

Da importância dos aeroportos: conversas privadas sobre Saúde Pública

PEDRO SERRANO*

RESUMO

Saúde Pública e Medicina Geral e Familiar são áreas profissionais complementares, cuja história se fez seguindo um trajecto em que as similitudes parecem maiores que as diferenças e os pontos de contacto são permanentes. Este artigo traça um retrato rápido da história portuguesa das duas especialidades nos últimos 25 anos, desde a criação dos centros de saúde à actual reforma dos cuidados de saúde primários. Detêm-se nos aspectos formativos e do exercício de ambas as especialidades, debruça-se sobre alguns conceitos usados com frequência (saúde pública, saúde global, comunidade), analisa os constrangimentos que têm impedido a Saúde Pública de se afirmar plenamente e sugere algumas linhas de acção para que possam ser ultrapassados.

LÁ COMO CÁ

De vez em quando encontro-me no aeroporto de Lisboa com uma colega de Medicina Geral e Familiar (MGF), apanhamos um avião e vamos até um país onde, em conjunto e com aquilo que cada um de nós é capaz, andamos a trabalhar na implementação das nossas especialidades, até há muito pouco tempo inexistentes.

Quer de um lado (MGF) quer doutro (Saúde Pública - SP), os resultados observáveis a olho nu são ainda vizinhos do incipiente, mas também o que são três ou quatro anos na história da criação de uma especialidade médica? É que, decorrendo das circunstâncias de uma guerra que durou 30 anos e tudo esborrou, foi preciso começar mesmo do zero. Começámos por imaginar as nossas especialidades integradas num quadro nacional de referência da formação médica pós-graduada

para vir a descobrir que esse quadro não existia, de modo que se tornou necessário conceber e fazer aprovar uma legislação compatível. Depois, ao olhar para o terreno, tropeçámos nos colegas que, nas diversas províncias, hospitais de nível municipal e centros de saúde, iam praticando actividades classificáveis como de MGF ou de SP, mas executadas num modelo de exercício algo irregular. Como inserir estes colegas, uns civis e outros militares, no todo e como caminhar para uma certificação nacional das especialidades? Que género de 'refrescamento' formativo (é o sugestivo termo que lá usam) propor para actualizar longas práticas desintegradas de um corpo de conhecimentos? Que formação desenhar para os que iriam começar a especialidade de novo? Em que tipo de serviços formá-los e sob orientação de quem? Foi, continua a sê-lo em cada missão, necessário conversar interminavelmente com as pessoas que em todos os níveis de responsabilidade lidam e se interessam por isto – desde o Ministro da Saúde ao colega que trabalha no mais recôndito centro de saúde, passando pelo bastonário da Ordem dos Médicos e pelas diferentes hierarquias de directores hospitalares. Tudo isto para perceber e acautelar os interesses de uma realidade que é radicalmente diferente da nossa.

Imaginem o que é, num panorama de

*Coordenador do internato médico de Saúde Pública (zona Sul), membro da direcção do colégio da especialidade de saúde pública da Ordem dos Médicos.

saúde aflitivo,^{1*} contar com menos de um médico por 15.000 habitantes (sim, leu bem: 15.000) e, mesmo neste cenário rarefeito, de tal modo assimetricamente distribuídos pelo país que há áreas com uma dimensão superior à metade de Portugal com um único médico.

À noite, revejam-se em noites em que, em pleno Dezembro, se sai para jantar de *t-shirt*, é usual, no regresso, fazermos uma paragem nas poltronas do bar do hotel e aproveitarmos esse momento de relativa acalmia para comentarmos a agitação do dia que acabou, os acontecimentos importantes, imprevistos ou divertidos do nosso trabalho, conferirmos os progressos obtidos e acertarmos calendários para o dia seguinte.

Como somos de gerações similares é frequente aferirmos o que ali sucede com o que se passa ou já passou em Portugal e acabamos sempre a analisar o processo que estamos a viver à luz de uma perspectiva de história comparada, atitude sempre útil para centrar perspectivas, relativizar angústias ou a sensação de lentidão de processos que tomam lugar numa latitude onde o ritmo é radicalmente mais importante na música do que nos relógios de ponto.

Num desses fins de noite, enquanto eu, esparramado num sofá, ia pescando amendoins numa tacinha, ela (a MGF), depois de mexer o café com a ajuda de um pau de canela, olhou-me com ar pensativo e disse:

«Sabes uma coisa? Não sei se concordo com essa ideia de que as nossas duas especialidades são as mais afins, as que estão mais próximo uma da outra...»

Sorvi um golo da minha água-tónica, anuí que era bem possível que tives-

se razão:

«Acho que essa ideia vem muito do facto de trabalharmos ambos nos centros de saúde; se calhar é mais uma constatação de proximidade geográfica do que de substância.»

Ela continuou, desenvolvendo a sua teoria:

«No meu dia a dia preciso muito mais de me articular com um cardiologista ou com um oncologista do que com vocês...»

Depois, invariavelmente, olhávamos para o relógio e dávamos conta que aqueles breves momentos se tinham transformado numa eternidade que reduzira dramaticamente o tempo de sono que nos sobrava até à manhã seguinte, uma reunião logo às oito horas na Direcção Nacional de Recursos Humanos.

Do somatório de todas estas conversas, da cadeia de pensamentos que acabaram por arrastar, da sensação que, por vezes, nos assaltava de reviver um filme que já tínhamos visto em Portugal e em que tínhamos sido actores, ganharam consistência algumas reflexões sobre a evolução da SP e da MGF no nosso país e da relação que entre as duas áreas profissionais se foi estabelecendo. Convém que avise os leitores que aquilo que me proponho pensar em voz alta é enformado, em primeiro lugar, pelo tempo que já levo como actor desta longa-metragem e, em segundo lugar, pela especificidade da minha actividade profissional, quase toda ela vivida em torno da formação médica pós-graduada. Mas seja em relação a um determinante (tempo) ou ao outro (perfil profissional) não há muito que eu possa fazer!

