

# CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS ÀS CRIANÇAS PORTUGUESAS

## O Passado, o Presente e os Novos Desafios

J. MARTINS PALMINHA, L. LEMOS, M. CORDEIRO

Serviço de Pediatria. Hospital S. Francisco Xavier. Lisboa

### RESUMO

O desenvolvimento sócio-económico de um país, bem como o seu estado sanitário, rede de comunicações, nível cultural e organização de cuidados de saúde, influenciam em conjunto os denominados indicadores de saúde. Portugal encontra-se no grupo de países da UNICEF com melhores indicadores, no respeitante à mortalidade infantil e mortalidade abaixo dos cinco anos, embora ainda com a 25ª e 28ª posições respectivamente a nível mundial. Os autores passam em revisão alguns dos factores que mais contribuíram para o progresso dos indicadores nos últimos vinte anos, nomeadamente o papel desempenhado pelos clínicos gerais, a criação de Centros de Saúde, o desenvolvimento de um programa de assistência materno-infantil e a actividade dos Hospitais Distritais e Centrais. Analisam o recente programa de saúde materno-infantil e discutem os principais problemas a curto e médio prazo nas idades perinatal e pediátrica. As alterações sócio-económicas observadas na sociedade portuguesa, e também as alterações de ordem sociológica e as observadas no domínio da patologia impõem uma nova abordagem na organização dos cuidados que passa pela necessidade de um novo diálogo entre as diferentes estruturas de saúde de uma comunidade, nomeadamente pela manutenção das Unidades Coordenadoras Funcionais materno-infantis, pela criação das mesmas em relação à pediatria, por novos desempenhos por parte do pediatra geral, pediatra comunitário e pediatra sub-especializado em conjunto com os clínicos gerais dentro de um programa de acção específico de uma Unidade de Saúde.

### SUMMARY

#### **Health Care Provision for Portuguese Children. The Past, the Present and the New Challenges**

The socio-economic development of a country as well as the state of its health, its communications network, cultural level and health care organisation together affect what is known as the health indicators. Portugal belongs to the group of UNICEF countries with the best indicators in what concerns infant mortality and death below the age of five. It is still, however, 25th and 28th respectively at world level. The authors review some of the factors which have most contributed towards the progress of the indicators over the last twenty years, namely, the role played by general practitioners, the creation of health centers, the development of a maternal-infant assistance programme and the activity of Central and District Hospitals. They analyse the recent maternal-infant programme and discuss the main short and mid-term problems in the perinatal and paediatric age groups. The socio-economic changes seen in Portuguese society, together with sociological changes and those observed in the field of pathology, call for a new approach in the organisation of care which includes the need for a new dialogue between the different health structures of a society, namely, through maintaining the functional coordinating maternal-infant units, the creation of the same units for paediatrics, new efforts by the general paediatrician, the community paediatrician and the sub-specialised paediatrician together with the general practitioners within a specific action programme of a Health Unit.

Os progressos alcançados durante os últimos vinte anos na prestação de cuidados de saúde às crianças portuguesas são evidentes e continuam a pôr de acordo os pediatras em particular, e a classe política em geral. Quando tais progressos se analisam à luz da evolução das taxas de mortalidade infantil (TMI) e perinatal (TMP) a convergência de opiniões ressalta ainda mais. No entanto a questão é mais complexa e vai muito para além da objectividade e frieza dos números.

Que conceitos estão subjacentes à baixa significativa das TMI e TMP (que apesar de serem bons indicadores estão longe de traduzir o estado de saúde de um país, pela existência de outras variáveis coadjuvantes)? Um deles porventura o mais objectivo de todos, diz respeito ao facto de a convencionada barreira mítica dos 10 por mil para ambas as mortalidades ter sido franqueada em Portugal (em 1992 para a TMI e em 1994 para a TMP).

Outros dos conceitos, menos objectivo que o primeiro, mas não menos relevante por isso, deriva do facto de aquelas taxas serem o resultado de certas variáveis, das quais as mais importantes são: o desenvolvimento sócio-económico de um país; o seu estado sanitário e rede de comunicações; o seu nível cultural (particularmente o grau de alfabetização e de cumprimento da escolaridade obrigatória) e por fim, a organização dos Serviços de Saúde. Estas quatro variáveis interpenetram-se. Tomando como ponto de referência o relatório da UNICEF de 1992 sobre o estado mundial da infância<sup>1</sup>, vê-se que relativamente ao ano de 1990 Portugal ocupava a 26ª. posição entre os 120 países mais povoados do globo, quer no que diz respeito à TMI como no que diz respeito à taxa de mortalidade inferior a 5 anos (TMM5) que é o indicador básico escolhido pela UNICEF para medir os níveis e alterações produzidas no bem estar das crianças.

