

"Hospitais Pediátricos: notas, disparates e equívocos"

Mário Coelho

Bom dia a todos.

Quero saudar a mesa e apresentar particulares cumprimentos ao Dr José Manuel Pavão, cuja influência amiga em retribuir um anterior convite me colocou na agradável posição de o cumprir com imenso gosto e respeito pela instituição anfitriã desta XV Reunião do Hospital das Crianças Maria Pia.

Porque, como vem acontecendo com os hospitais pediátricos, também o meu Hospital tem sido sujeito a notícias confusas, peças de desinformação e enredos que lhe são alheios, criei um interesse óbvio pelos aspectos menos claros ou perceptíveis que envolvem os Hospitais pediátricos. Melhor dizendo, por força de ingratas circunstâncias, tenho sido obrigado a interessar-me pelos processos que envolvem os Hospitais pediátricos no que concerne às tentativas da sua descredibilização, desarticulação, descapitalização, desactivação progressiva e, num modelo próximo da "solução final", a sua extinção de todos os grandes centros onde, em relação ao seu financiamento e diferenciação, co-existem interesses e concorrentes poderosos.

Falo em Hospitais pediátricos de uma forma geral, como modelos de uma filosofia de cuidados que engloba todas as latitudes e tendo consciência de dois aspectos:

- Primeiro, que o Hospital de Dona Estefânia, o Hospital Pediátrico de Coimbra e o Hospital das Crianças de Maria Pia, têm diferenças de organização, diferenciação, articulação com o sistema,

graus de envolvimento na comunidade e até na visão sobre aspectos respeitantes ao seu futuro e nesse sentido há que tratar de forma diferente o que é diferente. Por conhecimento insuficiente sobre essas duas instituições, apenas me será legítimo falar do meu Hospital e será essencialmente a ele que me referirei nos comentários seguintes, deixando a cada um a tarefa de estabelecer eventuais paralelismos com outros cenários.

- Segundo, é que, apesar das diferenças, existe um património comum que nos caracteriza como Hospitais pediátricos centrais especializados e que também marca a diferença, mas agora com as restantes unidades de saúde que tratam crianças e adolescentes. Os três hospitais especializados encerram na sua missão um conjunto de valores centrados na criança e sua família a que, no que lhes é próprio, procuram acrescentar que todos os objectivos sejam cumpridos em "adequado Ambiente Pediátrico".

Reforço... – "Ambiente pediátrico".

Todos reconhecem que as experiências em idades precoces têm um impacto crucial nas fases vitais da evolução de cada jovem e futuro adulto. De facto, cada criança que entra em contacto com os serviços de saúde, não só está sujeita a que esse momento influencie as suas atitudes futuras e o uso que fará desses mesmos serviços. Para quem conhece minimamente os Hospitais pediátricos, teve oportunidade de neles aprender ou fazer clínica, ou mesmo o cidadão anónimo que relembre passagens e tratamentos em hospitais sem esse ambiente de segurança e organização próprios, e especialmente se a

doença foi complexa ou de acompanhamento prolongado, pode mal ou bem verificar que o Ambiente Pediátrico não é uma mera figura de retórica dos tratados médicos, mas sim a expressão de que tudo o que existe num hospital pediátrico, tende a ser simples, natural, intuitivo, adaptado e virado para a condição e desenvolvimento da criança. Em que os circuitos, as salas, os equipamentos, os vários profissionais da urgência, do laboratório, da radiologia, da psicologia, da dietética, da segurança ou do serviço social, por exemplo, estão cada vez mais preparados para dar corpo a um espaço e a um modelo de funcionamento que alguns denominam de "amigo da criança".

Fundamentalmente na condição de mais um Pediatra português, trago-vos alguns comentários a textos que, de algum tempo a esta parte, vou anarquicamente juntando num dossier com o título arquivístico "Hospitais Pediátricos: notas, disparates e equívocos". Essa pasta fica arrumada, exactamente, no extremo oposto ao das pastas que contêm os documentos com interesse para a melhoria da assistência ao feto, ao recém-nascido, à criança, ao adolescente e ao crescente número de adultos jovens sobreviventes de doenças crónicas, iniciadas na idade pediátrica para os quais, os pediatras ainda não encontraram interlocutores permanentes na medicina dos adultos que garantam um acompanhamento consistente desses doentes e suas famílias com um padrão holístico e multidisciplinar, semelhante ao que é feito na maioria das unidades dedicadas aos escalões etários referidos.