UMA HISTÓRIA DA SAÚDE VISTA AO DE LEVE

Prometo não recuar a 1844, ano em que, por via do enterramento de cadáveres dentro das igrejas e do perigo que isso poderia representar para a saúde

*Esperança de vida à nascença: 40 anos (2003); taxa de mortalidade infantil: 154 ‰ (2000); taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos: 260 ‰; taxa de mortalidade materna: 1.700 por 100.000 nados-vivos; casos de tétano neonatal durante um ano (2004) e apenas num hospital pediátrico: 194 casos; taxa de incidência de doença diarreica aguda (2006): 188 por 100.000 habitantes.

do povo, nascia, estremunhado e de forma institucional, o profissional médico de SP em Portugal. Não vou, também, tecer louvor aos tempos, quiçá românticos, mas conceptual e tecnicamente ultrapassados, em que um simpático médico, que ficou conhecido por João Semana, se deslocava por vilas e aldeias visitando os enfermos. Nesses tempos, o João Semana (precursor literário do MGF) e o médico municipal (uma espécie de médico de SP jurássico) eram os únicos licenciados em medicina com que podiam contar as populações fora das grandes cidades. Ou seja: a assistência médica como a conhecemos hoje era algo praticamente inexistente. Quanto à equidade no acesso a essa assistência, o melhor é não falarmos nisso.

Quase um século depois, a meio do moderno século XX, o panorama não era muito diferente em Portugal e a indiferença do Estado perante a saúde da população era pouco menos que total, deixando com apatia essa função, entendida como de benemerência, para as Misericórdias.

Somente a força das circunstâncias, uma situação económica grave e uma penúria tão generalizada que a emigração se desencadeou no país como fenómeno maciço, fez acordar o Governo para a necessidade de cuidar um pouco da saúde dos poucos trabalhadores que iam restando. É que, amarga constatação, trabalhador doente produz pouco e não se pode contar com ele. Assim nasceram as Caixas de Previdência e os poderosos Serviços Médico-Sociais, historicamente mais vocacionados para reduzir o absentismo e aumentar a produtividade² do que propriamente para assegurar aos trabalhadores e seus familiares uma saúde como devia ser. Fora desta assistência clínica a paisagem era o deserto, apenas minguaado por uma actividade de SP que, orientada por uma Direcção-Geral de Saúde quase sem meios, fazia o que podia nas

áreas do saneamento do ambiente, da protecção da saúde materna e infantil, do controlo de epidemias e da implementação de algo que se estava a revelar em todo o mundo como uma medida de tremendo impacto: a vacinação sistemática da população, uma medida tão surpreendente que, desde que garantido um determinado nível de cobertura vacinal, protegia de algumas doenças mesmo aqueles que não tinham sido vacinados!

Quando, em 1974, a revolução chegou e fez ruir o sistema político vigente com um sopro, o retrato de saúde do país era confrangedor: uma esperança de vida rondando os 64 anos, uma mortalidade infantil na casa dos 60 ‰, uma mortalidade materna inconfessável a nível europeu; tétano, sarampo, tosse convulsa, surtos de cólera e febre tifóide; a malária e a poliomielite apenas controladas há um vergonhoso escasso número de anos.

De tal modo a situação (económica, social e de saúde) portuguesa era notória que, afirmadas as intenções democráticas e quebrado o isolamento europeu, alguns países se propuseram auxiliar o nosso desenvolvimento na área da saúde, como se fôssemos mais um país do que ainda se chamava *terceiro mundo*. Tremenda ironia para uma potência colonizadora que, logo que assentou a poeira do Império, revelou uma realidade interna tão descarnada que a classificou de imediato na lista dos elegíveis para a ajuda que é dispensada aos países colonizados.³

Um dos países que decidiu dar uma mãozinha foi a democrática, civilizada e rica Noruega, um tanto embaraçada por ter auxiliado no passado os movimentos de libertação das ex-colónias portuguesas. E o governo norueguês contactou o governo português, propondo-se financiar projectos que ajudassem a melhorar a saúde dos portugueses. Perante a generosidade dos valores postos em cima da mesa (algo

como, a preços de hoje, 7 milhões de euros a fundo perdido, a que foi acrescentada igual quantia para manutenção do projecto, sob a forma de empréstimo com juro altamente bonificado),⁴ as autoridades locais entusiasmaram-se e pediram a construção de um hospital universitário em Coimbra, com muitas centenas de camas e equipamento do último grito tecnológico, uma coisa capaz de ombrear com os maiores hospitais do Porto e de Lisboa. Com requintado tacto diplomático, os noruegueses olharam a proposta portuguesa e pediram que, em alternativa, lhes fosse enviado um retrato quantificado do país (Quadro 1).

Nos dados enviados por Portugal, corria o ano de 1978, chamou-lhes a atenção alguns números referentes ao distrito de Vila Real, uma zona com os mais baixos indicadores de nível de vida do país, onde o analfabetismo atingia os 40% e apenas 5% da população era servida por redes de esgotos.⁵ A partir deste retrato a decisão foi rápida e o projecto luso-norueguês que daqui nasceu concentrava a totalidade do financia-

mento num investimento integrado no distrito de Vila Real. Do projecto constava a reconversão de um antigo hospital psiquiátrico num moderno hospital distrital; a construção de uma escola de enfermagem; a construção, de raiz, de 5 Centros de Saúde e de 15 extensões de saúde em aldeias periféricas do distrito. Mas, ao contrário, por exemplo, da ajuda americana da época (coordenada por um militar), o projecto norueguês não se restringia à construção de edifícios e ao seu equipamento – uma importante verba foi destinada a bolsas de estudo e, sublinhado meu, à *criação de um instituto de clínica geral em cada uma das duas faculdades de medicina existentes no norte do país*.