Em 30 anos (1960-1990) Portugal passou respectivamente no respeitante à TMM5 e TMI da 39ª. e 38ª. posições, para a 26ª em ambas. Entre 1990 e 1993 subiria para a 25ª posição na TMI (a última entre os países industrializados), mas desciria para a 28ª na TMM5<sup>2</sup>.

Esta evolução tem sido exaltada por governantes, parlamentares, autarcas (sabendo todos o papel desempenhado pela rede de esgotos, água canalizada, electricidade e rede de estradas), mas é preciso acrescentar que, dado o enorme espaço de tempo (30 anos) que decorre entre os números comparados pela UNICEF, não há nenhum país que não tenha feito progressos, incluindo mesmo aqueles onde uma situação prolongada de guerra existiu, como são os casos de Moçambique, Afeganistão, Líbano e Angola.

A UNICEF costumava dividir os países em quatro grupos (países com TMM5 < 20; países com TMM5 entre 21 a 70; entre 71 a 140; e com TMM5 > 140) sendo evidente a relação entre o rendimento per capita (em dólares) e as posições que os países ocupam à escala mundial. Raros são os casos em que um país com maior rendimento tenha uma posição inferior a outro com menor, no respeitante à TMM5. As diferenças explicam-se por outros indicadores, nomeadamente o estado de nutrição, acesso aos Serviços de Saúde, grau de alfabetização, etc<sup>3</sup>.

Nos trinta anos do intervalo escolhido pela UNICEF a velocidade de progressão foi diferente por grupos de países. Foi muito lenta para a quase totalidade da África Negra, moderadamente rápida para a Europa, EUA, Canadá e Hong-Kong, extremamente rápida para a maioria dos países Árabes, parte dos países do Sueste Asiático e do antigo bloco socialista. Portugal pertence ao grupo de países que mais rapidamente progrediram (um ganho de 68 por mil, em 30 anos) embora distante de Oman, Irão, Turquia, R.P. da China, Egipto e Vietname.

Pode dizer-se que cada país percorreu o seu próprio caminho condicionado por factores económicos, culturais e políticos. No caso de Portugal não foi alheio àquele processo a alteração política operada na sociedade portuguesa no decurso dos vinte últimos anos. Vejamos alguns exemplos para se compreender como se evoluiu e como foram organizadas as estruturas de saúde do país. Esses exemplos podem fazer luz sobre os caminhos vindouros. O ano de 1973 representa um ponto de viragem na assistência materno-infantil (pela primeira vez o número de partos hospitalares ultrapassou os partos no domicílio: 52 contra 47%). Seis anos volvidos o número de partos hospitalares ascendia a 71%, embora com enormes assimetrias regionais, e o número de partos sem assistência era de 10%. Os Centros de Saúde criados igualmente em 1973, atingiam em 1975 o número de 266, cobriam 75% do território e davam assistência a 17% das 2.360.000 mulheres em idade de procriar e a cerca de 35% de lactentes com menos de um ano de vida. No início da década de 80 existiam 1246 camas de obstetrícia das quais só 1103 pertenciam aos distritos de Lisboa, Coimbra e Porto. Havia ainda numerosos postos clínicos dos S.M.Sociais com consultas de Obstetrícia-Ginecologia e de Pediatria, no essencial viradas para a actividade curativa, sem qualquer forma de organização da educação da grávida e de planeamento familiar, a par de consultas de Obstetrícia em Hospitais Distritais e Centrais<sup>4</sup>. O Serviço Médico à Periferia (SMP), iniciado em 1975 e que decorreu até 1982, permitiu um salto qualitativo na prestação de cuidados às populações, designadamente às localizadas em meios rurais, com grande incremento nas acções no campo da Saúde Materna e Infantil, nas suas diversas vertentes. O trabalho iniciado pelos jovens médicos do SMP veio a ter parcialmente continuidade na carreira de Clínica Geral e de Saúde Pública.

Em 1982, deu-se a integração dos antigos postos clínicos dos SMS em Centros de Saúde, alargando assim a rede destes à escala nacional. Por quase toda a década de oitenta existia todavia um denominador comum, de sinal negativo, entre estas diferentes estruturas: ESCASSA INTEGRAÇÃO E ARTICULAÇÃO ENTRE ELAS. Mas seria injusto não sublinhar que os progressos que se fizeram na área da saúde pública representaram o esforço conjunto do então D. G. de Saúde / D.G. Cuidados de Saúde Primários e dos seus jovens técnicos que trocaram os grandes centros para trabalhar junto das populações carentes, aproveitando e modificando estruturas sanitárias, educando as populações, estudando o terreno onde se enquadravam, planificando em novos moldes<sup>4</sup>.

