



Carta Hospitalar Pediátrica – Uma reflexão

José Carlos Peixoto

Hospital Pediátrico de Coimbra. Membro da ex-Comissão Materna e Neonatal

A Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (CNSCA) submeteu o novo documento “Carta Hospitalar de Pediatria”¹ a discussão pública. Há que felicitar os seus proponentes por esta iniciativa. A sua implantação irá contribuir seguramente para a melhoria dos cuidados na área pediátrica em Portugal.

Entendemos que uma carta hospitalar deve garantir um acesso universal com equidade, efectividade, eficiência e distribuição geográfica equilibrada; igualmente deve prever uma coordenação que garanta responsabilização e continuidade dos processos de modo a conseguir bons resultados sem desperdício, tirando o máximo partido dos recursos.

Após leitura do documento destacam-se aspectos que considero pontos fortes e outros que considero fraquezas susceptíveis de comprometer os pressupostos atrás discriminados. Eis, então, a minha perspectiva:

Pontos fortes

- A hierarquização dos hospitais em Serviços de Pediatria Geral (SPG) e Serviço de Pediatria Especializado (SPE);
- A definição dos recursos, rácios, população mínima e responsabilidades assistenciais para justificar um Serviço;
- A cooperação prevista com os Centros de Saúde (CS) através de protocolos de referência a elaborar pelas Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF);
- A criação de protocolos para as relações inter-hospitalares dentro das Redes de Referência;
- A ocupação dos pediatras de pequenos hospitais no ambulatório;
- A definição de Recursos Humanos para os SPG com ou sem Maternidade;
- A integração de Médicos de Família (MF) nas urgências hospitalares, reforçando a partilha assistencial que lhes é exigida nos Cuidados Primários;

- A previsão de uma Unidade de Internamento de Curta Duração em todos os Serviços de Urgência;
- A tentativa de racionalizar as Subespecialidades, Cuidados Intensivos e Cirurgia Pediátrica, subentendendo-se a previsão de regionalização dos cuidados.

Fraquezas

Quanto às fraquezas considero importante reflectir sobre as questões seguintes:

1. Ambulatório

O ambulatório nos SPG e SPE é fundamental para satisfazer as necessidades do próprio hospital; garantir uma Consulta de Referência específica para os MF/CS e Pediatras locais; Consulta de Triagem das Subespecialidades nos SPG, e resposta à referência nos SPE; Consulta de Desenvolvimento e Consulta multidisciplinar para Adolescentes.

A elevada prevalência dos problemas da adolescência e de desenvolvimento justificam estas consultas em todos os SPG. São necessárias para a referência dos MF locais e rastreio de casos complexos para os Centros de Desenvolvimento e Centros de Adolescentes Regionais. Devem incluir o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco, recentemente previsto na Rede Nacional das Crianças de Risco².

A previsão de apenas três Centros de Adolescência de referência serve apenas para casos problema e é insuficiente para todas as necessidades deste escalão etário.

Actualmente, os MF executam 90% da assistência infantil e adolescentes a nível dos cuidados primários e referem cerca de 10-15% desta actividade³. A CNSCA preconiza para solucionar este problema a figura do Pediatra Consultor⁴. Atendendo ao número de CS e ao rácio Pediatras/população esta solução³ só é viável actualmente na região de Lisboa. Na Região Centro existem apenas 180 Pediatras para 110 Centros de Saúde e 700 extensões⁵. Na Região Norte, estas relações são semelhantes. As exigências hospitalares dispensam poucos pediatras para estas funções. Organizar uma Consulta de

Recebido: 19.05.2008

Aceite: 19.05.2008

Correspondência:

José Carlos Cabral Peixoto
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
Hospital Pediátrico de Coimbra
3000 Coimbra
jcpeixoto@mail.telepac.pt

Referência nos SPG para este efeito, com a tripla função: assistencial, monitorização, comunicação e formação, tem sido uma solução eficaz em muitos locais. Não é incompatível com a figura do Pediatra consultor; é complementar. Mesmo que o Pediatra Consultor se desloque para efectuar esta consulta nos CS há sempre limitações logísticas que justificam a deslocação de alguns doentes ao hospital. Esta actividade constitui o suporte fundamental para as UCF concretizarem a avaliação/formação e articulação contínuas.