Estávamos em 1978, relembro, o panorama de saúde era o referido e as estruturas físicas de prestação de cuidados do Estado (hospitais, postos dos serviços médico-sociais, centros de saúde) eram insuficientes, estavam degradadas e mal equipadas, pois grande parte dos recursos financeiros do país tinha andado, nos quinze anos anteriores, a ser investida na manutenção de uma guerra colonial com várias frentes.

Claro que uma revolução não traz só vantagens. A desorganização em que caiu o país no segundo quinquénio da década de 70 teve como consequência, entre outras, o acumular de uns milhares de médicos que as faculdades de medicina iam democraticamente produzindo e entupiam aflitivamente o sistema após a conclusão da licenciatura. Quanto ao Estado, entretido em sucessivas salvas de convulsões políticas, não tinha tempo para pensar nisso nem sabia o que lhes fazer terminados que eram os dois anos de formação profissionalizante (o internato geral, então chamado «internato de policlínica») e o ano suplementar que todos os médicos deviam cumprir em serviços da periferia da rede de cuidados de saúde oficiais. Este serviço médico à periferia era uma medida que homogeneizava num

QUADRO I

ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE DE PORTUGAL E DO DISTRITO DE VILA REAL

	Portugal	Vila Real
Habitacões sem luz eléctrica, 1970 (%)	36	60
Habitacões sem água canalizada, 1970 (%)	53	81
Taxa de mortalidade materna, 1975 (100.000 nados-vivos)	43	94
Taxa de mortalidade infantil, 1975 (‰)	38	58,9
Taxa mortalidade por pneumonia, 1975 (100.000 habit.)	13	134
Taxa mortalidade por DIP, 1975 (100.000 habit.)	23	35
Partos sem assistência médica (%)	14,9	58,5

Fonte: Adaptado de Anker H e Borchgrevink F (3).

Notas: habit. - habitantes; DIP - Doenças infecciosas e parasitárias.

2 em 1 a prestação de cuidados ao povo do país profundo (um enunciado muito ao gosto do estilo revolucionário) com o alívio de adiar por algum tempo a complicada decisão sobre o futuro daqueles médicos todos.

Assim, no ano de 1979 – ano em que foi criado o Serviço Nacional de Saúde –, o que se podia encontrar como futuro berço para deitar e criar as especialidades de MGF e SP, prestes a nascer? Quase nada, as palhinhas estavam longe de ser douradas.

SORTE DANADA

Nos primeiros meses de 1980 regressei do tal serviço médico à periferia e fui colocado num Serviço de uma especialidade sofisticada de um hospital central. Rapidamente percebi que quase agradeciam que não pusesse lá os pés, pois só servia para atrapalhar. De facto, numa altura em que o ingresso nas especialidades esteve parado durante sete ou oito anos, que investimento podia o hospital fazer num tipo que não tinha, muito provavelmente, um futuro por ali? Embora percebesse o ponto de vista deles, sentia-me bastante mal naquela inutilidade; é que com três anos de trabalho em instituições onde havia poucos ou quase nenhuns médicos, eu tinha amadurecido profissionalmente e estava habituado a fazer de tudo com intensidade e com autonomia. Murchei e, olhando em volta, só via gente deprimida, perscrutando o nevoeiro à espera que chegasse a tal manhã em que as especialidades hospitalares seriam de novo postas em marcha.

Um dia, quase ao sabor do acaso, apercebi-me que ia haver uma reunião para apresentação de um projecto de saúde em Trás-os-Montes, uma cooperação luso-norueguesa para a qual andavam desesperadamente a tentar arranjar médicos e enfermeiros. Compareci à tal reunião e no final aproximei-

-me do coordenador português do projecto e disse: «eu vou». E fui para casa a pensar no que seria isso de *cuidados primários de saúde* e de *clínica geral* (CG). Não era coisa que a gente tivesse aprendido na Faculdade.

Antes do meu exílio transmontano, como erroneamente tentavam classificar a minha decisão colegas bem intencionados, estive na Noruega durante dois meses para fazer um estágio intensivo em cuidados primários e conhecer a realidade local. Um desses meses passei-o num centro de saúde de uma comunidade rural nas bordas de um fiorde e o outro em Oslo, a capital, a visitar serviços e a ser discretamente interrogado e trabalhado por um simpático *gentleman* que me tinha ido esperar ao aeroporto com uma garrafa de maduro-tinto e um *bouquet* de flores!

Vim da Noruega com a sensação de ter aprendido mais em dois meses do que em seis anos de licenciatura, carregado de livros de CG (ingleses e canadianos, sobretudo) e a forte convicção que ia dedicar a essa área médica e aos cuidados de saúde primários (CSP) o resto da minha vida. E emigrei para Trás-os-Montes, para dar a primeira da vasta série de quedas que representou descer aos trambolhões a escadaria do modelo da impecável rede de CSP noruegueses, que *vi a funcionar*, até ao último degrau do desgosto face ao barroco burocrático e à caótica ineficiência do incipiente sistema de saúde português.

O primeiro choque decorreu de algo muito simples, mas que resultou em algo definitivo no meu percurso profissional: tinha sido contratado para ser director do primeiro centro de saúde desse projecto a abrir as portas ao público e ao apresentar-me, cheio de orgulho, como médico de CG, foi-me dito com frieza:

«Qual CG, isso é coisa que nem existe! Você vai é ingressar na carreira de SP: segundo a lei o director de um centro de saúde tem de ser um médico de SP.»

