestadores: ⁽¹⁾ Públicos, geralmente integrados na rede de órgãos e serviços do S.N.S.; ⁽²⁾ Privados com fins lucrativos; ⁽³⁾ Privados com fins de solidariedade social, em que historicamente se destacam as Misericórdias e as Ordens Religiosas. Refira-se que as entidades privadas e as profissionais livres podem estabelecer acordos de prestação com o S.N.S., constituindo, assim, o «Sistema (público) de Saúde» (cf. Lei de Bases da Saúde, n.º 48/90 de 24 de Agosto, na sua base XII).

O financiamento do S.N.S. é, no essencial, feito através do Orçamento do Estado, podendo ainda os respectivos serviços e estabelecimentos cobrar receitas próprias (taxas moderadoras, quartos particulares, facturação a terceiros responsáveis, etc.), de acordo com o previsto no n.º 2 da base XXXIII da supracitada Lei de Bases da Saúde.

Podemos, em síntese, encontrar no sistema português: ⁽¹⁾ um regime de financiamento e prestação pública de cuidados de saúde; ⁽²⁾ um regime de financiamento público com prestação privada; ⁽³⁾ um regime de financiamento privado com prestação pública; ⁽⁴⁾ um regi-

me de financiamento privado com prestação privada, o que ilustra bem a flexibilidade e interpenetração dos diferentes subsistemas e, notoriamente, entre público e privado. (Campos, 92)

A seu tempo iremos analisar a importância económica desses fluxos e a realidade complexa do nosso sistema de saúde.

Tomando por base a evolução da população portuguesa verificada nos últimos 20 anos (1973-1993), podemos constatar um significativo aumento na primeira década (17%) e uma estagnação, ou até um ligeiro decréscimo na última década (-2%).

Se considerarmos que o número de nascimentos diminuiu no conjunto das duas décadas cerca de 34% (uma evolução que se revela regular e consistente) e que o número de óbitos aumentou cerca de 11%, designadamente por força do acentuado crescimento verificado entre 83 e 93 (10%), facilmente nos apercebemos de que foram movimentos migratórios que proporcionaram o aumento populacional. De facto, foi no fim da década de setenta que se registou o regresso maciço de residentes nas ex-colónias, facto que, associado à estagnação da emigração, contribuiu para um saldo migratório favorável, contrário ao verificado até então.

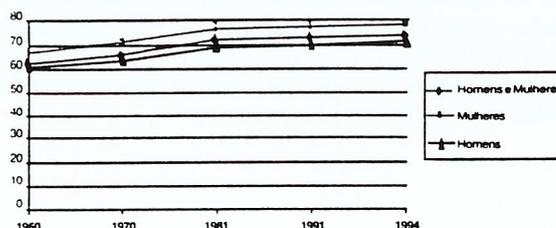
Complementarmente, a população portuguesa tem envelhecido de forma evidente e sustentada: mais cerca de 60% de pessoas acima dos 65 anos nos últimos 20 anos e um peso relativo de 14% em 1993. Por outro lado, o contingente de idosos com 75 e mais anos, no conjunto da população com 65 e mais anos é, já hoje, superior a 65% contra 45% em 1970 e 52% em 1981. (Rosa, 1996)

Comparativamente à população jovem (0-14 anos), a população com 65 e mais anos que, em 1970, representava apenas 34%, passou em 1991 a representar já mais de 68%, o que revela bem a importância crescente da população idosa no contexto da população «inactiva» ou «dependente», e os novos desafios que se nos colocam em termos sociais, económicos e sanitários. (Rosa, 1996)

Para este envelhecimento sustentado da população, contribuem, em síntese, duas ordens de razões:

- a) O aumento da esperança de vida à nascença e, principalmente, nas idades acima dos 65 anos.

ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA
Portugal. Evolução 1960 - 1994



**ESTATÍSTICAS DEMOGRÁFICAS
PORTUGAL
(1973 - 1993)**

ANOS		1973	1983	1993	1973-93
POPULAÇÃO	Milhões índice	8.6 (100)	10.0 (117)	9.9 (115)	+15%
NADOS-VIVOS	Milhares índice	172.3 (100)	144.3 (84)	114.0 (66)	-34%
MORTALIDADE TOTAL	Milhares índice	95.4 (100)	96.4 (101)	106.4 (111)	+11%
POPULAÇÃO C/ 65 E MAIS ANOS	Milhares índice %	858 (100) 10.0	1181 (138) 11.8	1342 (156) 13.6	+56%

FONTES: INE, Estatísticas Demográficas, 1973, 83, 93

Entre 1970 e 1994 a primeira passou de 67.5 anos para 74.4 anos e a segunda entre 1962 e 1991, aumentou de 13 para 15 anos para os homens e de 15 para 17 anos para as mulheres. (Rosa, 1996)

b) A diminuição significativa da natalidade, traduzida pela quebra do índice sintético de fecundidade¹ (de 2.76 em 1970 para 1.51 em 1990) e da taxa bruta de natalidade (de 20.0 ‰ para 11.8 ‰, nos mesmos anos). (Ferrão, 1996)

Se a primeira razão tem basicamente a ver com questões de desenvolvimento económico e melhoria das condições de saúde, a segunda razão terá muito mais a ver com factores de natureza cultural, mudança de estilos de vida e a assumpção de novos comportamentos.

