

Na comemoração anual do Dia Mundial da Criança cumpre recordar que o bem-estar das crianças se realiza, ou não, no seio das famílias e que as condições socioeconomicoculturais destas são determinantes para o possibilitarem.

Aqui também se comprova o bem estabelecido conhecimento dos fatores determinantes da saúde serem maioritariamente extrínsecos, uma vez que a genética representa 30% mas os comportamentos, desejavelmente estilos de vida saudável, 40%, sendo que o desemprego e a perda de rendimentos se traduzem quase sempre em maior dificuldade de acesso a cuidados de saúde; 20% o ambiente e saúde pública, e cabe aqui recordar mais uma vez um programa exemplar deste domínio, hoje com 50 anos de existência, o Plano Nacional de Vacinação, e apenas os restantes 10% resultam diretamente dos cuidados diagnósticos e terapêuticos apesar destes representarem mais de 50% de todos os orçamentos da saúde.

Como exemplos de duas áreas onde a intervenção em idade pediátrica é determinante para a saúde da população portuguesa selecionei:

- os comportamentos de risco, saudando a recente decisão de interditar a venda de álcool a menores, à semelhança do que já havia sido determinado para o tabaco, mas reforçando também as medidas de evicção da exposição passiva; ambas as medidas são positivas mas a primeira é por si só insuficiente e necessita de ser reforçada até pelo potencial reflexo negativo na saúde das crianças resultante do consumo de álcool por adultos, nomeadamente pelas mulheres em idade fértil, uma vez que a exposição *in utero* ao etanol é comprovadamente uma das principais causas de perturbação do desenvolvimento fetal com repercussões como o défice intelectual e algumas anomalias congénitas;
- e a obesidade.

O sistema de saúde português requer sempre, como qualquer outro, a existência de financiamento adequado, prestadores de cuidados de saúde com excelente formação e adequadamente remunerados, sistema de informação fiáveis que sustentem a tomada de decisões e estruturas e logística que forneçam consumíveis e tecnologias.

A evolução recente da saúde das crianças portuguesas acompanhou como não podia deixar de ser a sociedade portuguesa.

Demograficamente assistimos a uma redução de 20% dos nascimentos anuais.

O acesso aos cuidados de saúde primários é dificultado pela indisponibilidade frequente de técnicos de saúde o que se tem procurado minimizar por recentes decisões governamentais que garantem o acesso privilegiado das grávidas aos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, o que se repercutirá mais tarde nos seus filhos, e pelo alargamento da isenção de taxas moderadoras até aos 18 anos.

No presente as crianças portuguesas têm uma cobertura quase universal no rastreio neonatal de hipotiroidismo, doenças hereditárias do metabolismo e no já mencionado programa nacional de vacinação; outros indicadores deixam muito a desejar, desde logo, e em contraste com o exemplo consolidado de sucesso com o acesso quase universal com equidade regional e monitorização de resultados, o rastreio pré-natal de trissomia 21. Nos últimos anos só metade das grávidas portuguesas realizaram o rastreio recomendado no Serviço Nacional de Saúde, não existe qualquer monitorização dos resultados e há uma utilização excessiva de recursos com a realização de quase o dobro das técnicas invasivas para diagnóstico pré-natal laboratorial e a daqui decorrente exposição de muitas grávidas a risco de morte fetal. Urge intervir nesta área, com a urgente avaliação da implementação do rastreio pré-natal não invasivo, seguindo exemplos como o Reino Unido que já pré-anunciou para este mês a decisão da sua concretização sustentada na muito melhor taxa de deteção (superior a 99% *versus* 80%) e com 100 vezes menos falsos positivos (0,05% *versus* 5%). Mesmo que em Portugal existisse um verdadeiro programa de rastreio de trissomia 21, o que não acontece como já anteriormente referi, e para um universo anual de 80.000 gestações, a introdução universal deste método permitiria reduzir substancialmente o número de técnicas de diagnóstico pré-natal invasivas por “rastreamento positivo para trissomia 21” com a inerente redução de mortalidade fetal pelo risco decorrente das complicações da realização de técnicas invasivas e libertando recursos para melhoria dos cuidados noutras áreas.

Nos últimos meses foram aprovadas medidas governamentais que reforçam a qualidade dos cuidados de saúde prestados às crianças portuguesas:

- a já mencionada isenção das taxas moderadoras até aos 18 anos;
- o atendimento total de crianças nos serviços de urgência médico-cirúrgicos, polivalentes e urgência polivalente pediátrica em áreas específicas exclusivamente pediátricas, incluindo a triagem e obrigatoriamente com um sistema que tenha em conta a especificidade da criança;

- e a introdução no Programa Nacional de Vacinação da vacina conjugada anti-pneumocócica 13-valente para as crianças nascidas este ano e a partir do próximo dia 1 de julho;

Outras decisões, de extrema relevância para crianças com necessidades específicas estão ainda por confirmar, como é o caso das condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento e ambulatório no âmbito da idade pediátrica na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a criação dos cuidados paliativos pediátricos, ou implementar, como a Estratégia Integrada para as Doenças Raras 2015-2020, e os Centros de Referência para oncologia pediátrica, cardiopatias congénitas e doenças hereditária do metabolismo, entre outras.

O passado recente e o presente mostram-nos resultados que nos orgulham e outros que carece melhorar.