Para se ter uma ideia de quanto se avançou sigamos o texto de uma publicação da D.G. de Saúde<sup>5</sup> que tomava

como modelo o Concelho de Aljustrel: ... em 1975, em todo o Concelho, somente Aljustrel e uma aldeia têm água canalizada. Nas restantes aldeias bebe-se água dos poços. Esgotos, não há ... a partir de 1975 a actividade do Centro de Saúde passou a assentar no seguinte: *integração do SLAT no C. Saúde; prestação de todos os cuidados de saúde infantil até aos 14 anos. Criação do Planeamento Familiar ... criação de equipas de aldeia com as valências: materna, infantil, escolar, ocupacional, preventiva (vacinação) ... criação da Comissão Integradora dos Serviços de Saúde locais ... por localidades ... integrando autarcas, professores, voluntários ... para detecção dos focos de insalubridade, primeiros socorros, cuidados de puericultura, acções de planeamento familiar ....*

Um exemplo de um esforço contínuo de articulação entre diferentes níveis de cuidados, teve lugar na Zona Centro e funcionou com grande regularidade e interesse entre 1977 e 1983. Com o apoio da D. G. Saúde foi nomeado em 1976 um Coordenador de Saúde Infantil que, em colaboração com a Direcção de Saúde de Coimbra, organizou um programa regular de actividades formativas nos Centros de Saúde do Distrito e em Distritos da Zona Centro, para os médicos e enfermeiros das respectivas estruturas de saúde. Infelizmente não foi possível estender ao país (nem manter no Distrito de Coimbra) qualquer tipo de articulação entre Hospitais e Centros de Saúde, embora nalguns Distritos (Setúbal, Beja, por exemplo) tenham decorrido ou decorram ainda, experiências também muito interessantes, nesta área. Nos últimos 20 anos, muitos novos Hospitais Distritais foram construídos, substituindo instalações que não permitiam uma assistência condigna.

Novas equipas de especialistas vieram reforçar consideravelmente – ou mesmo revolucionar – a qualidade dos Serviços de Pediatria periféricos. A excepção negativa a este panorama é ainda a zona interior do país onde, nalguns Hospitais Distritais, não tem sido possível preencher as vagas de Pediatria, por falta de candidatos o que, obviamente, leva a que as actividades assistenciais estejam, de algum modo, comprometidas – podendo anular o enorme sacrifício dos colegas que aí trabalham. Em todas as estruturas de saúde, sobretudo com predomínio nos Hospitais, as enfermeiras, algumas já com a recente especialização em Saúde Infantil e Pediatria têm, nestes últimos anos, dado um contributo extremamente significativo para a melhoria dos cuidados à criança e aos jovens.

Por outro lado os Hospitais Centrais Especializados desempenharam um papel decisivo no avanço da preparação técnico-científica dos novos pediatras. A prática fez-se, nesta última década e meia, no sentido do aprofundar de conhecimentos e no aproveitamento dos avanços tecnológicos no campo da patologia do órgão ou sistema. O pediatra com formação geral básica evoluiu em certos casos (e sobretudo nos Hospitais Centrais) para outro tipo de pediatra com formação em neurologia, pneumologia, alergologia, endocrinologia, genética, em doenças metabólicas, etc., etc. Três áreas da Pediatria (Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Pedopsiquiatria) mereceram mais tarde reconhecimento como especialidades. O exercício da Pediatria repartiu-se com algumas

desvantagens por um lado, mas com inúmeras vantagens por outro. Importa hoje que se saiba conciliar as vantagens destes dois perfis de pediatras que emergiram por força das circunstâncias (científicas e tecnológicas) no decurso dos últimos 15 a 20 anos. É curioso no entanto verificar que a Neonatologia (Medicina Interna do Recém-Nascido) por força de outras circunstâncias, precisamente as que decorreram da prática do intensivismo, conservou-se como um todo. É provável que um dos fascínios da prática da neonatologia resida no aplicar de uma forma ultra-rápida e intensa os profundos conhecimentos, de todas as patologias de órgão ou sistema, mas de modo aglutinador. Assim tornou-se possível conservar a unidade.