Indicadores de Saúde

Os indicadores sobre a evolução da saúde de uma população tratam, não só o efeito da política e dos programas desenvolvidos no sector, mas sofrem também o impacto, positivo ou negativo, de outras políticas sectoriais (na economia, na educação, nos transportes, na habitação, no ambiente, etc.) e de novos estilos de vida, em síntese do desenvolvimento sócio-económico entretanto em curso.

Não é fácil discriminar com rigor, o contributo das causas endógenas e exógenas para a evolução dos indicadores de saúde, pelo que é com alguma cautela e ponderação que passamos à análise dos resultados em saúde ocorridos nas duas últimas décadas.

a) A esperança de vida

É um dos indicadores que mais reflecte o impacto das «externalidades» do desenvolvimento. Entre 1970 e 1994, os homens ganharam mais 7 anos de vida (64.2 para 71.29) e as mulheres, desde logo com alguma vantagem, ganharam mais 7.4 anos (70.8 para 78.2) (Barreto e Preto, 1996).

¹ Número médio de crianças por mulher, no termo do ciclo de fertilidade, mantendo-se estável o padrão de fecundidade.

b) Mortalidade infantil e peri-natal

São também, claramente, indicadores de desenvolvimento e, no caso português, reveladores de uma evolução fortemente positiva.

Tomando por base os anos de 1973 e 1994, verificamos que a mortalidade infantil passou de 44.8‰ para 7.9 ‰, enquanto que a mortalidade perinatal evoluiu de 33.0 ‰ para 10.1 ‰.

Mortalidade Infantil e Perinatal Portugal (1973-94)

(Em ‰)

(ANOS)	1973	1983	1993	1994
MORTALIDADE INFANTIL	44.8	19.2	8.6	7.9
MORTALIDADE PERINATAL	33.0	18.4	10.1	10.1

FONTES: INE, Estatísticas de Saúde, 1973, 83, 94
OECD - Health Systems, Facts and Trends, 1996-1991 (Paris, 1993)
DEPS «A Saúde em Portugal», 1996

Na «Europa dos 12», tais valores, apesar de continuarem a ser dos mais elevados (a priori posição para a mortalidade infantil e a 3.^a pior para a mortalidade perinatal) representam um esforço de aproximação que não nos deslustra. (DEPS, 1996)

c) Partos ao domicílio e partos sem assistência

São indicadores claramente ligados ao sistema de saúde e concretamente à oferta de cuidados na área obstétrica.

Entre 1973 e 1993 o número de partos ocorridos fora das instituições de saúde evoluiu de cerca de 50% para apenas 1.7%, o que significa que hoje em dia, não há, praticamente, nascimentos no domicílio.

Em 1973, mais de 20% dos nascimentos ocorriam sem assistência de qualquer técnico de saúde. Em 20 anos tal situação ficou completamente resolvida, já que apenas se regista um valor residual de 0.2%.

INDICADORES DE SAÚDE INFANTIL
- EUROPA 1993 -

PAÍSES	Port.	Alem.	Bel.	Din.	Esp.	Fra.	Gre.	Hol.	Irl.	Ital.	Lux.	RU
MORT. INFANTIL	8.7	5.8	8	5.4	6.9	6.4	8.5	6.3	6	7.3	6	6.3
MORT. PERINATAL	10.2	5.4	8.3	5.4	7.3	7.7	10.9	9.1	9.3	10.4	6.3	9.1

FONTE: DEPS, 1996

Estes indicadores, representando provavelmente o maior sucesso no conjunto de programas desenvolvidos na área da saúde, têm, como é óbvio, um impacto evidente, ainda que não rigorosamente quantificável, quanto à esperança de vida à nascença, à qualidade de vida dos recém-nascidos e à saúde materna.