2. Subespecialidades (SE)

A baixa prevalência da patologia da maioria das SE, a competência e experiência exigidas, as responsabilidades na formação, a necessidade de recursos e técnicas diferenciados e de actualização permanente, exigem uma distribuição eficaz e eficiente.

Os Subespecialistas distribuem a actividade pelas seguintes áreas:

- Técnicas/Investigação
- Internamento
- Urgência
- Ambulatório para as necessidades do hospital e resposta ao rastreio dos SPG da Rede de referência
- Actualização de conhecimento e formação dos pediatras com competência nesta área, da sua rede de referência, que efectuem o rastreio desta patologia nos SPG.

Considero que os dois elementos propostos pela CNSCA são insuficientes para satisfazer em pleno estas tarefas, comprometendo a universalidade, a equidade, a efectividade e a continuidade dos projectos profissionais. O aparecimento de falsas necessidades e a duplicação de recursos nos hospitais da rede de referência é inevitável. É mais viável e rentável uma SE com quatro elementos do que dispersar a assistência por dois. Dentro do Hospital, para minorar o problema, devem ser libertados da responsabilidade do Internamento e partilhar a assistência às crianças internadas, como consultores da equipa de Pediatria Geral a quem deve competir a coordenação geral da Assistência. A “balcanização” do Internamento Pediátrico gasta energia, é dispendiosa, cria falsas necessidades, não garante melhor assistência e desperdiça recursos. De facto, só raramente se justifica proceder a internamentos específicos das subespecialidades, por exemplo Oncologia.

Os Subespecialistas devem satisfazer as solicitações dos SPG da sua rede de referência, através de uma rede assistencial assente em Pediatras locais, que embora exerçam as funções normais de Pediatria Geral, acrescentam o rastreio e seguimento desta patologia específica. Esta competência deverá ser fornecida a quem voluntariamente se disponibiliza para tal, pelo Serviço da respectiva SE.

Tal como aconteceu nos EUA, se estes problemas não são antecipados e os projectos profissionais não forem garantidos, surgirão problemas a curto prazo^{6,7}.

3. Cirurgia

A hipótese de criação de Cirurgia Pediátrica nos SPG levanta muitas dúvidas.

Há 30 anos, em toda a Região Centro, existe apenas um Serviço de Cirurgia, em Coimbra, e um Cirurgião Pediatra em Viseu.

É possível que com esta regionalização plena, possa haver crianças para operar por cirurgões de adultos. Mas tal pode ser evitado se a referenciação for bem estruturada. A hipótese considerada de deslocação de equipas cirúrgicas para satisfazer as necessidades dos hospitais das redes de referência seria bem vinda. Já se executou com sucesso na Região Centro. Tal situação é possível, viável, garante equidade, qualidade, satisfação de projectos, rentabiliza muito uma área de grandes custos. Exige **querer**, por parte dos profissionais, coordenação, cooperação e complementaridade. As crianças agradeceriam e o Estado pouparia muitos milhões. A previsão de pequenos serviços de cirurgia num país tão pequeno só é defensável se o espírito de equipa, a comunicação, a cooperação e complementaridade não funcionarem e se interesses individuais se sobrepuserem aos interesses colectivos.

4. Cuidados intensivos

Uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) regional deve garantir assistência de eleição e acesso a todos os doentes da região. Deve investir na formação e criar pólos de reanimação em todos os SPG da rede de referência. Deve avaliar o sistema e, pelo menos um em cada Região, deve garantir o transporte interhospitalar medicalizado. Três Pediatras para estas funções não chegam. A argumentação usada para as subespecialidades repete-se. Os projectos profissionais ficam comprometidos, a continuidade das equipas questionada, fica comprometida esta assistência vital. Geram-se falsas necessidades, não se garante equidade no acesso universal, duplicam-se serviços. A eficácia não melhora, a experiência diminui, as crianças não agradecem e o Estado, em vez de poupar, desperdiça.