E lá fui outra vez para casa, olhar com desalento os livros comprados em Oslo, as resmas de artigos em inglês fotocopiados febrilmente, e pensando com os meus botões o que seria isso de SP. Também não era coisa que tivesse aprendido na Faculdade.

UM AJUDANTE EXEMPLAR

Estranhamente, quem deu a volta e sentido a tudo isto nem sequer foi um ministro da Saúde. Até meados da década de 80 a Saúde não era assunto suficientemente importante para se ter autonomizado dentro da estrutura do Governo. O ministério era o dos Assuntos Sociais e a Saúde apenas uma das Secretarias. Foi um ajudante do ministro, termo pelo qual foram um dia definidos os Secretários de Estado, que pensou o *puzzle* como um todo e montou o edifício onde, em boa medida, ainda hoje assenta o que temos de bom e se relaciona com especialidades médicas e modelo de exercício extra-hospitalar. O seu nome Paulo Mendo, médico hospitalar de uma especialidade ultra-técnica (a neurorradiologia) e, não é hoje difícil afirmá-lo, o melhor Ministro da Saúde dos muitos que Portugal conheceria nos últimos 25 anos do século XX. Não que na altura tenhamos achado nada disso, mas o tempo permite uma visão mais serena e apropriada da realidade e é com gosto que dou a mão à palmatória e enumero algumas das medidas que, apenas na área de que falo, esse Secretário de Estado levou a cabo: criou as carreiras médicas;⁶ restituiu dignidade técnica e introduziu modernidade na formação médica, criando as novas especialidades de saúde pública e de clínica geral,⁷ até aí não existentes como tal nem no âmbito do Estado nem no reconhecimento pela Ordem dos Médicos. Aprovou o regulamento dos Centros de Saúde⁸ e, com ele, deu conteúdo à prática dos CSP nas

suas duas vertentes de CG e SP. Acho que chega, para ilustrar o argumento de excelência e o que me interessa narrar e... ah!, que me ia esquecendo: inspirado pelas novidades que os noruegueses trouxeram – o Dr. Paulo Mendo acompanhou este projecto de muito perto – criou os institutos de Clínica Geral, primeiro o do Norte,³ para honrar o acordo, ao que se seguiram o do Centro e o do Sul.

Pode dizer-se que pensou em tudo e o que gizou pôs no terreno em pouco mais de dois anos: a espinha dorsal dos cuidados de saúde (CSP e centros de saúde), o enquadramento em termos de exercício dos profissionais (as carreiras) e, fundamental, a formação de toda esta gente; quer a formação nas duas especialidades novas (CG/MGF e SP), quer a formação intensiva dos colegas que, vindos do serviço médico à periferia, entraram em massa na nova carreira de CG.

O CALDO PRIMORDIAL

Quando a CG foi criada em Portugal, a SP já por aqui andava há muito. E, ao contrário da CG, o seu raio de acção repartia-se não apenas pelo nível local (centros de saúde, subdelegações de saúde), mas também pelos outros patamares da divisão administrativa do país: nível distrital e central. Mas, de facto, um momento crucial da sua evolução coincidiu com a criação da carreira de CG e a integração dos serviços prestadores de cuidados de saúde. Até aí, serviços de cuidados de tipo preventivo (a SP, dependente da Direcção-Geral da Saúde) e serviços de cuidados curativos (uma medicina indiferenciada, a dos Serviços Médico-Sociais) trabalhavam separadamente, fosse do ponto de vista físico ou conceptual.

Com a integração destes dois tipos de serviços no mesmo espaço físico e sob uma mesma ideologia tudo mudou ra-

dicalmente.⁹ Eu que o diga, que fui submetido ao método experimental como director de um dos primeiros centros de saúde (chamavam-lhes 'piloto' para nos fazer sentir importantes) onde se praticou essa amálgama. Assisti ao desaparecimento da última rodada dos médicos do serviço médico à periferia, que vinham por 12 meses e, de súbito, à chegada de colegas que se passaram a chamar clínicos gerais e a quem tinha sido prometida uma formação que os iria habilitar ao novo exercício e a uma especialidade. Mas, enquanto essa formação vinha e não vinha, eram os mesmíssimos médicos do costume: licenciados em medicina com uma mentalidade e um treino puramente hospitalar, a leste do paraíso para as *nuances* dos CSP e para essas actividades chamadas 'valências': planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, vacinação, programas de saúde dirigidos a problemas de saúde como a tuberculose, a lepra (sim, a lepra) ou a moderníssima hipertensão arterial.

Nós (ou, pelo menos, alguns de nós), médicos de SP, íamos tendo umas luzes do assunto, temperada por alguma prática. Para se ocupar uma vaga na carreira de SP era preciso, e foi assim até 1985 – ano em que arrancou o primeiro internato com a duração de três anos –, fazer um curso na longínqua Lisboa, uma formação que no princípio durou 3 meses; depois melhorou e ocupava o tempo de um ano lectivo em *part-time* e, finalmente, durava um ano em regime de tempo completo.

Era isto que nos diferenciava (médicos de SP e de CG) na última metade dos anos 70 e na primeira dos 80: nós tínhamos a mais alguma formação específica em *saúde da população* e *administração de saúde* e a prática de dirigir a saúde e os serviços locais.

Como seria de esperar, quando as formações das nossas especialidades (ou, no caso da CG, tendente à especialidade – formação em exercício) se puse-

ram em marcha andámos por ali a chapinhar uns anos num caldo comum, isto é, havia sobreposição de competências, de conhecimentos, uma débil definição de fronteiras. Estávamos todos a aprender e a *cópia* é importante num processo de aprendizagem, talvez mais importante que o *ditado*.