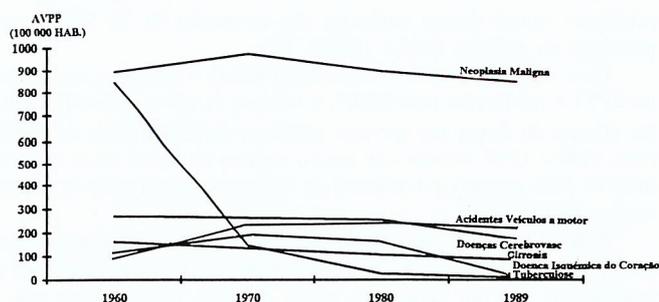
PARTOS NO DOMICÍLIO E PARTOS SEM ASSISTÊNCIA - PORTUGAL (1973-93)

(Em %)

ANO	TOTAL	PARTOS DE DOMICÍLIO	PARTOS SEM ASSISTÊNCIA
1973	100	47.9	20.3
1983	100	19.4	1.8
1993	100	1.7	0.2

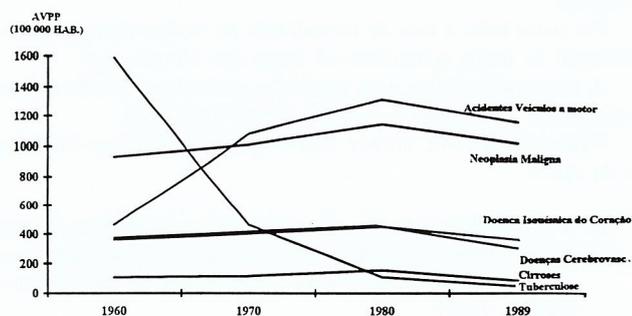
FONTES: INE, Estatísticas da Saúde, 1973, 83, 93

ANOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS
(MULHERES, 0-64 ANOS)



FONTE: OECD HEALTH SYSTEMS, FACTS AND TRENDS, 1960-1991, PARIS

ANOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS
(HOMENS, 0-64 ANOS)



FONTE: OECD HEALTH SYSTEMS, FACTS AND TRENDS, 1960-1991, PARIS

Um dos indicadores mais frequentemente utilizados para se analisar o estado de saúde de uma população é o que soma os anos de vida perdidos até à terceira idade (65 anos), ou seja, os anos de vida que faltariam entre a idade em que o óbito ocorre e os 65 anos (anos de vida potencialmente perdidos).

Nos homens, a principal razão para a perda de anos de vida são os acidentes de viação com veículos a motor, fenómeno que se agravou significativamente entre 1960 e 1980 e que registou, a partir dessa altura, um ligeiro amortecimento.

Também significativo é o peso das neoplasias malignas, responsáveis ainda por cerca de 1000 anos perdidos por 100.000 habitantes, registando-se todavia um ligeiro retrocesso a partir de 1980.

No sentido inverso, note-se a evolução positiva quanto à tuberculose: em 1960 era, destacadamente, a principal causa de anos perdidos para os homens com menos de 65 anos e na actualidade a sua importância é claramente residual.

Quanto às mulheres, a primeira causa de anos perdidos até aos 65 anos é, com peso esmagador, a neoplasia maligna, de forma constante desde 1960 até à actualidade.

Embora a uma considerável distância, os acidentes com veículos a motor ocupavam já, nos finais da década de 80, o 2.º lugar nas causas de anos perdidos em mulheres até aos 65 anos.

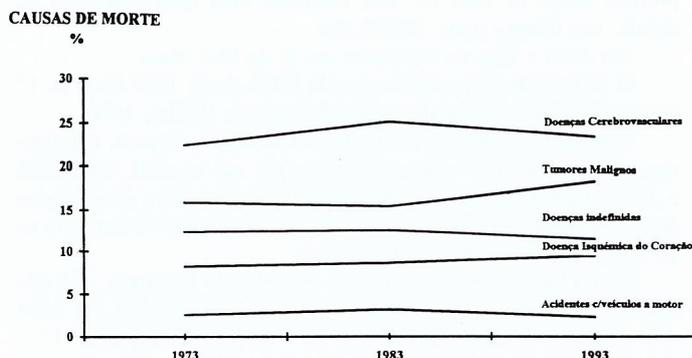
Também aqui, os anos de vida perdidos por tuberculose, baixaram de forma drástica, passando de 850 por 100.000 mulheres em 1960 para valores insignificantes em 1990.

Principais causas de morte

Apesar das mudanças sócio-demográficas verificadas nas últimas décadas, as principais causas de morte da população portuguesa mantêm-se, no essencial, relativamente inalteráveis.

As doenças cérebro-vasculares continuam a ser hoje, como em 1973, a principal causa de morte (cerca de 23% dos óbitos), com tendência para baixar a partir de 1983.

CAUSAS DE MORTE



FONTE: INE, ESTATÍSTICAS DA SAÚDE, 1973, 83, 93

Os tumores malignos vêm sendo a segunda causa de morte, com uma clara tendência de crescimento a partir de 1983. Nos últimos 10 anos, a sua importância relativa passou de cerca de 15% para perto de 18% dos óbitos verificados em Portugal, aproximando-se, assim, da primeira causa de morte.