Nesta década temos dos melhores resultados mundiais na acessibilidade de grupos com necessidades específicas, como o segundo melhor resultado da União Europeia na garantia de nascimento de prematuros com menos de 32 semanas em locais com unidades de cuidados intensivos neo-natais, e nos resultados que só assim é possível obter, como o segundo melhor resultado na União Europeia na mortalidade fetal ou o quarto na Europa e o décimo na OCDE na mortalidade infantil.

Por outro lado o baixo peso ao nascimento é em Portugal pior do que a média europeia (em 2010 8,3 para 6,5 UE) e tem uma evolução recente negativa, oposta à tendência na OCDE onde já ocupamos o trigésimo lugar, e também não estamos bem quando avaliamos o índice de massa corporal préconcepcional das mulheres, o excesso de peso e a obesidade pediátricos ou os hábitos alimentares, exercício físico e comportamentos de risco deste grupo etário.

A adequação do processo de transferência de crianças com doenças crónicas para especialidades de adultos continua a encontrar múltiplas resistências.

Para mantermos ou melhorarmos o que está bem e resolvermos o que ainda o não está é fundamental desenvolver a complementaridade das equipas de saúde, orientar a atividade dos prestadores de cuidados de saúde para indicadores de resultados e fazer evoluir as redes de referência.

Como sustentação do futuro devemos acautelar a formação profissional dos técnicos de saúde e o desenvolvimento da investigação clínica e translacional.

É urgente a adoção do modelo transprofissional na formação de todos os técnicos de saúde. É uma evidência que a prestação de cuidados de saúde exige uma equipa constituída por médicos, enfermeiros, outros técnicos de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica, engenheiros, administrativos, assistentes operacionais, etc. Mas cada um destes grupos é formado na sua escola, tem como professores e colegas quase exclusivamente pessoas da mesma área profissional. E pretendem os formadores que no dia a seguir à graduação todos estejam a trabalhar harmoniosamente na equipa onde foram integrados, por certo em resultado de qualidades inatas...O desenvolvimento das aptidões e atitudes para o exercício transprofissional deve pois ser integrado na formação de todos os técnicos de saúde, incluindo os médicos, baseado em competências em sistemas de saúde com sincronização e melhoria da integração horizontal e vertical. O modelo transprofissional ultrapassa a formação estritamente monoprofissional por forma a promover o conhecimento, compreensão e respeito dos outros grupos profissionais no obrigatório trabalho em equipa.

A necessidade de promover a investigação clínica foi recentemente reconhecida e também aqui foram já este ano decididas medidas corretas, nomeadamente a aprovação do Programa Integrado de Promoção da Excelência em Investigação Médica que agrega o Programa Avançado de Treino em Investigação Clínica, o Programa de Doutoramento em Investigação Clínica, o Programa Interno-Doutorando e o Programa Investigador Médico, em continuidade com o Fundo para a Investigação em Saúde, que privilegia a investigação clínica e a investigação básica e translacional com potencial interesse clínico ou em terapêutica e de investigação em saúde pública e serviços de saúde e as candidaturas dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e de outras instituições e serviços dependentes do Ministério da Saúde.

Os indicadores, que objetivamente ajudam a modelar e orientar a atividade dos profissionais de saúde, devem evoluir por forma a reduzir o desperdício resultante da redundância de cuidados e passar a medir resultados e não meramente processos.

Não só devem continuar a prever intervenções dos diferentes grupos profissionais como evoluir para permitir a contabilização das intervenções de grupos profissionais de diferentes níveis, cuidados de saúde primários ou hospitalares, públicos ou privados, evitando a duplicação de cuidados e libertando recursos para melhorar a acessibilidade a outros.

Os indicadores devem procurar medir não a quantidade de intervenções mas o seu resultado, de que darei alguns exemplos: a qualidade dos resultados dos cuidados de saúde primários é mensurável pela prevenção, através da prevalência por exemplo do excesso de peso, da obesidade, da pré-hipertensão arterial, da hipertensão arterial, e pela disponibilidade para avaliar a doença aguda, através da excecionalização do recurso às urgências hospitalares, indicador que avalia simultaneamente o controlo das doenças crónicas.

O objetivo é que o português com médico de família não tenha doenças preveníveis, tenha acesso no próprio dia a consulta nos cuidados primários de saúde para avaliação da doença aguda, e tenha as doenças crónicas estabilizadas sem necessidade de recurso às urgências hospitalares.

E término com uma referência à imprescindibilidade de evolução da organização da articulação dos cuidados de saúde primários com os hospitais e inter-hospitalar. Nesta área Portugal é uma referência mundial em saúde materno-infantil, como repetidamente tem sido internacionalmente reconhecido, fruto do trabalho pioneiro liderado por, entre outros, o Dr. Albino Aroso e o Prof Torrado da Silva. Mas a evolução demográfica e geográfica obriga a evitar o imobilismo. Há que manter e consolidar o modelo das Unidades Coordenadoras Funcionais, saúde materna e neo-natal e saúde da criança e do adolescente, e das Comissões Regionais, há que alargar a existência das Comissões Regionais Inter-Hospitalares mas há também que concluir as Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referênciação – Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Genética Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) para continuar a garantir equidade no acesso e qualidade dos cuidados de saúde.

Jorge M. Saraiva

Presidente da Comissão Nacional da  
Saúde Materna da Criança e do Adolescente

*Por solicitação e cedência*

01 de Junho de 2015