Um outro aspecto, fundamental, da evolução positiva da assistência à criança tem a ver com aspectos da humanização das estruturas de Saúde Hospitalares. Com base numa correcta compreensão das necessidades afectivas da criança doente (e dos seus pais), os Serviços de Pediatria abriram-se progressivamente e com excelente experiência, desde os fins dos anos 70, à presença permanente de um familiar ao lado da criança, sendo esta medida extensiva aos Serviços de Urgência, às Enfermarias médicas ou cirúrgicas e às Unidades de Cuidados Intensivos. O panorama é, neste campo, particularmente exemplar e não fossem as instalações físicas ainda, por vezes, inadaptadas, bem se poderia dizer que ombreamos com a Pediatria europeia.

Mas apesar dos progressos registados pela evolução sócio-política-económica do país e das duas linhas de força, a nível das estruturas de saúde, desenhadas pelos cuidados primários e secundários, a verdade é que cerca de 10 a 12 anos após o 25 de Abril, o país continuava na cauda da Europa e pior que isso, muito distante dos países da Comunidade Europeia (tomando como referência a TMI e ou a TMM5). A influência da componente perinatal nesses indicadores obrigou a profunda reflexão. Consideramos que o relatório de Maio de 87 intitulado *Saúde Materno-Infantil: Assistência ao parto e ao recém-nascido. Levantamento, análise e proposta de planeamento*<sup>6</sup>, de que foram relatores alguns dos membros da futura Comissão Nacional Materno-Infantil (Neonatal) (CNSMI) foi um marco basilar, provavelmente histórico, pela revolução de conceitos, nível de planeamento e objectividade das metas a atingir. A CNSMI, dois anos mais tarde, tomou como base esse relatório e definiu em outros documentos os seguintes princípios da assistência materno-infantil: nova política de recursos humanos; necessidade de novas instalações e equipamentos; definição de dois níveis de cuidados hospitalares (os HAP e os HAPD) e, provavelmente o mais inovador de tudo, a definição da articulação entre Hospitais e Centros de Saúde. Destes princípios resultaram um conjunto de acções muito objectivas entre as quais: a definição do risco gravídico e a escolha do local do parto; a defesa do parto hospitalar *autêntico* em unidades abertas 24/24 horas com a presença de obstetra, ajudante, anestesista, pediatra, enfermeira, Serviço de sangue, Serviço de Imagiologia; o encerramento de unidades sub-dimensionadas; os cálculos relativos ao número de camas obstétricas

e neonatais e o cálculo dos recursos humanos; o apoio ao transporte do recém-nascido de alto risco iniciado em 1987, pelo INEM, na região de Lisboa. A criação das UCF's (Unidades Coordenadoras Funcionais) pelo despacho 6/91, foi talvez o mais avançado de todos os documentos, pelo alcance da medida, reunindo, pela primeira vez no nosso país numa determinada área de cuidados (neste caso, os cuidados perinatais) profissionais dos Hospitais e dos Centros de Saúde juntamente com os coordenadores distritais de Saúde Infantil e Materna da Região, dando-lhes a responsabilidade de coordenação dos diversos programas de assistência materno-infantil.

O profícuo trabalho desenvolvido pelas UCF's (nalguns casos, esse trabalho foi mesmo modelar) teve duas consequências imediatas: a inclusão no relatório da CNSI das Unidades Coordenadoras de Saúde Infantil (UCSI)<sup>7</sup> com os mesmos princípios de funcionalidade das UCF's Materno Infantís e a constituição das Unidades de Saúde que é a estrutura charneira entre Hospitais e Centros de Saúde. Esta questão merece alguma reflexão do ponto de vista da assistência pediátrica no que diz respeito aos próximos anos. A questão da articulação entre cuidados primários e secundários é, do nosso ponto de vista, crucial para se dar o salto qualitativo naquela assistência. Em Saúde, o país evoluiu em consequência das melhorias sócio-económicas, da participação das populações, da elevação do seu estado sanitário e do modelo de organização dos serviços (vinte anos de modelo bicéfalo). Este progresso permitiu diminuir o fosso que nos separava dos países da *linha da frente* e franquearam-se finalmente as barreiras críticas das mortalidades. Mas tudo o que está em jogo neste momento é a mudança sociológica e o aparecimento de novas patologias (a par de outras velhas que regressaram). Hoje observa-se uma redução da taxa de natalidade, uma redução dos agregados familiares, uma reorganização das estruturas familiares (cada vez menos famílias alargadas), um novo tipo de vida urbano, uma tendência cada vez maior para viver em grandes cidades (Em 2025, calcula-se que cerca de 75% da população mundial viverá em cidades)<sup>8</sup>.