Em terceiro lugar surgem as doenças isquémicas do coração, com uma importância relativa estável, ainda que tendencialmente crescente (cerca de 7% dos óbitos em 1973 e cerca de 9% em 1993).

Os acidentes com veículos a motor aparecem, também hoje como há 20 anos, a quarta causa de morte em Portugal. O seu peso no número de óbitos tem oscilado muito pouco (à volta dos 2.5%) se bem que se note uma ligeira tendência para descer na última década.

Comparativamente aos países da U. E., constata-se que a patologia cérebro-vascular apresenta, em Portugal, taxas muito superiores (DEPS, 1996), ao contrário dos tumores malignos, primeira causa de morte na maioria dos países europeus.

Quanto à mortalidade por acidente com veículos a motor, Portugal apresenta os valores mais elevados da Europa, apesar da redução registada na última década. Note-se que esta causa é responsável por 77.5% dos óbitos verificados em adultos jovens em Portugal (DEPS, 1996), o que confirma, aliás, os dados anteriormente apresentados sobre os anos de vida perdidos.

Morbilidade

As causas mais frequentes de alteração do estado de saúde da população portuguesa (DEPS, Inquérito Nacional de Saúde) são: as doenças do aparelho respiratório, as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, as doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho digestivo, que, no conjunto, representam mais de 60% dos casos.

Quanto às doenças transmissíveis, aquelas que são hoje objecto de controlo através de vacinação generalizada, são raras como causas de morte e apresentam baixos valores de morbilidade (difetria, tétano, tosse convulsa e poliomielite). Em 1994, cerca de 97% das crianças até aos 12 meses foram vacinadas contra a difetria, o tétano, pertussis e poliomielite e mais de 85% foram inoculados com B.C.G. (DEPS, 1995).

É ainda importante o peso de alguns estados mórbidos no contexto das doenças de notificação obrigatória, como são os casos da brucelose (que aumentou em 1994), do sarampo (que quase quadruplicou de 1993 para 1994) e da hepatite (apesar dos seus valores estarem globalmente em baixa). Estes casos representam mais de 60% daquelas doenças, não incluindo a tuberculose e a sida. (DEPS, 1995)

O número de casos novos de tuberculose, que de 1980 a 1993 tinha passado de 73.3 ‰ para 49.6 ‰, numa evolução muito positiva desde os anos 60, tem mostrado uma clara tendência de subida, nos últimos anos. (DEPS, 96)

Em 1994 a taxa de incidência era já de 58.8 ‰.

O número de casos notificados de SIDA desde 1985 (data da 1.ª notificação) tem aumentado significativamente. (DEPS, 1996)

Tomando a evolução verificada nos primeiros 10 anos, constatamos que o número de casos notificados por ano cresceu, entre 1985 e 1994, mais de 30 vezes, representando em Setembro deste último ano, 2086 casos, 75.3% dos quais com idades compreendidas entre os 20 e os 44 anos à data do diagnóstico.

Os registos disponíveis sobre a morbilidade hospitalar, referida apenas a doentes objecto de internamento, apresentaram em 1994 como principais causas, por grupos de doenças, as seguintes: 1.º – Complicações da gravidez, parto e puerpério (13.8%); 2.º – Doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho digestivo (10.7% de doentes por cada grupo); 3.º – Lesões e envenenamento (9.0%);

4.º – Tumores (8.1%); 5.º – Doenças do aparelho respiratório (6.2%). (DEPS, 1995)

No conjunto perfazem mais de 60% de toda a casuística. Relativamente aos dados anteriormente referidos do Inquérito Nacional de Saúde sobre as alterações do estado de saúde da população portuguesa, realce-se, nas coincidências, o peso das doenças dos aparelhos digestivo e respiratório nos dois casos e, nas diferenças, o pouco peso das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo nos internamentos hospitalares (2.6%), e, no sentido inverso, a grande importância das lesões e envenenamentos, naturalmente não contempláveis no I.N.S..

Refira-se, assim, para as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, que a abordagem é predominantemente ambulatória e, para as lesões, a grande importância económica e social dos acidentes de viação, em que, apesar do menor número de óbitos verificado entre 1985 e 1994 (-18.8%), se verificou o aumento significativo do número de feridos (+51.7%), consequência do enorme crescimento do número de acidentes registados pelas autoridades (+153.3%). (DEPS, 95).

Ou seja, morre-se menos por acidente de viação, mas, em contrapartida, exige-se mais do sistema de saúde, e em geral, das famílias e da sociedade, na razão directa do aumento de acidentes e de feridos.