Pediatra - Director Clínico do Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

É claro que sou um adepto da existência de Hospitais pediátricos, e não sou o único, que existem adeptos, igualmente não únicos, da inexistência de Hospitais pediátricos ou da não construção de novos Hospitais pediátricos ou ainda da extinção tão rápida quanto possível dos três Hospitais pediátricos existentes em Portugal. Tentarei então, transmitir o meu ponto de vista sobre alguns aspectos e afirmações sobre este tema que, considero mal informadas e geradoras de equívocos, tendo ganho, por isso, um lugar no famigerado *dossier*.

Ainda antes, confessarei que igualmente me despertam a curiosidade algumas opiniões e a informação de certos opinantes que falam sobre Hospitais pediátricos e seu papel na rede de cuidados à criança e ao adolescente. Conheço felizmente fartas exceções, mas verifico com algum desencanto, que existe alguma tendência para que sejam colegas pediatras dos hospitais gerais com Departamentos/Serviços de pediatria que mais frequentemente estão a primeira linha contra a existência de hospitais pediátricos especializados. Confuso mesmo é verificar que boa parte desses colegas nunca trabalharam ou sequer passaram por um hospital pediátrico - daí talvez a propriedade tão definitiva do seu discurso - e que nunca terão reflectido que o encerramento destas unidades especializadas traria tal gama de problemas, técnicos e outros, que seriam os próprios hospitais gerais ou as crianças doentes, os próximos a soçobrar.

Vejamos então os argumentos mais frequentemente apresentados pelos detractores do Hospitais Pediátricos:

- *“Não se justifica a existência de Hospitais pediátricos”*

Nos últimos 20 anos, este chavão tornou-se um dogma-paradigma que, digamos, “primeiro deu jeito para não se investir nesta área e hoje dá jeito para justificar o desvio do investimento para outras áreas de elevado custo e resultados adiados”.

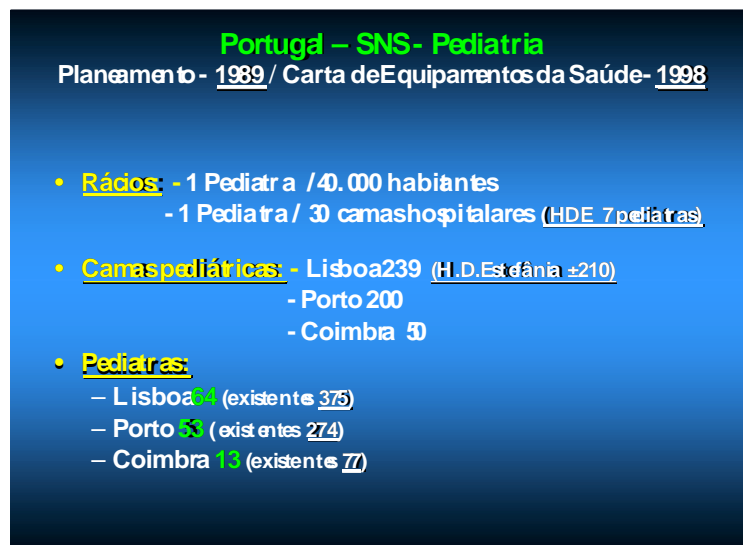


Figura 1 - Nesta proposta, por exemplo, o Hospital de Dona Estefânia teria apenas 7 pediatras de um quadro já insuficiente de cerca de 70 lugares, o que daria apenas para constituir uma equipa de um dia de Serviço de Urgência semanal, encerrando todo o resto do Hospital e consultas; o número de camas pediátricas propostas para Lisboa, correspondem apenas às do Hospital de Dona Estefânia já sobrelotadas em determinadas fases do Inverno e Primavera; apenas estariam contemplados 64 pediatras para Lisboa, quando à data existiam cerca de 375 e já em regime de falta evidente de recursos.

A ideia foi sendo alimentada por frases soltas e entrevistas à medida e acompanhada pela amanuense elaboração de dossiers de planeamento que constituem uma reserva de documentos pré-preparados, por vezes espreitando há mais de 10 anos no baú do sistema e que aguardam o seu momento “inadiável” de entrar em cena.

É uma peça de planeamento com o fim anunciado de qualquer Hospital Pediátrico, como o representado na figura 1, com propostas absolutamente irrealistas de recursos pediátricos para Lisboa, Porto e Coimbra, que pode estar à espera de um político recém-chegado ao sistema, tantas vezes sem formação técnica própria para decifrar completamente estes documentos ou nem sequer dispondo do tempo útil necessário para os informar convenientemente.

