Intervenção 10

Pedro Lopes Ferreira

Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/eces/1212>

DOI: 10.4000/eces.1212

ISSN: 1647-0737

Editora

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Refêrencia eletrónica

Pedro Lopes Ferreira, « Intervenção 10 », *e-cadernos CES* [Online], 11 | 2011, posto online no dia 01 março 2011, consultado o 15 setembro 2020. URL : <http://journals.openedition.org/eces/1212>

PEDRO LOPES FERREIRA¹²

A minha intervenção estrutura-se em três tópicos: o primeiro tem a ver com os prós e os contras de nascer em casa; o segundo aborda o bem-estar da mulher no pós-parto e o que designo por aspecto “relaxante”; o terceiro é o estranho êxito dos indicadores materno-infantis em Portugal, e “estranho” porque são exceção num ambiente em que escasseia a boa governação.

Em relação àqueles e àquelas que vêem o parto em casa associado a desvantagens – e porque foi talvez este o aspecto menos abordado – importa para a discussão mencionar a importância da necessidade da existência de recursos para se realizar, por exemplo, uma cesariana, a utilização de fórceps ou a presença de um neonatologista. Neste aspecto não é só de tecnologia que estamos a falar, mas também de pessoal e de profissionais competentes para tratarem de uma situação caso ocorram problemas. Por muito bons cuidados pré-natais que existam, ninguém consegue garantir que o risco é zero na altura do parto, já que o risco existe sempre. E se houver necessidade desses serviços, ou de outros, a mulher tem de ser imediatamente transferida para um hospital, o que pode envolver risco acrescido, pelo tempo decorrido.

O segundo aspecto é o que designei de “relaxante” e que contradiz o argumento de que é bom permanecer em casa no momento do parto, de que é bom escolher com quem se quer estar nesse momento e de ter um ambiente acolhedor. Também é bom

¹² Professor Associado com agregação da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, investigador do Centro de Estudos e Investigação em Saúde (CEISUC) e membro da equipa coordenadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Integra a Comissão de Ética para a Investigação Científica (CEIC) e é membro do Comité Regional Ibero-Americano da International Society for Quality of Life Research (ISOQOL).

e mais relaxante estar fora de casa nos poucos dias após o parto, principalmente se a mulher for mãe de outras crianças, o que implica obrigações, outros trabalhos, outras logísticas domésticas, de que a mulher que está no hospital está liberta. No hospital é apenas responsável por ela própria e pelo seu bebé nos primeiros dias.

Outra questão a equacionar é a necessidade, nem sempre conseguida, de haver uma extrema confiança na parteira ou na pessoa que auxilia o parto, no caso de esse ser em casa, porque se está a passar para essa pessoa a responsabilidade em relação à saúde da mãe e da criança. Quando o parto se realiza no hospital, a mulher está, de certo modo, mais liberta desse processo de tomada de decisão relativamente à sua saúde e aos cuidados que têm de ser prestados.

Um outro argumento é o de que os custos do parto em casa não estão normalmente cobertos por qualquer tipo seguro, seja ele público ou privado, o que, em algumas circunstâncias, também pode ser um argumento para ajudar a tomar uma decisão.

Em última análise, há que ter em atenção que se trata de uma decisão que afecta não só a mãe, mas toda a família, como também já foi referido neste debate, e que deve ser tomada de modo a maximizar as preferências de todas estas pessoas. E, uma vez tomada, há que acreditar nela durante todo o processo.

Em relação ao terceiro tópico que gostava de abordar, queria chamar a atenção não só para o avanço da medicina, mas para o crescimento sistemático da esperança de vida à nascença e para o decréscimo de mortalidade. E refiro-me a Portugal e à maior parte do mundo, embora as assimetrias a nível mundial ainda sejam muito grandes. No entanto, o caso excepcional e que merece alguma análise, não pelos números em si, mas pelo processo que conduziu a esses valores, é que a mortalidade infantil tem vindo a descer, espectacularmente, no nosso país. Olhando para os últimos dez anos, vemos que em 2006 (últimos dados publicados pela OCDE)¹³ o nosso valor é de 3,3 por 1.000 nados vivos, quando a média da União Europeia a 19 ainda está em cerca de 4,0.