Refira-se, a propósito, a importância, ainda que menor, dos acidentes de trabalho. Aqui, a evolução verificada para o mesmo período (1985-1994) foi globalmente positiva: menos acidentes (-3.0%) e menos vítimas mortais (-4.7%). (DEPS, 95)

Uma palavra também sobre os acidentes domésticos e de lazer. Os dados disponíveis, referentes apenas a 1994 e recolhidos nos serviços de urgência de alguns hospitais, permitem-nos concluir que as crianças até aos 14 anos são o grupo etário em maior risco (cerca de 41% dos casos nos homens e cerca de 30% nas mulheres) e que as principais causas desses acidentes são as quedas (+ de 50%) e as pancadas ou colisões (15%). (DEPS, 95)

Uma referência final à toxicodependência. Com base em dados do SPTT e publicados pelo DEPS, o número de observações de doentes vítimas da droga nos serviços públicos, aumentou mais de 100% entre 1988 e 1994. Nesses sete anos o número de novos casos cresceu mais de 50% por ano, e o número de óbitos aumentou mais de quatro vezes. (DEPS, 95)

Note-se que este tipo de doentes, para além de desencadearem um volume significativo de despesas directas para o seu tratamento e reabilitação, são um importante grupo de risco para doenças infecciosas e parasitárias entre as quais, necessariamente, a SIDA.

Podemos, em síntese, concluir que hoje, em Portugal, se morre tendencialmente mais tarde: a esperança de vida subiu significativamente nas últimas décadas, quer à nascença, quer para as idades mais avançadas.

Por outro lado, a taxa de fecundidade da mulher portuguesa tem diminuído de forma consistente ao longo dos últimos anos.

A conjugação destas duas realidades potencia o envelhecimento da população portuguesa e, a prazo, a sua diminuição.

Noutra perspectiva, nota-se uma evolução positiva nos indicadores de saúde:

- a) A mortalidade infantil «decreceu mais nos últimos 30 anos do que durante os setenta anos precedentes», passando a ter «um contributo residual para a taxa global de mortalidade». (Ferrão, 1996)
- b) As doenças transmissíveis susceptíveis de vacinação estão praticamente erradicadas no espectro nosológico nacional, quer

como causa de morte quer como factor de doença. Para isso muito contribuem, estamos certos, as elevadíssimas taxas de vacinação das crianças portuguesas.

- c) O quadro epidemiológico nacional manteve-se relativamente constante nas duas últimas décadas com uma composição típica das sociedades mais avançadas: as doenças crónico-degenerativas, o cancro e as doenças do coração são claramente dominantes nas causas de morte. Refira-se, todavia, que isto representa uma substancial viragem face ao ocorrido até à década de 60, em que a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias pontificava com cerca de 40% dos óbitos. (Ferrão, 96)

Há no entanto, e quanto à saúde dos portugueses, alguns indicadores preocupantes:

- a) O recrudescimento da tuberculose, com o aparecimento de um número crescente de novos casos;
- b) O aparecimento da SIDA e o seu rápido e descontrolado desenvolvimento;
- c) O grave problema social e sanitário da toxicod dependência, até agora sem soluções eficazes;
- d) A importância crescente dos acidentes de viação na morbilidade da população portuguesa e o seu decisivo impacte nas mortes ocorridas antes dos 65 anos.

Estes problemas, têm em comum o facto de assentarem em factores multicausais, em que interagem, a sociedade e os seus valores, o desenvolvimento económico, os estilos de vida e, também, o sistema de saúde.

Por outro lado, são fenómenos geralmente desencadeadores de despesas significativas na óptica do tratamento e reabilitação das pessoas afectadas e, por isso mesmo, deverão merecer uma abordagem essencialmente preventiva. As soluções não são, obviamente, fáceis e pressupõem uma acção sinérgica de vários sectores da sociedade.

A médio e a longo prazo a questão porventura mais delicada será, no entanto, o envelhecimento da população portuguesa e os seus reflexos na crescente utilização de cuidados de saúde e no tipo de cuidados necessários.

É uma matéria que atravessa todos os sectores de âmbito social, e que, por isso mesmo, pressupõe decisões concertadas entre diferentes entidades, e em que poderão desempenhar papel relevante as instituições privadas de solidariedade social.

Outros Indicadores Sociais

A evolução globalmente positiva dos indicadores de saúde da população portuguesa, apesar de decisivamente influenciada pela instauração do S.N.S., a democraticidade no acesso aos cuidados e a modernização evidente dos recursos e das tecnologias, deve também o importante contributo do desenvolvimento económico e social registado no país e, conseqüentemente, a melhoria das condições de vida das famílias portuguesas.

Propomo-nos, sinteticamente, passar em revista alguns indicadores sociais que, concertada, concorrem positivamente para a saúde dos portugueses:

a) Na Educação

Entre 1960 e 1991 a taxa de analfabetismo passou de 40.3% para 15.3%, o número de pessoas com o ensino médio passou de 0.3% para 1.4% e o número de pessoas com curso superior passou de 0.6% para 4.9%. (Barreto e Preto, 96)

Nas últimas 3 décadas o número de alunos matriculados no ensino superior passou de 24 149 para 290 298, o que representa um incremento superior a 12 vezes.