Há que reconhecer que os decisores do topo da hierarquia do Estado, frequentemente fragilizados pela perspectiva de uma missão de eventual curto prazo, podem ser tentados e ficar reféns do que lhes é apresentado em bandeja bondosa e desinteressadamente pura, resolvendo as situações com base no suporte docu-

mental preparado pelo semi-anonimato dos mesmos gabinetes que antes serviram outros decisores e que no futuro outros mais ainda servirão.

Fecha-se o círculo com dois ferrolhos de peso: - o de um grupo perene de *Humphreys* com um *Know How* que inexoravelmente agrilhoa os seus reféns e os benze regularmente com um *Yess Minister* respeitadamente declamado; e o outro ferrolho não menos pesado, o do tal dogma-paradigma - “Não se justifica a existência de hospitais pediátricos” - que, por definição, considera heresia qualquer ensaio de discussão laica sobre a sua fundamentação, quer em público quer em artigos de opinião sujeitos uma maior análise e democrático exercício do contraditório.

Continuemos com outros sub-títulos igualmente frequentes neste item.

- *“Os hospitais pediátricos tiveram o seu tempo e não cabem nos sistemas modernos de cuidados à criança”*

Citando o pensador, *“Por vezes, subitamente, percebemos que há ideias que ontem não existiam e hoje estão instituídas como verdades”*.

Geralmente, essas ideias novas vêm dos EUA, que nos fascinam com o seu poder de investigação e a sua assombrosa tecnologia. Hoje sabe-se da experiência antes dela ser feita, os resultados provisórios são divulgados e apresentados como definitivos e, algum tempo depois, notifica-se que, afinal, não era bem assim, mas precisamente o contrário – O desenlace acerta em cheio no caso dos Hospitais pediátricos e conta-se rapidamente.

Principalmente nos anos 80, surgiram nos EUA grandes pressões económicas sobre a saúde que atingiram fortemente os Hospitais pediátricos. Na década seguinte, pelo menos 30 hospitais pediátricos americanos ameaçavam já falência e foram obrigados a agregar-se a hospitais gerais para conseguir redução de custos através de utilização de espaços, técnicos e processos comuns. Portugal oscilou com esta brisa experimental transatlântica e os planeadores terão sido impelidos para a missão “inadiável” de preparar a modernidade portuguesa à medida do modelo americano.

Esta é uma das origens fortes da ideia de que os Hospitais pediátricos não tinham futuro, nem eram já modernos. As repercussões entre nós foram o que hoje se vê.

Voltando aos EUA, na transição do milénio começam a surgir artigos em

revistas de grande prestígio mundial que alertam para a necessidade de inverter a tendência generalista e de construir urgentemente novos hospitais pediátricos. Num artigo de Março de 2003 do mundialmente prestigiado *Jornal Of Pediatrics*, confirma-se que entre 1998 e 2001 se verificou um aumento médio de 12% da actividade dos Hospitais pediátricos e de 16 doentes/dia por cada pediatra hospitalar americano. Simultaneamente os hospitais gerais americanos desinteressaram-se do “produto criança”, de baixa rentabilidade e custos desproporcionados em relação aos dos adultos e reduziram ou anularam as suas camas de pediatria, levando a que os hospitais pediátricos sobreviventes tivessem de suportar aumentos no internamento até complicadas taxas de ocupação média de 76%. Os sinais de exaustão individual e institucional começaram a manifestar-se. Em resposta a esta necessidade, só em Nova Iorque já abriram pelo menos 4 novos Hospitais pediátricos e, por exemplo, na UE, a Alemanha reconstrói os Hospitais pediátricos existentes.

“Entretanto em Portugal...”, como diria a voz off do anúncio, anuncia-se o encerramento de Hospitais pediátricos.

Enfim, à revelia dos erros alheios em correcção, fica já marcado o início de um processo de construção de um novo

hospital pediátrico dentro de 10 anos. Logo que um dos partidos da área do poder precisar de resolver uma eleição com o peso eleitoral da região afectada, um candidato agarrará essa óbvia bandeira da qualidade de vida das populações, apresentando-a facilmente como “inadiável” e zurrirá politicamente quem antes acabou com o equipamento pediátrico existente. Falta só amadurecer a ideia e escolher o candidato. “Favas contadas”, digo eu.

“Os hospitais pediátricos são monotemáticos e o futuro é a multidisciplinaridade”

Esta é outra afirmação com cunho negativista e que já ouvi até a alguns responsáveis políticos. Confunde-se, e aqui só por má fé, a especialidade de pediatria com a de cardiologia, pneumologia, etc., extrapolando-se que “o burro é um animal, logo o animal é um burro”.