Assim, o primeiro programa de formação da especialidade de SP tinha estágios hospitalares em Pediatria e Obstetrícia, o que reflectia ainda o pendor clínico das valências que tinham sido/eram ainda da nossa responsabilidade directa: saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil. Por sua vez, a formação estruturada em CG recorreu longamente a cursos da Escola Nacional de Saúde Pública, e um dos presidentes de um dos Institutos de CG foi, durante uns anos, um médico de SP. Cada uma das especialidades a tactear a respectiva identidade. É certo que íamos olhando para o estrangeiro em busca de inspiração, como sempre fazemos. Mas, a partir de um certo ponto, isso de pouco nos servia: o estrangeiro é, ele próprio, muito variado, e a nossa realidade era completamente nova e a precisar de soluções caseiras.

Nos anos 90 a alteração da legislação das carreiras médicas¹⁰ encarregou-se de reflectir a evolução verificada no terreno: no enunciado do perfil a SP assumia mais explicitamente o seu carácter de especialidade não clínica, alicerçada na epidemiologia e vocacionada para a administração de saúde, e a CG/MGF seguia o seu rumo de tomar por completo a responsabilidade de prestar cuidados integrados ao indivíduo e à família.

NÃO HÁ BELA SEM SENÃO

Percorrido este caminho, aqui nos encontramos em 2007, com algumas boas notícias para dar das respectivas famílias profissionais. Ambas as especiali-

dades conseguiram alcançar um nível formativo invejável, mesmo em padrões internacionais. Recentemente (2004), por força de directiva europeia¹¹ a formação em SP passou de três para quatro anos e o seu programa de formação¹² contempla actualmente todas as competências que a União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS) definiu como denominador comum para o exercício no território europeu.

Quanto à MGF, cuja história e evolução acompanho com o interesse que se sente por alguém afectivamente próximo e pelo trabalho feito em comum ao longo de uma vintena de anos com colegas dessa especialidade, penso poder dizer-se o mesmo: a sua formação é moderna, estruturada e preocupa-se em ser rigorosa; os seus profissionais esforçam-se por alargar um campo de conhecimento próprio e vai produzindo e publicando investigação específica. Estou também convencido que, mais cedo ou mais tarde, a duração da especialização evoluirá para quatro anos, pois o terreno, até mais rapidamente dentro de portas do que no espaço europeu além fronteiras, vai amadurecendo nessa direcção.

Mas, como usa dizer-se, «não há bela sem senão» e, no que à SP diz respeito, é fundo o fosso que separa aquilo que os médicos, ao sair da especialização, estão habilitados a praticar e o que os espera nos serviços de saúde, sobretudo nos de âmbito local. Esses constrangimentos a um exercício adequado, identificados há longo tempo, podem ser resumidos em quatro alíneas:

a) Os actuais serviços de SP (um por centro de saúde) não têm dimensão suficiente para gerar conhecimento e evidência com significado epidemiológico, nem estão apetrechados com os recursos humanos e técnicos de que, minimamente, necessitam. Dito de outro modo: os serviços de SP não têm a dignidade de um serviço ou, sequer, de uma unidade funcional;

b) Os profissionais nem sempre têm funções claramente definidas (baseadas em objectivos ou numa evidência técnica básica), perdendo-se na execução de tarefas avulsas sem repercussão na saúde global da população: cartas de condução, juntas médicas, verificação burocrática de óbitos são exemplos deste tipo de tarefas. Cada um dos ministérios do Estado, por vezes sem sequer auscultar o da Saúde, tem o à vontade legislativo de invocar a participação do médico de SP (especialmente usando a sua faceta *autoridade de saúde*) para todos os actos de cariz fiscalizador de que são capazes de se lembrar. Claro que, como sucede também à MGF em certos actos, o passar a responsabilidade destas tarefas para os médicos do Serviço Nacional de Saúde poupa, aos organismos que tomam estas iniciativas, fortunas e as dores de cabeça ligadas à organização dessa prestação. Como curiosidade, registe-se que as normas legais que enquadram, invocam ou ordenam a participação da SP nas actividades ou tarefas citadas ocupam quatro *dossiers* A4 com cerca de 500 páginas cada;

c) A pressão assistencial ou organizativa dos próprios serviços de saúde desloca profissionais ou recursos para fora da área da SP (domicílios, cuidados curativos, atendimento burocrático) esfarelando qualquer prioridade ou programação nesta área;

d) Tendo por cultura um exercício estanque, os profissionais de SP não apresentam mobilidade ou flexibilidade de acordo com as necessidades e o seu perfil de base.

O diagnóstico está feito e em cima da mesa pública há mais de uma década. Já mais perto de nós, em 2004, o Instituto de Humanismo e Desenvolvimento, organização privada sem fins lucrativos que se dedica a levantar, estudar e propor soluções para os problemas

que afligem a sociedade portuguesa, formou um grupo para isto mesmo: estudar os constrangimentos a um exercício efectivo da SP e propor soluções para os mesmos. O grupo convidado para se debruçar sobre esta matéria era composto por médicos de SP e de MGF, ou seja, a abordagem do problema e as respectivas sugestões de solução não foram feitas isoladamente apenas pelo grupo profissional da área em causa, mas sim recorrendo a uma visão complementar do assunto. Os resultados desse trabalho,¹³ como é hábito na estratégia de *lobbying* benévolo que o Instituto pratica, foram enviados a toda a gente plausivelmente interessada, desde o Ministro da Saúde aos deputados da Assembleia da República.