Esta clara democratização no acesso à educação, representava, em 1994, cerca de 5,5% do PIB contra 2% em 1972.

b) No rendimento e nível de vida

O Produto Interno Bruto per capita a preços constantes aumentou cerca de 3,5 vezes entre 1960 e 1991. A maior parte dos empregos situavam-se, em 1974, no sector primário e secundário (cerca de 70%) e, vinte anos depois, mais de 55% dos postos de trabalho encontravam-se no sector dos serviços. (Barreto e Preto, 96)

As condições de habitação melhoraram também sensivelmente: o número de barracas diminuiu em 10 anos (1981-91) cerca de 53% e o respectivo número de habitantes desceu cerca de 30%; em 1995 perto de 95% dos alojamentos dispunham de água canalizada contra 82% em 1987; 88% dispunham de instalações sanitárias contra apenas 77% em 1987; 69% dos alojamentos possuíam aquecimento, contra apenas 43% em 1987; 77.2% tinham telefone contra 33.4% em 1987.

Praticamente toda a população portuguesa dispõe hoje de electricidade no domicílio, quando em 1987 ainda havia 3% de alojamento sem esse equipamento básico. Hoje, mais de 95% das habitações possuem frigorífico, quando em 1987 tal equipamento apenas se incluía em 86% dos alojamentos.

Hoje 55.4% das famílias possuem automóvel contra apenas 36.3% em 1987. (Barreto e Preto, 1996)

Os padrões alimentares dos portugueses evoluíram também muito positivamente.

Tomando por base o consumo diário per capita, em calorias, de alguns alimentos. Verificamos bem essa evolução em 30 anos:

ALIMENTOS	1963 (CONTINENTE)	1992 (PAÍS)
Leite	52	124
Ovos	14	30
Queijo	24	52
Animais de capoeira	4	67
Suíno	34	106
Bovino	22	61
Açúcar	206	307
Manteiga	12	27
Margarina	24	121
Trigo	657	741
Peixe Fresco	55	57

FONTE: Barreto, António e Preto, Clara Valadas
«Portugal 1960/1995: Indicadores Sociais»
Cadernos do Público, n.º 8, 1996

c) Nas vias de comunicação

As ligações por estrada foram, nas últimas décadas, objecto de melhorias significativas. Construíram-se novos eixos de penetração transversais (os IP, 3, 4, 5 e 6) que muito vieram facilitar o acesso rápido e confortável das populações e mercadorias do interior ao litoral e vice-versa.

Estabeleceu-se uma rede de auto-estradas já de importância considerável, e em que sobressaem as ligações entre Braga-Porto-Coimbra-Lisboa-Setúbal.

Tais infraestruturas, para além de contribuírem, a prazo, para a diminuição de acidentes e sinistrados, encurtou claramente as distâncias entre serviços de saúde hierarquizados.

De facto, e considerando como incontornável a necessidade de concentrar recursos em valências e especialidades altamente diferenciadas, as novas vias de comunicação vieram dar um decisivo contributo para se reduzirem as assimetrias no acesso aos cuidados de saúde, entre as regiões periféricas e as regiões centrais, no que toca à utilização de recursos mais sofisticados. A localização centralizada deste tipo de meios, desde que se prevejam sistemas de evacuação adequados, já não é hoje um factor fortemente penalizador das populações residentes nas regiões periféricas.

Em síntese, poder-se-á concluir que os principais indicadores sociais evoluíram, desde Abril de 1974, de forma francamente favorável e que o seu contributo para a melhoria verificada nos indicadores de saúde parece ser inquestionável.

Questão diferente, e que será abordada seguidamente, é saber se a organização, o funcionamento e os recursos envolvidos na área da saúde, são, por um lado, os mais adequados e se, por outro lado, estão a ser devidamente aproveitados.

— * * * —

A Associação para o Planeamento da Família realizou no dia 26 de Maio, no Auditório do Montepio Geral, em Lisboa, um Seminário sobre «Abusos Sexuais em crianças e Adolescentes».

Esta iniciativa enquadrou-se nas actividades do Grupo de Trabalho APF sobre Abusos Sexuais e visou contribuir para a resposta a necessidades de profissionais que, noutros momentos, solicitaram a ajuda da APF, nesta área específica, nomeadamente após a reunião que, em Dezembro de 1996, a APF realizou no Centro de Estudos Judiciários.

Como habitualmente realizaram-se nos dias 13, 14, 15 e 16 de Maio as Jornadas de Medicina Intensiva da Primavera 97.

Nesta reunião foram realizadas conjuntamente entre a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e os Serviços de Anestesiologia do HGSA para durante quatro dias abordar a «Ressuscitação» sob diferentes perspectivas: prática, teórica e ético-organizativa.