Escamoteia-se o facto da pediatria ser a medicina de um grupo etário desde a pré-concepção até ao final do desenvolvimento e não a especialidade de um órgão ou de uma dada técnica.

Pelo contrário, o pediatra hospitalar diferencia-se em outras sub-especialidades e competências e, por exemplo, só no Hospital de Dona Estefânia, sem incluir a área materna, existem quase duas dezenas de especialidades para além das cerca de três dezenas de consultas e competências pediátricas diferenciadas com origem na especialidade de pediatria médica e cirúrgica. Será isto um hospital monotemático?

“Os critérios internacionais indicam que os “equipamentos” deste tipo devem estar integrados num hospital geral”

Este é uma das afirmações da moda para a qual não me têm fornecido fundamentação para além do “eu acho que” e “está escrito”.

Vejamos então o que se passa nível internacional.

No gráfico da figura 2 representam-se no eixo das abcissas 193 países das Nações Unidas ordenados por ordem decrescente (1º a 193º) do Índice de

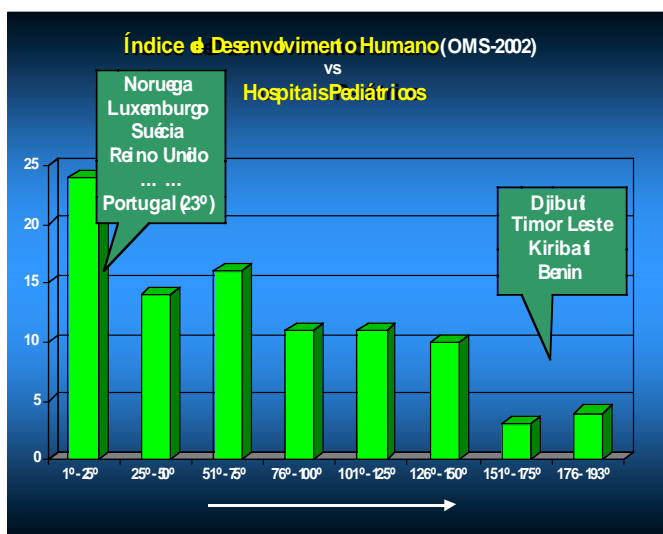


Figura 2

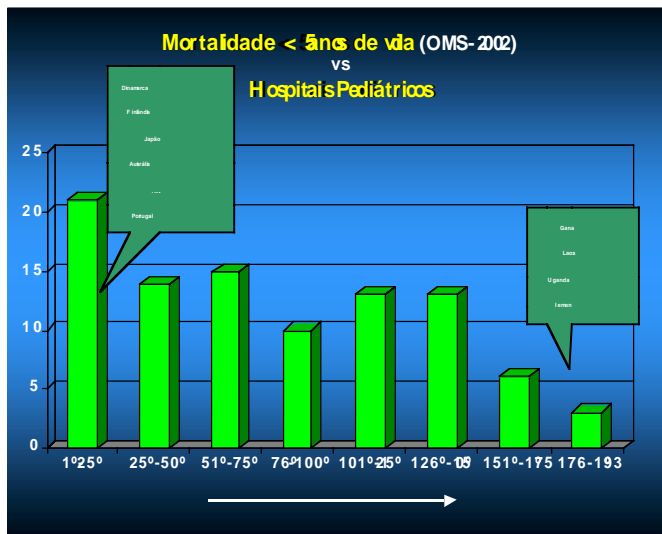


Figura 3

desenvolvimento humano, agrupados em grupos de 25, segundo o relatório de 2002 da ONU (PNUD). No eixo das ordenadas, representa-se o número de países com hospitais pediátricos autónomos não incluídos em Hospitais gerais por cada um dos grupos de 25 países referidos. Por defeito, cerca de 111 países (57,5%) tem hospitais pediátricos.

Verifica-se que entre os primeiros 25 países mais desenvolvidos, 24 tem hospitais pediátricos; dos 25 seguintes, já só 13 têm hospitais pediátricos e por último nos do 3º (e 4º) mundo, apenas 3 ou 4 países em cada 25 tem hospitais pediátricos.

Portugal encontra-se em 23º lugar no grupo dos países mais desenvolvidos e em relação a este processo só pode haver duas tendências: - ou manter-se neste grupo com parceiros como a Suécia, Reino Unido, Noruega, Holanda e Luxemburgo, etc., ou abandonar os seus hospitais pediátricos e tender para, neste capítulo, se aproximar do extremo oposto, emparceirando com a República Centro-africana, Benin, Kiribati Timor-Leste ou Djibuti, por exemplo. Mas estes dados podem ainda ter sido uma simples coincidência.

