

A Pediatria Geral e as Sub-Especialidades Pediátricas

Análise de Algumas Questões

2ª Parte – A Relação entre a Pediatria Geral e as Sub-Especialidades Pediátricas – Implicações na Assistência e no Ensino Clínico

JOÃO M. VIDEIRA AMARAL

*Clínica Universitária de Pediatria / Hospital de Dona Estefânia
Faculdade de Ciências Médicas / Universidade Nova de Lisboa*

Resumo

A sub-especialização pediátrica trouxe grandes progressos à pediatria e, por consequência, ao serviço prestado à comunidade. Em Portugal, recentemente foram reconhecidas cinco novas sub-especialidades, o que veio totalizar com as já existentes, um total de oito.

Neste artigo de análise e discussão, que está dividido em duas partes, são passadas em revista, de acordo com a experiência do autor e a pesquisa bibliográfica, as principais implicações da sub-especialização tendo em conta as relações das sub-especialidades com a pediatria geral, quer no que respeita ao período de treino clínico, quer no que respeita à assistência propriamente dita e ao sistema de triagem de doentes.

Na segunda e última parte do artigo são tratados os seguintes tópicos: relação de equilíbrio entre a pediatria geral e as sub-especialidades quer no âmbito da assistência, quer no âmbito da formação pós-graduada; a necessidade de manutenção, nos hospitais centrais e universitários, de uma área robusta de pediatria geral a qual não deverá ter posição subalterna em relação às sub-especialidades; por fim uma lista de situações clínicas que deverão ser cometidas à pediatria geral, com implicações positivas, quer no planeamento assistencial, quer na formação de internos.

Em suma, a acção concertada da pediatria geral e das sub-especialidades em prol da assistência à criança traduz-se num grande benefício no serviço à comunidade. No entanto, é importante acenar que cada criança deverá ter o seu médico assistente (idealmente pediatra), com capacidade para a resolução da maioria das situações clínicas e que decidirá sobre a eventual necessidade de encaminhamento para o pediatra sub-especialista.

Summary

General Pediatrics and Subspecialties.

Analysis of Some Issues

Part two : The relationship between General Pediatrics and Subspecialties-Implications for Patient Care and Clinical Training

Subspecialization in several pediatric fields has brought great advances to pediatrics and therefore to the care provided to the community. In Portugal subspecialties in pediatrics have recently increased in number, respectively from three to eight.

This discussion paper which is divided into two parts, examines according to the author's experience and the available data on biomedical literature, the main implications of subspecialization taking into account their relationships with general pediatrics concerning either the training period of residency or the provision of care and the triage system.

The following is the second and last article in this series where the following issues were analysed: balance and relationship between general pediatrics and subspecialties, both in terms of institutional department and in terms of medical education and residency program; the need for a strong general pediatrics area in central and university hospitals taking into account that general pediatrics should not be minimized by the subspecialties; at last a comprehensive list of conditions for which patients may not be seen by a subspecialist is depicted as one approach to patient care planning with important and practical implications for the trainees.

In summary, children receive excellent care from medical and surgical pediatric subspecialists who see infants and children exclusively. As a matter of fact, the synergistic effects of focused subspecialty services have resulted in expanded options for children. Nevertheless the general pediatricians ideally the (responsible providers of care) should be able to take care of most illnesses and children and should decide when help by a subspecialist is needed.

Introdução

Na primeira parte do artigo foi feita uma abordagem sobre o desenvolvimento das sub-especialidades pediátricas

nos Estados Unidos e na Europa, a propósito da recente oficialização pela Ordem dos Médicos de cinco novas sub-especialidades pediátricas (Neonatologia, Nefrologia Pediátrica, Gastrenterologia Pediátrica, Oncologia Pediátrica e Cuidados Intensivos Pediátricos) que se juntam às três inicialmente criadas há cerca de duas décadas (Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica e Pedopsiquiatria)^(1,2,3)

Objectivo

Nesta II parte, que continua a discussão de questões relacionadas com o impacto da oficialização de novas sub-especialidades, serão abordados aspectos da relação entre a pediatria geral e as sub-especialidades pediátricas nas perspectivas da formação e do desempenho profissional.