Entre 15 e 16 de Maio realizou-se o I Congresso Internacional de Mediação Familiar no Centro de Estudos Judiciários.

Ovideu (Asturias) foi o local escolhido para a concretização do XXVII Congresso da Associação Espanhola de Pediatria.

De 20 a 21 de Junho realizou-se o XIV Curso de Pediatria Ambulatória no Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra.

Este curso teve como destinatários profissionais responsáveis pelos cuidados às crianças e jovens no sector extra-hospitalar (pediatras, clínicos gerais, generalistas, médicos de saúde pública e enfermeiros).

Em Lisboa, no Hotel Altis, a Associação Europeia de Profissionais com Intervenção nas Toxicodependências organizou o seu III Encontro Europeu sob o tema a «Intervenção nas Toxicodependências como um processo permanente de investigação».

O Prof. Doutor Nuno Lobo Antunes foi eleito membro da Academia Portuguesa de Pediatria, devido à sua contribuição profissional neste campo.

Relatório sobre o II Seminário de Neonatologia

Organizado pelo Serviço de Neonatologia do Departamento de Pediatria do Hospital S. João / Faculdade de Medicina do Porto, realizou-se o «II Seminário de Neonatologia dedicado ao tema – Patologia Respiratória do Recém-nascido do pré-termo» e ainda o «I Curso teórico-prático de cinesiterapia respiratória».

Os temas apresentados foram considerados da maior actualidade, sendo prelectores especialistas de reconhecida autoridade internacional nesta tão importante área de patologia neonatal.

Destacaram-se as conferências e intervenções da Prof.^a Doutora Hercília Guimarães, Directora do Serviço de Neonatologia, que deu a conhecer a realidade portuguesa no referente à displasia broncopulmonar, analisando os resultados de um estudo multicêntrico nacional, realizado em nove Serviços de Neonatologia.

A «Ventilação de alta frequência» e os «Surfactantes exógenos» foram temas exaustivamente tratados pelo Doutor Thierry Lacaze, professor de Pediatria das Universidades de Paris e Neonatologista do «Service de Pédiatrie et Réanimation Néonatale do Hospital Antoine-Béclère», que com a sua vivacidade e clareza habituais, abordou a problemática da utilização do «Óxido nítrico» numa conferência magistral.

Os «Estudos funcionais no recém-nascido e no lactente» tendo presente a tecnologia actual na área de Pneumologia Pediátrica tiveram como prelector o Prof. Doutor André Denjean, professor de fisiologia da Faculdade de Poitiers, França.

O Prof. Doutor Warren Rosenfeld dos Estados Unidos da América, investigador de reconhecida autoridade no metabolismo dos anti-oxidantes sintetizou com clareza, brilho e notável documentação bibliográfica o tema «Os anti-oxidantes na prevenção de displasia broncopulmonar», deixando bem vencedora a ideia que são uma arma para utilização num futuro próximo.

O Curso teórico-prático de cinesiterapia pré-respiratória, pela primeira vez realizado entre nós e ministrado pelo fisioterapeuta Claude Vinçon, foi muito activamente participado, tendo decorrido com uma parte teórica inicial em que foi apresentado um vídeo da técnica de cinesiterapia usada «Aceleração do fluxo expiratório».

Neste Seminário da direcção do Professor Doutor Norberto Teixeira Santos, Director do Departamento de Pediatria do Hospital S. João / Faculdade de Medicina do Porto, inscreveram-se 289 profissionais de saúde na sua maioria Pediatras e Neonatologistas, bem como alguns enfermeiros.

O Curso de Cinesiterapia respiratória, com inscrições limitadas teve como participantes sobretudo enfermeiros, fisioterapeutas e alguns médicos (73) decorrendo com o maior êxito e interesse por parte dos inscritos quer na abordagem teórica, quer nas aulas práticas.

Um grupo de trabalho constituído pelos moderadores das mesas tendo como Presidente o Dr. Marques Valido, Presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria e Director do Serviço de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa e secretariado pela Dr.^a Maria do Céu Machado, Presidente da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, elaboraram as conclusões que serão publicadas no órgão oficial da Sociedade Portuguesa de pediatria – «Acta Pediátrica Portuguesa», para maior difusão entre todos os interessados.

Seguem-se as conclusões do II Seminário de Neonatologia do Hospital S. João do Porto que se realizou na invicta nos dias 30, 31 de Janeiro e 1 de Fevereiro:

A **Displasia Broncopulmonar** (DBP) descrita há cerca de 30 anos, é uma situação complexa, característica dos recém-nascidos (RN) grande prétermo, ainda hoje, motivo de grande controvérsia, tendo maior incidência em RN prétermo com idade gestacional inferior a 31 semanas e de Muito Baixo Peso (PN < 1 500 g).