Então observemos este novo gráfico da figura 3 e com base no mesmo relatório

da ONU, vejamos a relação entre a mortalidade abaixo dos 5 anos de vida em valor crescente e a existência de hospitais pediátricos.

Do mesmo modo se verifica que os países com menor mortalidade neste escalão etário, são os que mais têm hospitais pediátricos, reflexo, claro, do seu desenvolvimento global.

Podem continuar a ser só coincidências não correlacionáveis, até porque nem me dei ao trabalho de as validar estatisticamente. Tal não importa até porque não é a relação directa que quero provar. O que pretendo mostrar é ser iniludível que não existem quaisquer critérios internacionais que tenham impedido os países mais desenvolvidos do mundo de construir novos hospitais pediátricos ou manter os que já existem, ao contrário da afirmação que impeliu este comentário.

Mas para além dos aspectos ligados às políticas nacionais de saúde, existem dados técnicos que aconselham a não inclusão destes hospitais em hospitais gerais. Um exemplo recente.

Numa revisão de casuística apresentada pelo Departamento de Pediatria incluído no Hospital geral com adultos da Universidade de Columbia-Estados Unidos, foram apresentados os resulta-

dos de uma grave epidemia por um agente gram-negativo multiresistente na unidade de cuidados intensivos neonatais. A reacção de surpresa crítica dos neonatologistas de outras unidades de Hospitais exclusivamente pediátricos não se fez esperar, pois nessas unidades de hospitais autónomos nunca tinham acontecido problemas semelhantes, uma vez que o agente infeccioso em causa é típico de unidades sofisticadas de adultos com patologia múltipla.

- "Os organismos internacionais já não subsidiam a construção de novos hospitais pediátricos"

Concordo de imediato com a posição dessas instâncias e veremos que tal não tem nada a ver com a actualidade ou não dos hospitais pediátricos.

Por um lado não faz sentido subsidiar a construção de novos hospitais pediátricos em países que já os têm às dezenas e que são exactamente os países desenvolvidos dadores dos fundos com que os organismos internacionais apoiariam esses mesmos projectos. Seria um subsídio, no mínimo, insólito.

Por outro lado, também não faz sentido subsidiar um hospital pediátrico especializado em países onde as prioridades são a rede de saneamento, a água potável, uma refeição não contaminada por dia ou a vacina contra a poliomielite. Nestes casos, é óbvio que, a haver subsídios, só poderiam ser aplicados num hospital geral que servisse a maioria da população de qualquer idade com os padrões de qualidade possível no 3º mundo. É pois, quanto a mim, mais outro argumento falacioso que felizmente não se aplica à nossa realidade.

Por exemplo, no caso português e da cidade do Porto, a acreditar nas notícias da imprensa, a União Europeia não subsidiaria a construção de um centro materno-infantil sem que ele fosse inserido num hospital geral com adultos.

Nada a apontar. Esta posição da Comissão europeia enquadra-se na política da UE para o nosso país.

Inclusão de H. Pediátrico em Hospital Geral
Impactos - 2002
Índice "case mix" e financiamento:

	Doentes saídos	Case mix	Valor financeiro / Doente (€)
Hospital Geral Central (HSJ)	19.634	1,46	2.820,72
Hospital Pediátrico (HDE)	9.352	0,72	1.391,04
Inclusão HDE + HSJ	28.949	1,22	2.357,04

* Drª Vanessa Rodrigues

Figura 4

Não podemos esquecer o que aconteceu com outros sectores estratégicos nacionais, como a frota pesqueira ou a rede de produção agrícola, em que a UE apenas financiou o abate de efectivos e prefere subsidiar os agentes para que se mantenham improdutivos, a ter de intervir na sua recuperação. Era esperado que com a rede de cuidados pediátricos portugueses surgisse outra solução que não a de abate financiado?

“A concentração de meios pediátricos em hospitais gerais permite a rentabilização de recursos humanos, equipamentos e redução de custos”

Vejamos os aspectos desta quádrupla afirmação-problema: um filosófico, dois factuais e um outro puramente económico-financeiro.

Quanto à filosofia que encerra esta visão da assistência às crianças e adolescentes, que teve a sua maior aceitação no século XVIII e anteriores e eras da pré-humanização de atendimento centrado na criança, não só contraia muitos aspectos de convenções a que aderimos como País, como retoma a arcaica premissa de que as crianças são adultos pequenos, a quem se administram pequenas doses de medicamentos, que podem ser assistidas com vantagem em urgências de adultos e internadas nas respectivas enfermarias, seres de pouco entendimento e sensibilidade, pelo

que podem permanecer normalmente nas áreas de espera dos serviços de radiologia e laboratório comuns ao contacto com adultos em sofrimento, sem que tal lhes deva causar temor ou pânico.