Na Pediatria deu-se uma redução drástica das doenças de causa infecciosa (de que é exemplo o enorme sucesso do Programa Nacional de Vacinação) e nutricional (à excepção de bolsas de pobreza na periferia dos grandes centros) mas novas patologias surgiram (SIDA) a par do regresso de outras velhas (Tuberculose). As taxas de sobrevivência do grande prematuro trouxeram novos problemas, particularmente os que decorrem da morbidade do pretermo-imaturo com menos de 28 semanas e menos de 1000 gramas<sup>9</sup>, a par do surgimento, de novos grupos de risco já evidentes no período neonatal (ou triplo risco biológico, social, psíquico). Estas questões trazem para primeiro plano a necessidade imperiosa da integração de cuidados particularmente evidentes no grupo das crianças com necessidades especiais. A CNSI não deixou de estar atenta ao problema e incluiu no seu relatório um capítulo dedicado ao grupo de crianças com necessidades especiais<sup>10</sup>. Nele se englobaram as crianças com deficiência, com doença crónica e as crianças vítimas de maus tratos. A estes problemas, que emergiram

com acentuada expressão num passado bem recente, deve acrescentar-se a questão da saúde dos adolescentes (provavelmente a merecer uma longa discussão e a implementação de um programa específico), que não se confine à Pediatria mas se alargue pelos domínios do Social, Escolar, Desportivo e Saúde Mental. No momento actual, por exemplo, o grupo dos adolescentes está ainda por razões de organização fora da prática clínica da esmagadora maioria dos pediatras, pese embora a Convenção dos Direitos da Criança aprovada pela ONU e ratificada por todos os órgãos de soberania portugueses, considerar desde 1990 a Criança como *todo o ser humano com menos de dezoito anos de idade*<sup>11</sup>. Os pediatras depois de se terem afirmado como internistas da primeira e segunda infâncias começaram a dedicar-se ao recém-nascido (melhor será dizer que se organizaram de modo muito rigoroso em conjunto com outros profissionais que se ocuparam condignamente da saúde do feto e recém-nascido) e estão agora a dar os primeiros passos como internistas dos adolescentes. É de admitir que tenham de se organizar, para benefício deste grupo etário, de uma forma muito semelhante como o fizeram neonatologistas/perinatologistas para a sua área em torno de programas concretos e articulação entre diferentes níveis de cuidados.

Outro problema importante é o dos acidentes. Anote-se que a segunda causa de morte abaixo dos 5 anos foi causada por aqueles, correspondendo a 31,2% dos óbitos entre 1 a 4 anos e destes, por sua vez, 12,3% devidos a acidentes com veículos a motor. Aquela percentagem sobe ainda mais entre os 5 e os 14 anos, e entre os 15 e os 19 anos, contribuindo assim os acidentes com um total de 30% dos óbitos entre os 0 e os 19 anos<sup>12-14</sup>. Face às mudanças observadas e à previsão dos futuros problemas (já evidenciados nos dias de hoje) compreende-se que nenhum Serviço ou Hospital Especializado ou Centro de Saúde trabalhando isolada ou desfasadamente possa dar resposta aos novos desafios. Não só em determinados domínios ou em certas patologias se exige uma interligação dos cuidados como em outros a questão é mais abrangente envolvendo estruturas de saúde, da segurança social e escolares.

Mas não se deve pensar que a constituição das Unidades de Saúde, por si só, possa resolver os inúmeros desafios que os pediatras portugueses têm pela frente. Às Unidades de Saúde compete, entre outros, a gestão de vários programas que não apenas os cuidados de saúde materna, infantil e juvenil. Até hoje, tanto quanto julgamos saber, a maioria das Unidades de Saúde ou Regiões de Saúde não tomou medidas no sentido de dar continuidade às acções no terreno desenvolvidas pelas UCF's materno-infantis nem se estudaram programas concretos no âmbito das UCSI apesar dos mesmos terem sido preconizados pela CNSI e pela actual Comissão de Saúde da Mulher e da Criança. Uma coisa são as generalidades ou as verdades dos programas, outra são as experiências já colhidas e o extraordinário alcance das mesmas. Tudo o que no âmbito de uma Região de Saúde ou simples Unidade de Saúde atrase a criação das UCSI, ou o alargamento das UCF's materno-infantis às UCSI, vai