Relação de equilíbrio entre a pediatria geral e as sub-especialidades – a necessidade de promover uma pediatria geral de prestígio

Entendemos que a formação de novos sub-especialistas não deverá contribuir para a subalternização dos pediatras generalistas. Haverá, pois que evitar o "esvaziamento" da pediatria geral evitando erros cometidos no âmbito da medicina geral de adultos relacionados com a "formação" de sub-especialistas sem uma formação básica indispensável ou tronco comum de medicina interna). Quer nos hospitais centrais, quer nos hospitais distritais, haverá que preparar solidamente pediatras gerais competentes, que possam assumir com toda a legitimidade as tarefas de médico global ou médico-assistente da criança, e aptos para uma triagem correcta para o pediatra sub-especialista. Tal tarefa deverá ter início já na fase de pré-graduação. Efectivamente, embora os hospitais centrais englobando áreas diferenciadas, sejam considerados por definição especializados, para a garantia duma pediatria de prestígio - e, por consequência, para a garantia dum melhor serviço à comunidade-entendemos que os mesmos deverão incorporar, igualmente um serviço de pediatria geral.⁽⁵⁾

Relação institucional entre a pediatria geral e as sub-especialidades pediátricas – implicações para a formação

Modelos assistenciais

Num modelo que se tem sido aplicado com êxito nos modernos hospitais nas duas últimas décadas, as áreas de internamento nos respectivos serviços não são estanques; pelo contrário existem espaços que albergam lado a lado diferentes valências ou sub-especialidades incluindo casos cirúrgicos, assim como doentes de pediatria geral.

Constituem excepção a este princípio de flexibilidade as áreas para isolamento, cuidados intensivos, hospital de "dia" e áreas onde são praticadas técnicas que utilizam equipamento sofisticado⁽⁶⁾.

Quer no modelo clássico de espaços próprios e separados para cada valência, quer neste último modelo mais versátil, cada criança admitida no serviço hospitalar para a pediatria geral terá como médico responsável (médico assistente) o pediatra geral, o qual, procedendo à abordagem global diariamente, obtém a colaboração do pediatra sub-especialista como consultor para a resolução de problemas mais complicados. Nos casos de doentes internados pelo sub-especialista – correspondendo, em princípio a casos mais complexos, o responsável é o mesmo sub-especialista, sendo o pediatra geral o consultor.

De acentuar que o modelo versátil a que aludimos exclui, em princípio, as valências de Neonatologia e de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais.⁽⁷⁾

Torna-se evidente que este esquema de convivência da Pediatria Geral com as Sub-especialidades pediátricas em qualquer dos modelos atrás definidos poderá dar origem a algumas perversões de ordem metodológica com repercussões negativas na qualidade assistencial e na própria formação. O maior risco diz respeito, sobretudo, à "tentação" de solicitar ao sub-especialista tarefas que são do foro da pediatria geral e vice-versa, o que contribui para diminuir as oportunidades de treino dos respectivos internos⁽⁸⁾.

Efectivamente, a lógica é que, quer em ambulatório, quer em medicina hospitalar organizada e hierarquizada, seja o pediatra geral a fazer a triagem inicial do doente; e, conforme a situação em análise, o mesmo decidirá eventualmente o encaminhamento para o pediatra sub-especialista ou outro. No nosso sistema, prevendo que no âmbito dos cuidados primários seja o médico de família / clínico geral a fazer a triagem, pressupõe-se, por coerência, que no circuito assistencial (ideal) o clínico geral encaminhe a criança, quando indicado, para o pediatra geral na base de relações profissionais de excelência em diálogo permanente e segundo o espírito das unidades coordenadoras funcionais^(7,8).