O ESTADO DA FRUTA

Há cerca de um ano atrás, num editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG), o seu director, ao reflectir sobre aquilo a que chamava a *orientação comunitária da MGF*, afirmava que «uma das questões insuficientemente discutidas na comunidade de saúde em Portugal e da maior importância para o desenvolvimentos dos CSP é o do papel relativo e das inter-relações entre médicos de família e médicos de saúde pública».¹⁴ Refere também o editorial que «as mudanças ocorrem quando o amadurecimento colectivo as torna possível e se conjugam determinadas condições políticas»,¹⁴ acrescentando que a MGF está madura para essa mudança.

Pela parte que nos toca, e como foi sendo dito, há muito que percebemos que a SP precisava de seguir a evolução que, sobretudo, decorreu do desenvolvimento económico e social do nosso país desde há 30 anos para cá. Até o simbólico ano 2000 (ano em que, segundo uma visionária OMS, a população mundial deveria alcançar a Saúde...) já lá vai

há que tempos e o modelo que nos enformou, inspirado na *Declaração de Alma-Ata*,¹⁵ nas *Metas da Saúde Para Todos*¹⁶ e noutras recomendações da Organização Mundial de Saúde, tornou-se largo nas mangas ou, dito de outro modo, pouco ajustado ao país em que nos transformámos.

A saúde da população está, numa apreciação colectiva, muito melhor, o acesso aos cuidados de saúde e à informação em saúde é generalizado e os nossos problemas já não são aqueles que, prioritariamente, assustam os países em desenvolvimento. Mas a globalização do mundo, ocorrida de forma acelerada nos últimos anos, afectou tudo e todos e a Saúde não escapou a isto, tornando-se impossível encará-la somente dentro dos limites de fronteiras geográficas. Deixámos de ter sarampo, mas podemos voltar a ter malária; estamos a controlar a meningite autóctone, mas ela pode voltar por via da importação de casos. Ou seja: no seu sentido mais lato a Saúde, mais do que *pública* (na perspectiva de referente à população de um país) tornou-se *global*.

Como é óbvio nada disto se compadece com modelos antigos de observar e medir doença ou com uma organização de serviços enquistada, pulverizada, sem recursos e sem as tecnologias da informação básicas para o século XXI.

Foi por isso com expectativa que ouvi e acompanhei as primeiras notícias sobre a reforma dos serviços de saúde anunciada pelo actual Governo e, dentro dela, para a que nos dizia mais quantitativamente respeito: a reforma dos CSP.

A nossa última tentativa de reformar a organização e o exercício da SP, datada de 1996, tinha ficado no papel, exactamente por o tal *amadurecimento colectivo* referido no editorial da RPCG não estar ainda no ponto – as mudanças então propostas acabaram por não se fa-

zer por falta do apoio activo dos próprios profissionais de SP.

Desta vez as coisas começaram com mais consistência e fizeram-se de um modo mais amplo e integrado: o grupo técnico inicial para a reforma dos CSP foi constituído por médicos de MGF e de SP. Claro que cada um de nós, resultado do amadurecimento a que cada especialidade chegara, se dedicou ao que mais lhe interessava: a MGF a tornar a sua prática mais próxima de um exercício centrado no indivíduo e na família, para isso reclamando autonomia e flexibilidade de organização e tentando sacudir do novo modelo o peso que representa a responsabilidade de ter que se ocupar com aspectos de uma gestão mais administrativa do que clínica. Isto é, evoluindo de um universo de maior dimensão e complexidade organizativa (o actual centro de saúde) para unidades de menor dimensão (unidades de saúde familiar). É engraçado que o caminho da SP se tenha feito em sentido inverso: embora reclamando a mesma autonomia e flexibilidade de organização, a SP almejava subir para um patamar de organização de serviços mais amplo, ou seja: centrar o seu trabalho não na imprevisível dimensão populacional dos actuais centros de saúde (cuja população de influência pode oscilar entre os menos de 3.000 e os mais de 100.000 habitantes), mas em unidades de maior dimensão: unidades de saúde pública, funcionando ao nível de um agrupamento de centros de saúde. Esta nova organização, por passar a trabalhar numa dimensão populacional com significado epidemiológico e pela concentração e especialização direccionada dos seus recursos, poderá permitir ultrapassar os constrangimentos identificados ao exercício da especialidade.

Caminhos de sentidos opostos, mas de direcção única, provavelmente é isto a complementaridade.

DA COMPLEMENTARIDADE COMO VIRTUDE

Entendido isto, o trabalho do grupo de missão para a reforma dos CSP publicou as suas linhas de acção prioritárias¹⁷, documento que o actual Ministro prefaciou classificando a iniciativa de «oportunidade histórica».

Passou-se isto em Junho de 2005 e a partir daí, estabelecido e firmado que estava o fundamental, cada um foi desenvolver os seus trabalhos de casa para local diverso. No que nos diz respeito, e com a lógica de que a presença e actividade da SP atravessa os vários patamares de organização dos serviços de saúde (nível local, regional, central/nacional), foi entendido por quem decide que o grupo que trataria da reorganização dos serviços de SP trabalharia junto da Direcção-Geral da Saúde.

Nestes dois anos, esse grupo propôs linhas estratégicas¹⁸ e termos de referência¹⁹ para os diversos tipos de novos serviços a criar e implementar. Simultaneamente, trabalhou nas alterações legislativas que é preciso introduzir para pôr as novidades no terreno, iniciou a quase infinita tarefa de apagar das funções da SP aquelas que nada têm a ver com a saúde das populações e dedicou-se a produzir manuais de procedimentos que passem a balizar o exercício, definido segundo objectivos, dos novos departamentos (nível regional – integrados nas Administrações Regionais de Saúde) e unidades de SP (nível local – integradas nos Agrupamentos de Centros de Saúde).