Maugrado as dificuldades económicas conjunturais, penso que ninguém no Portugal de hoje defende um panorama próximo do descrito e, neste como noutros casos, apenas haverá que alertar os decisores que ainda tiverem margem de manobra para, simplesmente, ouvir.

No que se refere aos recursos humanos, nomeadamente aos médicos, enquanto no mundo desenvolvido e em particular na União Europeia se caminha para a especialização e sub-especialização na área pediátrica de acordo com as orientações da Confederação Europeia de Especialistas Pediátricos – CESP em que Portugal participa, surgem entre nós este tipo de afirmações perfeitamente desajustadas no tempo e do nível de desenvolvimento que o país atingiu e que lhe é reconhecido nas instancias internacionais. Não faz qualquer sentido insistir noutra estratégia que não a da qualidade dos cuidados, a diferenciação é desejável, a sub-especialização progressiva é inevitável e, portanto...sem mais comentários.

Olhando agora para os equipamentos, reconheço que a chamada rentabilização da tecnologia tem servido

para ir justificando algumas das disfunções anteriores, mas é já equívoca em muitos casos e será dificilmente aceite num futuro muito próximo.

Os equipamentos de adultos são cada vez menos utilizados ou simplesmente excluídos no diagnóstico e tratamento da criança. A ritmo elevado, chegam ao mercado equipamentos já desenhados a pensar nas necessidades específicas deste grupo etário e que vão construindo a espiral de não adequação a que também será votado o argumento do plateau tecnológico dos hospitais gerais.

Apenas a título de exemplo, refiro: as marquesas de cirurgia ortopédica e neurocirurgia com formulações e arquitecturas pediátricas, equipamentos de anestesia, endoscopia, ventiladores, TACs de baixa dose de radiação, sistemas de micrométodos analíticos e determinação transcutânea, laboratórios de sono, laboratórios de função respiratória, etc..

Ainda como exemplo, lembro que o programa do *Boardeuropeu* de especialidade de alergologia pediátrica, exige o treino em laboratório de função respiratória com equipamento exclusivamente pediátrico para que seja concedido o título de especialista europeu ao qual os médicos portugueses, por imperativo de acreditação e qualidade, vão ter de aderir a mais curto prazo do que se pensava.

Assim, no meu ponto de vista, também este argumento tem os seus dias contados.

Finalmente, quanto à redução de custos tão premente na conjuntura actual, há também algo a dizer e antecipo a conclusão: - Em Portugal, a inserção de um hospital pediátrico num hospital geral de adultos, leva a prejuízos de financiamento para o segundo que pagariam a construção de um novo hospital pediátrico (ou materno-infantil) em menos de 10 anos. Passo a demonstrá-lo com base num trabalho da Administradora Hospitalar, Drª Vanessa Rodrigues (Figuras 4 e 5). Realizou-se uma simulação sobre financiamento à produção por GDHs ponderados pelo respectivo Índice de