Há 40 anos, em Portugal, 6% das crianças nascidas vivas morriam no primeiro ano. Hoje a realidade é completamente diferente, e é bom não esquecermos isso, porque é o resultado de um processo de boa governação. A decisão de criar o serviço médico à periferia no pós-25 de Abril teve um papel importantíssimo nestes indicadores. Para além disso, há um outro factor importante que muitas vezes é esquecido: durante os últimos anos foi possível a um grupo de profissionais levar a

¹³ Embora a referência seguinte tenha sido publicada posteriormente ao debate, mais concretamente em Junho de 2011, permite confirmar os dados mencionados: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/infant-mortality_20758480-table9.

cabo iniciativas tecnicamente competentes e, ao mesmo tempo, conseguirem ser imunes às flutuações e pressões político-partidárias, mantendo um enorme respeito pelo ser humano e pelos destinatários destas mesmas iniciativas. Não há muitos outros casos que nos lembremos, em Portugal. E o resultado está à vista, para o bem das mulheres e das crianças.

Isto direcciona-nos já para o tema do encerramento de blocos de parto, também objecto deste debate. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)¹⁴, em 2006, apesar de todo o ruído criado pelo Ministro da Saúde de então, tentou fazer uma análise do encerramento dos blocos de parto não desligada do seu contexto.

Há aspectos muito importantes e muitas vezes não equacionados quando se analisam políticas de saúde, como a necessidade de uma boa estratégia, de uma boa governação e de coragem política. Qualquer um tem rareado nos últimos anos no nosso país. Para além disso, chamava a atenção para o facto de algumas regiões do país se estarem, progressivamente, a desertificar e pouco parece estar a ser feito para o contrariar. Esta situação não é necessariamente irreversível. É o caminho-de-ferro que já lá não passa, são as estações de correio que já fecharam, são as escolas que estão fechadas. Tudo isto como consequência de políticas muito pouco preocupadas com o ordenamento do território e muito pouco orientadas para os cidadãos, onde quer que eles residam no território português. É, portanto, uma sucessão de medidas aparentemente avulsas, que não assentam numa definição explícita de estratégia, que é uma das causas para o problema do encerramento dos serviços públicos nessas regiões.

Referiu-se muitas vezes, nomeadamente a população, alguns políticos e alguns fazedores de opinião, que a medida foi meramente economicista ou de cortes orçamentais. Acho que não foi mas, de qualquer modo, esse é um argumento que funciona muito bem num discurso. É bom lembrar a criação da Comissão Nacional Materno-Infantil, que fez trabalhos que já foram aqui referidos, como a hierarquização de hospitais, a criação de hospitais de apoio perinatal e de apoio perinatal diferenciado e a integração dos hospitais e dos centros de saúde. Para além disto, salienta-se a criação das redes de referência materno-infantil com áreas bem definidas e das unidades coordenadoras funcionais que permitiram uma melhor comunicação entre profissionais. Isto veio permitir, no contexto do sistema que oferece cuidados de saúde, uma melhor articulação dos serviços.

As pessoas que estiveram no processo e que o acompanharam consideram que foi uma boa articulação. Foi nesta altura que se instituiu o preenchimento obrigatório

¹⁴ <http://www.observaport.org/>

do boletim de saúde da grávida, que também é resultado desta Comissão. E é bom lembrarmos-nos que esta Comissão levou, então, ao encerramento de 150 maternidades em condições deficientes de funcionamento, o que foi, em grande parte, responsável pelo tal sucesso materno-infantil que hoje estamos a viver. Nós deixámos de ser um país com dados que nos envergonhavam, comparando com parceiros próximos, e passámos a fazer parte do grupo dos melhores países a nível mundial.

Também no XIII Governo, de Maria de Belém e Guterres, se encerrou a Maternidade de Ovar e a Maternidade Magalhães Coutinho e concentraram-se partos no Centro Hospitalar do Médio Tejo. Já em 2004, a comissão de peritos tinha proposto o encerramento das maternidades de Mirandela, Póvoa de Varzim, Guarda e Cascais. No entanto, não deixa de ser pitoresco, por exemplo, verificar que o eventual anúncio de encerramento do bloco de partos de Bragança tenha feito com que o Secretário de Estado da Saúde da altura tenha declarado que se demitiria se o Governo decidisse pelo encerramento de alguma dessas maternidades. As suas razões eram apenas manter uma boa imagem perante os cidadãos que o tinham elegido e não a preocupação das condições de segurança dos partos. Portanto, a pressão política e bairrista também está presente nesta discussão e deve fazer parte de uma análise mais profunda da situação.