Cada um destes documentos, cada passo importante do trabalho tem sido feito em colaboração com o Grupo de Missão para os CSP. O entendimento tem sido fácil e frutuoso, pois ambas as metades (MGF e SP) sabem o que querem e o que precisam para formar um todo. Exemplo desta colaboração é o trabalho conjunto em aspectos relacio-

nados com o futuro sistema de informação dos CSP e sua ligação em rede aos outros sistemas de informação relevantes para o conhecimento e gestão da Saúde. Sendo duas das principais funções das futuras unidades de SP a de se constituírem como observatório de saúde local e a de se responsabilizarem pelo conhecimento das necessidades de saúde da população a seu cargo, uma informação precisa e fiável é, como se pode imaginar, da maior importância. Mas do lado da MGF, a importância de um bom sistema de informação não é menor, seja para conhecer o estado de saúde das pessoas a seu cargo, seja para garantir o cumprimento da carteira de tarefas que contratualizou e pela qual será remunerada. Vou tentar ser ainda mais comezinho nesta ilustração: se a nova organização dos serviços se traduzir numa menor cobertura vacinal da população, duas coisas vão acontecer e cada uma delas representará um insucesso: 1 – poderá ocorrer um surto epidémico em doenças actualmente controladas (sarampo, poliomielite) o que representará um falhanço da responsabilidade da SP em garantir a defesa da saúde da população e 2 – ao nível da unidade de saúde familiar, os respectivos médicos terão casos de doença de repercussão potencialmente grave e completamente evitáveis nas suas famílias, o que se traduzirá num insucesso no compromisso de disponibilizar cuidados integrados e de boa qualidade a todos os indivíduos inscritos nas suas listas.

Nada neste hipotético cenário interessa à SP ou à MGF e fica justificada a necessidade de complementaridade de funções, bem como demonstrada a vantagem de um trabalho em conjunto.

A TENTACÃO COMUNITÁRIA

Esboçada a história recente das nossas especialidades, comentado o modo

como se foram relacionando no tempo, resta analisar a postura de cada uma delas face ao conjunto de pessoas que estão à nossa responsabilidade e que, um tanto a torto e a direito, ouvimos designar por *comunidade*.

O termo, embora sedutor, é um tanto vago²⁰ e como o seu uso pode gerar equívocos é para nós (SP) tecnicamente preferível o termo *população* para designar o estudo desse conjunto definido de pessoas e o termo *saúde pública* para classificar a intervenção sobre esse conjunto. Observemos algumas dificuldades surgidas da aplicação deste conceito de *comunidade* a dois aspectos das nossas áreas profissionais (a *orientação comunitária da MGF*, e a *intervenção comunitária da SP*), exemplos que tentam chamar a atenção para a seguinte questão: de que estamos, de facto, a falar quando invocamos a *comunidade*?

No que diz respeito à SP, uma atracção purista pela designação levou a que nos perdêssemos numa *intervenção comunitária* que, por vezes, se limita a uma actuação sobre uma série de casos (eg.: intervenção sobre o insucesso escolar numa turma de uma escola) ou, mesmo, sobre casos individuais de duvidosa repercussão sobre a saúde da população (eg.: intervenção sobre o problema predial gerado por uma velhinha ter 37 gatos no seu apartamento ou pelo cavalheiro idoso, um tanto só e um nada senil, que evidencia dificuldade em se separar dos seus sacos de lixo, optando por acondicioná-los na sala-de-estar). Esta perspectiva municipalista da comunidade, apenas baseada na noção de proximidade, conduz a um investimento de recursos desproporcionado e a um desperdício de tempo com problemas que ultrapassam a esfera da competência médica e caem na órbita da intervenção de tipo social.

Quanto à *orientação comunitária da MGF*, tema tratado em editorial da RPCG¹⁴, o assunto parece pacífico quando se trata de manejar pedagogo-

gicamente o conceito em conteúdos de programas de formação, mas tudo parece complicar-se ao tentar passá-lo à prática diária da MGF. Ou dizendo de outro modo e para identificarmos uma dificuldade que também é familiar em SP: enquanto se viaja nas águas do ideal, pois que a formação é, antes de mais, uma construção sobre a forma como as coisas se deveriam passar, o enquadramento de uma *orientação comunitária* da MGF soa justo, os constrangimentos nascem na sua concretização. As razões para este desacerto entre o conceito e a sua aplicação são múltiplas e o editorial citado enumera algumas delas; mas ao tentarmos programar uma intervenção em saúde sobre um conjunto bem definido da população (definido pelo seu tamanho, por uma área geográfica, ou por outra característica relevante como a área de atracção de um serviço de saúde) e se quisermos ultrapassar o nível da mera declaração de louváveis intenções vamos, de novo, parar à necessidade de complementaridade entre o exercício da MGF e o da SP. É impossível que um MGF conheça a sua *comunidade* através da sua lista de utentes ou mesmo através da soma da lista de utentes de todos os MGF de uma determinada área geográfica. A impossibilidade é técnica, é de raiz epidemiológica e é clinicamente irresolúvel. Quero com isto dizer que esse conhecimento não é relevante para a prática da MGF? De modo algum! Esse conhecimento é importante e pode orientar uma prática clínica mais compreensiva e apropriada, mas é uma competência da SP conhecê-lo, trabalhá-lo e fornecê-lo a quem dele precisa. Pois que é, por definição, função primordial da SP o conhecer a distribuição da doença na população e tentar chegar a explicações sobre os seus factores determinantes²¹.

Seria maravilhoso um mundo em que cada estrato profissional se pudesse preocupar apenas com o que lhe é

mais importante: a MGF cuidando de pessoas, individualmente, na sua teia de relações interpessoais e de vizinhança; a SP observando, vigiando e monitorizando a saúde da população sob a sua área de influência; os restantes elementos da equipa de saúde ocupando-se das vertentes e problemas que implicam com o bem-estar das pessoas. Se tudo isto fosse feito de modo articulado, estou certo que essa tal *comunidade* lucraria imenso com isso.