contra a linha de progresso já observada e impedirá uma resposta adequada às novas condições surgidas pela força dos acontecimentos sociológicos e do estadió das organizações das estruturas sanitárias. Ao longo de cerca de vinte anos assistiu-se à seguinte linha orientadora: criação de Centros de Saúde, transformação dos antigos postos dos SMS em Centros de Saúde, surgimento da Lei de Bases da Saúde que na sua Base XII, alínea 1 diz que *o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades*, formação das UCF's e constituição das Unidades de Saúde. Importa conservar esta linha e defender o ponto de vista de que sem UCF's materno-infantis e sem UCSI's não é possível avançar correctamente, uma vez que as mudanças observadas justificam que se recuse o tipo de assistência prestada a crianças e jovens, nomeadamente na comunidade em que estão inseridos. Isto obriga a que se reveja o conteúdo das acções e o enquadramento da sua prestação, bem como o perfil dos agentes prestadores das mesmas<sup>15</sup>.

Assim atendendo ao tipo de organização e de serviços de saúde existentes em Portugal e, de igual modo, à diversa legislação e normas entretanto produzidas, parece consensual que, nesta fase da vida do País, as actividades médicas básicas oferecidas à população no contexto dos serviços públicos sejam em princípio encaradas numa perspectiva de medicina familiar e desempenhadas pelos médicos de clínica geral e pela restante equipa de saúde em cuidados de saúde primários, sem prejuízo de outras formas de prestação conforme a opção dos pais ou do adolescente.

Todavia o enquadramento desses médicos de clínica geral e o desempenho de outras funções mencionadas, que não as exclusivamente clínicas, justificam a existência de um especialista em saúde infantil e juvenil com as actividades e tarefas desempenhadas eminentemente na comunidade (o pediatra comunitário). Assim, a pediatria comunitária, ou *pediatria da população infantil e juvenil total*, tem como objectivo a manutenção do estado de saúde e do bem-estar óptimo de cada criança, numa dada comunidade, utilizando uma abordagem concentrada e continuada da pediatria hospitalar, da pediatria de cuidados de saúde primários, da pediatria social e da saúde pública, reconhecendo também os pais como principais prestadores de cuidados de saúde, privilegiando a prevenção da doença e a promoção de saúde mais que a intervenção *de crise* no processo patológico e assumindo um papel de *Advocacia* e defesa de intransigente da saúde e dos direitos da criança e da família a diversos níveis, incluindo os meios de comunicação social e os poderes políticos.

É forçoso que os pediatras que desempenham funções extra-hospitalares tenham um leque alargado de competências e experiências, e que idealmente os seus papéis sejam complementares aos dos pediatras em cuidados hospitalares, de forma a responder adequadamente às necessidades de saúde da população infantil e das suas famílias.

Quanto às acções a desenvolver no âmbito específico dos programas materno-infantis e pediátrico convém enumerar algumas delas. No respeitante ao primeiro daqueles programas importa dizer que terminada a

primeira fase, que abrangeu no essencial os Hospitais de Apoio Perinatal Diferencial (HAPD) em toda a sua plenitude e em parte os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP), a segunda fase tem decorrido de uma forma muito mais lenta porque se tratou da aplicação do projecto aos Hospitais Distritais e se manifestaram grandes dificuldades na área dos recursos humanos (sempre a parte mais frágil do sistema) bem como na das infraestruturas (instalações, falta de S. de Patologia Clínica, S. de Sangue, em particular nos Hospitais do Interior). Os novos desafios a enfrentar, são resumidamente os seguintes: o desenvolvimento de programas de diagnóstico prenatal, o problema da asfíxia do RN de termo, pese embora evidentes melhorias neste aspecto, o da assistência ao RN de Muito Baixo Peso e o aumento do número de casos de patologia social em que as variáveis são a pobreza, a quebra das estruturas familiares, a droga, as minorias étnicas. Do ponto de vista institucional é pelo menos indispensável a transformação a curto prazo de dois HAP em HAPD, um deles a norte do Grande Porto.

No que diz respeito aos programas para a pediatria e exceptuando a questão da interligação entre níveis de cuidados, do papel do generalista e do pediatra comunitário já abordado, uma das questões que está por resolver é a do atendimento em Urgência. A análise do problema não escapou à CSMI (actual Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança - CNSMC) que no seu relatório escreveu<sup>16</sup>: *... o problema das Urgências de Pediatria é simultaneamente preocupante e surpreendente. Preocupante porque representa um aspecto francamente negativo do nosso sistema de saúde do qual derivam prejuízos de múltipla ordem. Surpreendente porque conhecendo-se as suas causas e consequências de longa data ainda não lhe foi dada solução adequada.*

O problema das Urgências nos grandes meios urbanos é o exemplo mais flagrante da desarticulação entre Hospitais e Centros de Saúde, representa também (com razão ou sem ela) a quebra de confiança das populações no tocante à doença das crianças por parte dos cuidados de saúde primários por um lado e por outro na falta de resposta adequada às solicitações em matéria de saúde (atrasos nas consultas, horário de funcionamento dos próprios Centros de Saúde).