- a) Tem como origem a imaturidade global do RN particularmente a nível pulmonar donde resulta a necessidade de ventilação mecânica e consequente perturbação funcional bronco-alveolocapilar:
- ☛ A viabilidade das trocas gasosas verifica-se cerca das 24-25 semanas (fase sacular);
 - ☛ O oxigénio e a pressão positiva são factores agressivos para o epitélio brônquico;
 - ☛ Os fenómenos inflamatórios desencadeiam papel importante na fisiopatologia da DBP;
 - ☛ A avaliação fibroendoscópica nos RN de risco é importante para determinar as lesões das vias aéreas secundárias à utilização prolongada da ventilação mecânica;
 - ☛ A anatomia-patológica pode contribuir para o esclarecimento de alguns achados da doença.

Da natureza multifactorial muito se tem falado do barotrauma, do papel do oxigénio, da infecção, da diminuição das reservas energéticas e nutricionais, das deficiências de enzimas anti-oxidantes, oligoelementos e vitaminas.

O refluxo gastroesofágico parece ser um factor importante no estabelecimento da DBP embora não esteja definido o seu modo de interacção. Dever-se-á proceder ao seu tratamento médico sempre que as manifestações clínicas sejam evidentes.

Foi abordada a importância de uso de corticóides pré-natais associados ao TRH, o uso de surfactante exógeno bem como das novas técnicas de ventilação (VAF) e da terapêutica antioxidante.

O uso precoce de corticóides por via sistémica, apesar de diminuir o tempo de ventilação e permitir a extubação precoce, põe em questão a segurança da sua utilização bem como os efeitos colaterais a longo prazo.

Nos trabalhos apresentados (Rosenfeld) não houve diminuição da mortalidade, morbidade nem do tempo de permanência das crianças na Unidade.

Pelos estudos realizados por André Denjean a associação de Salbutamol aos corticóides, por via inalatória, não mostrou vantagens na prevenção da DBP.

Também não está de momento provado que qualquer tipo de intervenção nutricional possa diminuir o risco de aparecimento da DBP.

O uso de diuréticos no RN com DBP deve ser considerado se houver agravamento da situação respiratória devido à retenção de água pulmonar e sistémica ou evolução ponderal lenta apesar do aporte calórico adequado. A Furosemida está indicada na fase aguda; a associação Hidroclorotiazida e Espironolactona é a administração aconselhada para as necessidades de diuréticos a longo prazo.

- b) Apesar de todos os avanços no conhecimento da fisiopatologia e das novas armas terapêuticas no tratamento da DBP, parece não restar dúvidas que a prevenção da doença, passa em primeiro lugar, pela prevenção da prematuridade.

I Curso de Formação e Actualização em Pediatria Anfiteatro da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane

Decorreu nos passados dias 25, 26 e 27 de Março de 1997 na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane em Maputo, o I Curso de Formação e Actualização em Pediatria (Director: Professor Doutor Norberto Teixeira Santos; Coordenador: Prof. Doutor António Guerra).

A organização pertenceu ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e à Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane.

O curso destinou-se a alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, a Internos de Pediatria do Hospital Central de Maputo, a Clínicos Gerais e Pediatras Moçambicanos.

As sessões de trabalho decorreram nas instalações da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane entre as 7h 30m e as 10h dos três dias acima referidos. Foram palestrantes unicamente docentes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, sendo abordados os seguintes temas:

Dia 25:

- Avaliação nutricional (Professor Doutor Norberto Teixeira Santos)
- Oligoelementos e nutrição (Prof. Doutor António Guerra)

Dia 26:

- Insuficiência renal aguda e crónica (Prof. Doutor Caldas Afonso)
- Infecção urinária e nefropatia de refluxo (Prof.^a Doutora Helena Jardim)

Dia 27:

- Displasia bronco-pulmonar (Prof.^a Doutora Hercília Guimarães)
- Hormona de crescimento (Prof. Doutor Manuel Fontoura)

A participação ultrapassou todas as expectativas e foi, nos três dias, respectivamente de 190, 192 e 195 alunos e médicos. A cada apresentação seguiu-se sempre uma participada e proveitosa discussão entre a audiência e os palestrantes.

A todos os inscritos presentes nos três dias foi entregue um diploma comprovativo da frequência do Curso.

Foi quanto a nós uma acção pioneira, provavelmente histórica e memorável, conforme foi referido pelo Director da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane.

A elevada adesão e o interesse suscitados, levou a Instituição Universitária Moçambicana a propôr a continuidade destes cursos em moldes e cooperação a definir pelas Instituições Universitárias envolvidas, na qual o Departamento de Pediatria e a Faculdade de Medicina do Porto estão particularmente interessados.