DEDICATÓRIA

Guardei as últimas linhas para dedicar este artigo a um senhor chamado Herman Anker. MGF de formação, com funções destacadas no Instituto de Clínica Geral de Oslo, foi o responsável máximo do projecto transmontano na área da saúde que referi.

Já esse projecto tinha terminado formalmente e os seus aspectos concretos implementados quando recebi, iam os anos 80 avançados, uma carta dele com carimbo de Boston. Estava nos Estados Unidos, na universidade de Harvard, a fazer um doutoramento em SP. Anos depois do dia em que me recebeu no aeroporto de Oslo com uma garrafa de maduro-tinto, após tudo o que com ele partilhei e aprendi nos quatro anos da minha ligação ao projecto luso-norueguês, o homem continuava a ser fonte de inspiração. Desta vez com uma lição prática sobre como se pode começar ou recomeçar mesmo em idade madura e de como se podem aprender coisas proveitosas com quem navega em outros mares ou voa para outros continentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundação Calouste Gulbenkian, Ministério dos Negócios Estrangeiros de Portugal, Ministério da Saúde de Angola. Criação de um centro de investigação em saúde

no Caxito: apresentação do projecto. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; Novembro 2006. [Documento não publicado]

2. Carreira HP. Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos e Planeamento da Saúde (GEPS). Normas para programação de equipamentos da saúde. Lisboa: GEPS; 1979.

3. Anker H, Borchgrevink CF. Primary health care in Portugal: reflections on a Portuguese-Norwegian development project. *Fam Pract* 1985 Sep; (2) 3: 59-64.

4. Norwegian Agency for International Development (NORAD). Agreement between the government of the Kingdom of Norway and the government of the Portuguese Republic regarding co-operation in the health sector. Oslo: NORAD; 1979.

5. Ministério dos Assuntos Sociais. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Plano integrado de saúde: Vila Real-Bragança. Lisboa: SES; 1980.

6. Decreto-Lei 310/82, de 3 de Agosto. «Diário da República - 1ª série», p. 2283-98. [Regime legal das carreiras médicas]

7. Portaria 1223-B/82, de 28 de Dezembro. «Diário da República - 1ª série», p. 4246(11)-4246(19). [Regulamento do internato complementar]

8. Normativo 97/83, de 22 de Abril. «Diário da República - 1ª série», p. 1439-53. [Regulamento dos Centros de Saúde]

9. Natário AR, Sousa AB, Campos AC, Marinho AJ, Faria JG, Santos, JL, et al. Integração de unidades de cuidados primários de saúde: avaliação da eficácia dos serviços. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde* 1981; 5: 311-23.

10. Decreto-Lei 73/90, de 6 de Março. «Diário da República - 1ª série», p. 958-70. [Regime legal das carreiras médicas]

11. Decreto-Lei 177/2003, de 5 de Agosto. «Diário da República - 1ª série A», p. 4616-25. [Transposição da Directiva 2001/19/CE da Comunidade Europeia que fixa os tempos de formação para cada especialidade]

12. Portaria 555/2003, de 11 de Julho. «Diário da República - 1ª série B», p. 3968-86. [Programas de formação dos internatos complementares de anatomia patológica, cardiologia pediátrica, cirurgia geral, medicina nuclear, nefrologia e saúde pública]

13. Instituto de Humanismo e Desenvol-

vimento (IHD). Saúde pública: presença efectiva no sistema de saúde, intervenção eficiente na defesa da saúde da população. Lisboa: IHD; 2005.

14. Sousa, Jaime C. A orientação comunitária da medicina geral e familiar: uma questão de bom senso. *Rev Port Clin Geral* 2006 Jul-Ago; 22 (4): 417-20.

15. Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Alma Ata: recomendações. Geneva: OMS; 1978.

16. Organização Mundial de Saúde (OMS). As metas da saúde para todos. Copenhagen: OMS; 1985.

17. Ministério da Saúde. Missão Para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP). Linhas de acção prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Lisboa: MCSP; 2006.

18. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Grupo de Trabalho para a Reestruturação da Saúde Pública. Um novo paradigma para a saúde pública: relatório sobre linhas de acção prioritárias. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2005.

19. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Comissão Nacional Executiva e Grupo de Acompanhamento Nacional da Reorganização dos Serviços de Saúde Pública. Termos de referência para a rede nacional de serviços de saúde pública: âmbito regional e local. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2006.

20. Last J, editor. A dictionary of epidemiology. 3rd. ed. New York: Oxford University Press; 1995.

21. MacMahon B, Trichopoulos D. Epidemiology: principles and methods. 2nd ed. Boston: Little, Brown; 1996.

Endereço para correspondência:

Pedro Serrano
Coordenação do Internato Médico
de Saúde Pública
Centro de Saúde
Rua Dr. Catanho Meneses,
2530-117 Lourinhã.
E-mail: pedroserrano22@sapo.pt

ON THE IMPORTANCE OF AIRPORTS: PRIVATE TALKS ABOUT PUBLIC HEALTH**ABSTRACT**

Public Health and General and Family Medicine are complementary professional areas whose history has been made on a path where similarities seem to be bigger than differences and contact points are permanent. This article outlines a quick picture of the Portuguese history of the two specialties in the past 25 years, from the creation of health centres to the present reform of primary health care. It focuses on training and practice-related aspects of both specialties, examines some concepts that are frequently used (public health, global health, community), analyses the constraints which have prevented public health from fully consolidating itself and suggests a few guidelines to overcome them.