A situação actual, com raízes históricas conhecidas, é apesar de tudo muito heterogénea no país. Assim os Serviços de Atendimento Permanente (SAPs) dos concelhos rurais fazem uma triagem importante enquanto que os SAPs (os equivalentes) dos grandes centros urbanos – com excepção dos que funcionam dentro da estrutura dos Hospitais Distritais respectivos – são significativamente evitados pela população. Em algumas (raras) cidades não existe mesmo qualquer estrutura organizada por médicos de clínica geral para atendimento de situações agudas benignas. A C.N.S.M.C. entende que através das Unidades de Saúde é possível e necessário analisar as causas de cada situação local – os problemas existem fundamentalmente nos grandes meios urbanos – e propôr as correcções necessárias. De entre estas parece evidente que a maioria das estruturas físicas, dos equipamentos e meios humanos (em número e competência) dos actuais

SAPs em equivalentes e uma muito melhor interligação com os S. Urgência hospitalares, seriam condições indispensáveis à mudança do panorama actual, sem excluir outras formas de organização, que os profissionais dos C. S. Primários entendem pôr em prática.

Outros desafios no âmbito estrito das idades pediátricas, já em parte foram abordados. Convém vê-los numa perspectiva global em termos de saúde comunitária. Quando se fala em cuidados intensivos pediátricos pensa-se em Hospitais, em espaços fechados com *maquinaria pesada*, na aplicação de novas tecnologias. É verdade mas não só. Melhor será falar em criança e família, na aplicação do cuidado intensivo e na lembrança da mitigação do sofrimento desta diáde. Os cuidados intensivos pediátricos fazem a ponte para as situações agudas causadoras de risco de morte, para a doença crónica, para a importante problemática dos transplantes, para os acidentes (que ocupam como já vimos uma relevante quota parte na morbilidade e mortalidade abaixo dos dezanove anos). Fazem ainda a ponte para outro lado da questão: o que está para além do hospital, a integração social, a integração escolar, o peso das sequelas, o apoio às famílias que ficam com esta crianças no seu seio (a mesma problemática se aplica à sobrevivência do RN de Alto Risco).

O transporte das crianças doentes é outra das questões em aberto. A excelente experiência recolhida pelo INEM – Transporte de recém-nascidos em Lisboa e Coimbra, agora também em desenvolvimento no Porto, deverá servir de base ao alargamento do Transporte Pediátrico.

Finalmente uma palavra para a formação. Existe em Portugal um número muito próximo dos 1000 pediatras, o que significa que existe um pediatra em média para 2500 a 2600 crianças até aos 18 anos (população à roda de 2.500.000)<sup>17</sup>. Os novos desafios vão obrigar no essencial à existência de dois perfis de Pediatras: o do pediatra Geral (nele incluído o Pediatra Comunitário, dadas as funções que antevemos) e o do pediatra com competência nesta ou naquela área. A inclusão de um período de seis meses em cuidados de saúde primários de acordo com a proposta do Colégio da Especialidade parece-nos correcta<sup>18</sup>, mas importa desde já sublinhar que no momento actual há dificuldades ainda por ultrapassar. Que programas vão os internos cumprir? Qual é o papel reservado aos pediatras comunitários na preparação do interno? Qual é o papel das Unidades de Saúde? No essencial ao fim de cinco anos poder-se-ão formar técnicos que estando em condições de responder aos problemas da criança e do adolescente poderão optar por 3 vias de actividade: a pediatria comunitária, a pediatria geral e a sub-especialidade (ou competência)<sup>19</sup>. A primeira e a última pressupõem um treino que poderia passar parcial ou totalmente pela frequência em ciclos especiais. Nenhum dos modelos apontados poderá excluir os Hospitais Distritais que em princípio fornecem um excelente campo de treino aos internos. Nalguns casos (há quem afirme) mesmo superior a Serviços dos Hospitais Especializados que pela força da evolução técnico-científica se repartiram em mini-serviços de patologia de órgão ou sistema. Ora à luz da portaria

695/95 os Hospitais Distritais correm o risco de nos próximos anos não terem internos o que a curto prazo significará o sossobrar desses Serviços. O Colégio da Especialidade tem a obrigação de fazer um levantamento exaustivo das capacidades daqueles, de definir com rigor a idoneidade de cada um, nesta ou naquela área, e propôr uma saída para a sobrevivência dos Hospitais Distritais, sem o qual a questão da integração de cuidados, o papel das UCF's ou das UCSI's, cairá pela base. Esta problemática necessita de uma profunda reflexão, sabido que há vozes afirmando que há pediatras a mais, e outras que discordam da existência de pediatras comunitários. Há quem à luz das estatísticas das mortalidades infantil e perinatal pense que a *História chegou ao fim* ou quase ao fim.