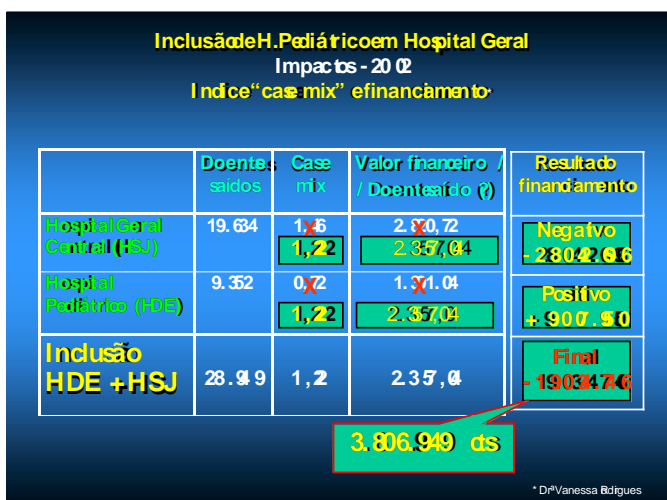


Figura 5

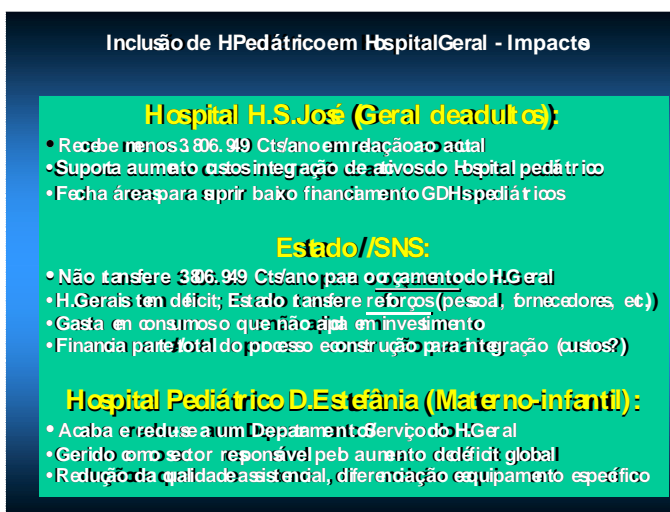


Figura 6

pitalar conjunta (HDE + HSJ) que no total deixaria de ser financiada (a preços actuais) anualmente em cerca de menos 19.034.746€ (cerca de 3.806.949 contos/ano) em relação ao financiamento que lhe é devido pela sua produção normal.

O quadro seguinte (Figura 6) resume algumas das repercussões do processo e deixa em aberto, por exemplo, a necessidade de explicar à população e aos serviços do hospital geral, que alguns tinham de se modificar ou alterar o parque de equipamentos ou reduzir recursos humanos ou mesmo encerrar, para conseguir redução de custos anuais de 3.806.949 contos/ano só para suportar a integração da unidade pediátrica em causa, uma vez que o princípio da nova gestão dos hospitais é o do financiamento pela produção realizada.

Caso contrário, o Estado SNS teria de transferir em reforços o que retirara antes no orçamento. Seria uma situação de "faz de conta" de difícil explicação, neste caso à população e aos serviços do Hospital pediátrico que apenas redundaria em prejuízo da oferta global e da qualidade assistencial para os escalões etários pediátricos, considerados como os agentes responsáveis pelo aumento do deficit e estrangulamento do hospital geral (aliás o que sucedeu em hospitais dos EUA, como referido antes).

Com base nesta análise, penso que ao fim de 10 anos (figura 7), o prejuízo acumulado no sistema seria poderia ser suficiente para pagar a construção de um novo hospital pediátrico ou materno-infantil autónomo do ponto de vista físico e de gestão, sem os problemas que a integração pura e simples acarretaria.

Esta situação seria ainda mais impressionante se a simulação fosse aplicada a um hospital pediátrico com índice de *case mix* mais baixo que o exemplo dado e um hospital central geral com um índice de *case mix* mais elevado que o Hospital de São José que serviu de modelo (o *case mix* dos hospitais universitários é geralmente muito elevado). Nesse caso, menos de 10 anos de desperdício seriam necessários para financiar o novo equipamento em questão e mandaria a prudência que se aceitasse a hipótese de, pelo menos, verificar a solidez de outros

case-mix (instrumento de medida da complexidade dos doentes internados num dado hospital) em 2002, em que se incluiria o Hospital Pediátrico (materno-infantil) de Dona Estefânia (Lisboa) num hospital geral de adultos, o Hospital de São José (Lisboa).

Como se pode ver no quadro da figura 4, o hospital geral central apresenta não só mais doentes saídos de internamento que o Hospital pediátrico (a população pediátrica ronda apenas os 15-18% da população total), como, devido à maior complexidade dos doentes adultos e idosos, apresenta um índice de *case mix* (1,46) muito superior ao do Hospital pediátrico (0,72) e esse factor de ponderação leva a que o "valor" médio do

financiamento atribuído a cada doente seja também muito mais elevado no Hospital geral (2.820,72 €) que no hospital pediátrico (1.391,04 €). Com a integração do Hospital pediátrico no hospital geral, o Índice de *case mix* resultante passava para 1,22, sendo mais afectada a fracção correspondente ao sector com maior numero de doentes saídos e pagos com base nesse novo factor de ponderação (novo "Valor" médio de financiamento por cada um dos 28.949 doentes = 2.357,04 €).