A distribuição do número de Unidades proposta parece adequada, excepto em Lisboa, onde não existe população pediátrica para garantir efectividade e eficiência a quatro Unidades no total, com apenas 19 camas. Na Região Centro, 30 anos de história demonstram que, apenas um Unidade, consegue dar boa resposta a 321.949 crianças em idade pediátrica. O segredo mais uma vez é querer e aplicar com coerência os C's do trabalho em equipa: coordenação, comunicação, cooperação complementaridade, competência e continuidade⁸⁻¹¹.

5. Coordenação, Avaliação, Responsabilização

Não estão previstas responsabilidades nas áreas da avaliação e formação das Redes de Referência. A coordenação deveria ser prevista e definida para garantir responsabilização e continuidade dos processos.

O exemplo da Rede Materna e Neonatal não deve ser ignorado. A existência de uma Coordenação Nacional e o papel das Comissões Regionais, nas Regiões onde se constituíram, conseguiram impedir que as sucessivas mudanças de tutela e modelos de gestão comprometessem a referenciação, tanto com os CS, como as relações inter-hospitalares. Evitaram duplicações e contribuíram para melhorar a efectividade e eficiência. Ao apoiar as UCF mantiveram um sistema de avaliação, comunicação e formação quase contínuas.

Estou convicto de que, com estas sugestões, se poderá melhorar a qualidade, rendibilizar os recursos, dar consistência aos projectos profissionais e oferecer maior estabilidade à Rede de Referência Pediátrica proposta.

Referências

1. Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente. Carta Hospitalar de Pediatria - Documento em discussão. Acessível em <http://www.acs.min-saude.pt/2008/04/04/cartahospitalarpediatria?r=959>, www.spp.pt e www.acs.min-saude.pt.
2. Direcção-Geral da Saúde. Maus tratos em crianças e jovens. Intervenção da Saúde Documento Técnico. Lisboa, Outubro 2007.
3. Peixoto JC. Organização da assistência materno-infantil e pediátrica em Portugal. Acessível em: <http://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=46&op=2&ID=132>.
4. Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente. Pediatras nos Agrupamentos de Centros de Saúde - Pediatra Consultor. <http://www.acs.min-saude.pt/2008/02/25/pediatraconsultor?r=959>.
5. Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico de Portugal, 2006. INE, Lisboa, 2007.
6. Gruskin A, Williams RG, McCabe ER, Stein F, Strickler J, Chesney RW *et al.* Final report of the FOPE II pediatric subspecialists of the future workgroup. *Pediatrics* 2000;106:1224-44.
7. Shugerman R, Linzer M, Nelson K, Douglas J, Williams R, Konrad R; Career Satisfaction Study Group. Pediatric generalists and subspecialists: determinants of career satisfaction. *Pediatrics* 2001;108:1-6.
8. Costa E, Moleiro P, Carvalho L, Fabela Neves J, Oliveira J, Peixoto JC e Grupo MBP. Eficácia da Rede de Referência Perinatal da Região Centro. *Boletim do CEP* 2006.
9. Brown MS, Ohlinger J, Rusk C, Delmore P, Ittmann P, on Behalf of the CARE Group. Implementing potentially better practices for multidisciplinary team building: creating a neonatal intensive care unit culture of collaboration. *Pediatrics* 2003;111:e482-e8. Acessível em <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/111/4/e482>.
10. Baker GR, King H, MacDonald JL, Horbar JD. Using organizational assessment surveys for improvement in neonatal intensive care. *Pediatrics* 2003;111:e419-e25.
11. Ohlinger J, Brown MS, Laudert S, Swanson S, Fofah O. On behalf of the CARE Group. Development of potentially better practices for the neonatal intensive care unit as a culture of collaboration: communication, accountability, respect, and empowerment. *Pediatrics* 2003;111:e471-e81.