O problema dos recursos humanos tem sido o mais difícil de resolver. As discrepâncias entre serviços são enormes e uma parte significativa dos Hospitais do interior mantêm-se com poucos pediatras. Deixar os Hospitais de província desertos de internos, permitindo o envelhecer dos seus quadros, mantendo-os fora da formação, é ir contra o fluxo que se começou a gerar em 1975. Sem estes problemas resolvidos, quem poderá começar a falar em investigação clínica de base, na prossecução de programas multicêntricos indispensáveis ao progresso da Pediatria no nosso país?

Vencidas grandes batalhas e alcançadas enormes vitórias, subsistem contudo *velhos* problemas e surgem constantemente novos desafios. Os avanços da tecnologia e da ciência, independentemente do momento da vida em que são aplicados no doente, conduzem a constantes reflexões no domínio da ética e as respostas devidas serão em última instância determinadas não só pelo grau de conhecimento do técnico de saúde, mas sobretudo pelas suas qualidades como cidadãos, sedimentadas em torno de valores sagrados como a defesa da vida, a promoção do bem estar, a aceitação da morte e o evitar do prolongamento desnecessário da vida.

Novos são os desafios como novos são os caminhos. Antiga é, contudo, a vontade de servir a Criança e o Jovem através de cuidados de qualidade, de rigor, eticamente correctos e de grande humildade.

## BIBLIOGRAFIA

1. Estado Mundial de la Infancia 1992 (Relatório). Trad Espanhola. Barcelona; Ed. UNICEF 1992: 72
2. Progreso das Nações (Comité Português para a UNICEF). NY; Ed UNICEF 1995
3. Estado Mundial de la Infancia 1992 (Relatório). Trad Espanhola. Barcelona; Ed UNICEF 1992:74-49
4. DORIA NOBREGA, MARTINS PALMINHA J: Um modelo de cuidados obstétricos e perinatais para ultrapassar as dificuldades na queda das taxas de mortalidade de saúde materna e infantil. Arq Clin (MAC) 1983; Vol XI: 67-68
5. FERREIRA C: Cuidados primários de saúde à criança portuguesa. Lisboa: Ed D G Saúde 1979: 165
6. Saúde materna e infantil: assistência ao parto e ao recém-nascido. Levantamento, análise e proposta de Planeamento (Carvalho L (Relator), Aroso A, Cunha O, Pereira Leite L) Ministério da Saúde. Lisboa; 1987
7. Comissão Nacional de Saúde Infantil (Relatório). Lisboa; Ed Min Saúde 1993: 57-59
8. COSTA E SILVA J A: Crescimento populacional, Saúde e Desenvolvimento. Rev Ordem dos Médicos 1995; Jul/Ago:30-34

# NutriBox

## Nutrilon Premium Nutrilon Plus

9. MARTINS PALMINHA J: Reflexões acerca do percurso da neonatologia (Editorial) Acta Med Port 1994; 7-8: 405
10. Comissão Nacional de Saúde Infantil (Relatório) Lisboa; Ed Min da Saúde 1993: 91-118
11. Comissão Nacional de Saúde Infantil (Relatório) Lisboa; Ed Min da Saúde 1993: 18
12. Elementos estatísticos: Saúde/93. Lisboa; Ed. DEPS - Min. da Saúde 1995: 10
13. Ibidem : 73
14. Ibidem : 76-77
15. Comissão Nacional de Saúde Infantil (Relatório). Lisboa; Ed Min da Saúde 1993: 21-34
16. Ibidem : 45-52
17. Elementos Estatísticos: Saúde/93. Lisboa; Ed. DEPS - Min da Saúde 1995: 141
18. Projecto do Curriculum Mínimo de Pediatria. Rev Ordem dos Médicos 1995; JUL/AGO : 15 -17
19. Comissão Nacional de Saúde Infantil (Relatório). Lisboa; Ed Min da Saúde 1993: 61



desde o nascimento



a partir dos 4 - 6 meses



Rua Marquês de Pombal, 287  
2775 PAREDE - PORTUGAL

**NUTRICIA**