O quadro da figura 5, representa na coluna da direita os novos "valores" de financiamento resultantes dessa modificação do *case mix* e a sua repercussão no financiamento da nova unidade hos-

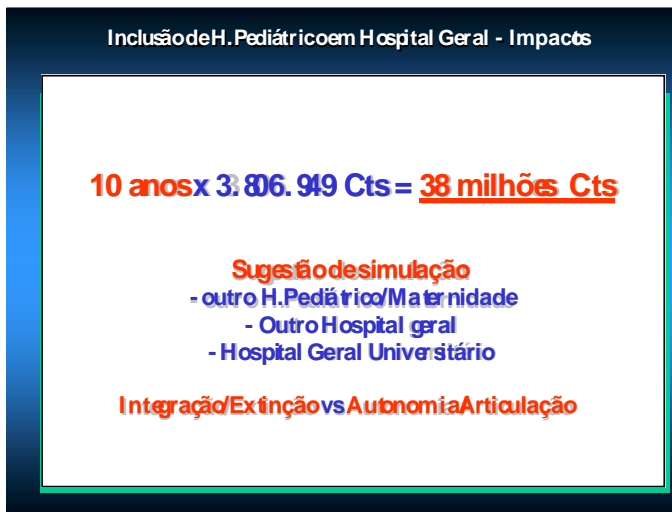


Figura 7

pontos de vista antes de provar o presente em bandeja dado.

Finalmente, gostaria de deixar um outro aspecto à vossa reflexão por me parecer de potencial gravidade e grande repercussão na vida e na alma da cidade e da sua população e que hoje lhes atiraria como amiga farpa sulista se a situação ainda desse margem para qualquer ironia. As premissas são as seguintes:

- Em 2015 prevê-se que, face ao continuo movimento populacional para as grandes cidades do litoral, 45% da população viva na área da metrópole lisboeta e 25% na área da metrópole do Porto.

- Estudos em países desenvolvidos, como o nosso, prevêem um aumento de 20% nas admissões pediátricas até 2027.

- Os Hospitais pediátricos, como unidades diferenciadas de referência para as várias sub-especialidades, são próprios das grandes cidades com massa populacional crítica que suporte a necessidade da sua existência.

Questiono: - como vai responder a maior cidade do Norte ao problema do aumento das necessidades crescentes de assistência à sua população pediátrica, à cada vez maior disponibilidade de tratamentos para a criança e à lógica de estar organizada como cidade de 2ª

categoria em cuidados de saúde no panorama nacional e europeu?

Meus caros amigos, *Primum non nocere*, (antes de mais “não estragar”) e como diria o poeta, “é preciso ser formiga, ir em sentido diferente, sair à rua e de cima de uma janela ou de uma tribuna, como fez há dias o Dr José Castanheira do Hospital de Viseu dizendo: “*Os internamentos das crianças e dos adolescentes devem processar-se sempre e sempre em ambiente pediátrico e os pediatras devem bater-se com coragem por esse objetivo*”.

Muito obrigado pela vossa atenção.

Nascer e Crescer 2003; 12 (4): S286-S292

BIBLIOGRAFIA

- Teresa Neto. Hospitais pediátricos – estratégias para a próxima década. Comunicação ao Congresso dos 125 anos do Hospital de Dona Estefânia. Lisboa. 2002.
- Teresa Neto. Avanços e retrocessos da Neonatologia. Acta Pediátrica Portuguesa. 2001; Nº 4; Vol.32: 203-5.
- Luís Rodrigues. Recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde. Ed. Colibri./ APIFARMA. Lisboa. 2002.

- PNDU. Relatório do Desenvolvimento Humano 2003.
- Getting the right start: National Service Framework for Children. Department of Health – UK. 2003.
- Ganhos de saúde em Portugal. Ponto da situação. Relatório de 2001 do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Ministério da Saúde-DGS 2002.
- José Mateus Marques. Editorial. Actualidades Pediátricas. 1995.
- Thompson, Chesney, Stocks, et al. Pediatric Hospitals and Physician Strategies for the 21st Century. Clinical Pediatrics. 259-263. 1999.
- Robert K Kanter, Matthew Egan. Utilization of pediatric hospitals in New York State. Pediatrics; May 2003; 111, 5; ProQuest Medical Library.
- Declaração de Barcelona. Direitos do Recém-Nascido.
- Declaração dos Direitos da Criança.
- Convenção dos Direitos da Criança.
- Long MJ, Dreachslin JL, Fisher J. Should children's hospitals have special consideration in reimbursement policy?. Health Care Financ Rev. Fall; 8(1):55-63.
- Hansen A. Overview case study – hospital management in Scandinavian hospitals. Hospital Health Care Europe 1999/2000.
- Solucient report predicts pediatric admissions to jump 20% by 2027. Health Care Strateg Manage. 2003 Jul;21(7):15
- Gama Brandão. Notas históricas. Acta Pediátrica Portuguesa. 1998; Nº 2; Vol.29: 197-9.
- Plano Director Regional.RSLVT (Síntese). Conselho Regional de Saúde. Ministério da Saúde, Jun 2001.