Em Março de 2006, a Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, que entretanto foi rebaptizada, afirmava que, em Portugal, 80% dos recém-nascidos nascia em locais com uma estrutura que dispunha de condições mínimas e uma equipa perinatal-tipo capaz de assegurar qualidade e segurança no momento do parto. E para garantir isto, foi estabelecido e caracterizado o número e tipo de elementos: médicos, enfermeiros, material e equipamento. Foi nesta altura que se redefiniu 1500 partos como o número mínimo que garantia a eficiência e uma rotina perinatal de qualidade. O relatório da Comissão afirmava que em cerca de 1/3 das maternidades portuguesas o número de partos efectuados por dia era inferior a 4. Estimava-se em 12 o número de vidas anuais de recém-nascidos que se perdiam em Portugal por razões ligadas à insuficiente qualificação técnica dos locais onde o parto ocorria.

Um dos primeiros anúncios foi o encerramento de mais 10 blocos de partos de hospitais públicos. Nessa altura, chamou-se a atenção para a discrepância brutal que havia entre o tratamento que o Estado estava a dar aos serviços públicos em relação aos serviços privados. Condescendia-se muito mais em relação aos mínimos exigidos e defendidos como mínimos para a saúde pública nas unidades privadas do que nas públicas. São outras lógicas. Agora, se o argumento é saúde pública, custa-nos admitir tratamentos diferentes em relação às maternidades e aos blocos de parto, apenas por um critério de propriedade.

Todo este processo deveria ter sido conduzido de uma forma diferente. Não sei se é 1500, 1450 ou 1620, mas acho que deve haver um número considerado mínimo para se nascer em segurança em Portugal. Qualquer um de nós precisa de alguma prática para fazer aquilo que faz. Não pondo em questão os pressupostos técnicos nem esses valores mínimos, aquilo que nós questionamos é a forma como o processo foi conduzido. Por exemplo, deveria ter havido maior preocupação pelas pessoas e ter-se tido em conta as reacções dos autarcas – que, aliás, estava previsto pela comissão e pelo relatório encomendado pelo Governo – e as opiniões dos cidadãos.

Não houve, a menos que esteja no segredo dos Deuses, um planeamento conhecido pelos profissionais, e pelos cidadãos do sistema em relação ao transporte das grávidas ou de que forma foi salvaguardada a continuidade dos cuidados. Não bastava argumentar com critérios técnicos e de qualidade, mesmo que válidos, sem os enquadrar com o respectivo desempenho das instituições e perspectivados numa rede integrada de cuidados.

Em 2007, o OPSS lembrou que não bastava aos cidadãos exigir que os seus governantes tivessem estratégias, possuísem competência técnica e experiência ajustada ao cargo e que o desempenhassem com base nos interesses legítimos da população. As boas práticas de governação exigem muito mais do que isso. Exigem uma interacção consertada do Estado, da sociedade civil e do sector privado, privilegiando o seu papel crítico no desenvolvimento humano. Nestas boas práticas são relevantes conceitos como participação, visão estratégica, prestação de contas e transparência, e isto faltou.

O Observatório considerou ainda que as reestruturações ocorreram de forma muito sectorial. Num determinado mês fechou-se o Serviço de Atendimento Permanente, noutro a maternidade, sem haver uma gestão local integrada, com a definição de prioridades, com a definição de necessidades daquela região e com a participação dos actores locais.

Fez-se a implementação de uma política fragmentada que levou à retracção do serviço público, à retracção da protecção social da saúde e levou também à imagem de pouca sensibilidade social por parte do Governo. No discurso e na prática política não basta ser coerente para ter eficácia, tem que se criar confiança nos cidadãos e isso não foi criado.

Em conclusão, acho que o processo podia ter sido diferente se tivesse havido mais cuidado com as pessoas, com os cidadãos, com a região e o local. Isto foi algo que se tentou remendar mais tarde, mas tarde de mais, já depois do estrondo existir e de ter tido repercussões, pelo menos a curto prazo, irreversíveis. Se assim fosse,

provavelmente, o Governo teria conseguido implementar o que estava a fazer e com resultados mais benéficos para a população.