Não cabendo discutir neste local o direito à livre escolha do médico, um comentário apenas para a dificuldade que poderá surgir em adoptar à risca esta metodologia (ideal) face à nossa realidade que contempla dois modelos de sistemas de saúde: privado e estatal. No entanto, no âmbito da formação, nunca será de mais incutir a ideia-chave de cunho pedagógico a veicular junto das famílias das crianças: cada criança deverá ter o seu médico-assistente com papel crucial na orientação da criança nos circuitos assistenciais, não parecendo lógico que esta "saltite" de sub-especialista para sub-especialista segundo o critério exclusivo dos pais. Aliás, esta questão tem a ver com os direitos da criança.

Situações clínicas do âmbito da pediatria geral

Para terminar a análise de algumas questões relacionadas com a temática da pediatria geral na sua relação com as sub-especialidades (algumas das quais são, evidentemente, polémicas), será pertinente proceder a uma abordagem das situações clínicas que deverão ser cometidas à pediatria geral. Com efeito, a separação das "águas" em espírito de cooperação e de equipa, afigura-se-nos de utilidade, não só para as crianças e famílias, para a relação profissional entre pediatras não sub-especialistas e pediatras sub-especialistas, mas também para a formação dos internos e alunos de medicina aos quais poderão ser proporcionadas oportunidades de aprendizagem mais adequadas. Não se podendo estabelecer barreiras muito estanques em medicina, será da maior relevância estabelecer linhas gerais de orientação com bom senso)

• Problemas das vias respiratórias:

Otite média aguda, hipertrofia amigdalina, hipertrofia das adenóides, apneia obstrutiva em períodos breves, rinite vasomotora, rinite alérgica sazonal, rinofaringites frequentes, pneumonia, bronquiolite.

• Problemas do foro cardiovascular:

Sopros inocentes, situações de hipertensão moderada em adolescentes obesos, obesidade na adolescência

• Problemas do foro gastrointestinal:

Regurgitação e vômitos do lactente, refluxo gastro-esofágico, obstipação, encoprese, diarreia, dor abdominal sem outros sintomas, infestações intestinais.

• Problemas do foro genito-urinário:

Enurese diurna e nocturna, infecções recorrentes do tracto urinário no sexo feminino, refluxo vesico-ureteral (graus 1,2,3), micro-hematúria, proteinúria postural, testículos retrácteis.

• Problemas do foro hematológico:

Anemia ferropénica, trombocitopénia transitória idiopática

• Problemas do foro endocrinológico:

Obesidade e baixa estatura constitucional

• Problemas músculo-esqueléticos:

Torcicolo, entorse, escoliose ligeira, pés planos, joelhos varo e valgo.

• Problemas do foro dermatológico:

Dermatite atópica, dermatite das fraldas, dermatite seborreica, acne, urticária, tinha, escabiose, verrugas, queimaduras ligeiras, picadas e mordeduras, impetigo, hemangioma, púrpura de Henoch-Schonlein.

• Problemas do foro neurológico:

Cefaleia, enxaqueca, convulsões febris simples, convulsões típicas do tipo grande mal, convulsões do tipo pequeno mal, atraso mental, défice de atenção acompanhado de hiperactividade, dislexia, tiques menores.

• Problemas do foro comportamental:

As chamadas "cólicas" do lactente, os chamados "espasmos do soluço", perturbações do sono, fobia escolar, depressão ligeira.

• Problemas do foro alérgico:

Reacções alimentares adversas e a maioria das situações de asma não complicada.

• Problemas do foro neonatológico

Recém-nascido saudável estacionado com a mãe na maternidade, recém-nascido saudável após a alta da maternidade, rastreio de sinais de risco.

Na verdade, os sub-especialistas deverão reservar a sua disponibilidade para os problemas cada vez mais complexos relacionados, por exemplo, com uma cada vez maior sobrevivência de recém-nascidos de muito baixo peso, com as situações de doença crónica de maior gravidade que obrigam a estadias médias cada vez de maior duração e com a necessidade de realização de técnicas e procedimentos envolvendo apoio multidisciplinar⁽⁹⁾.

Em suma, abordámos algumas questões no que respeita à relação da pediatria geral com as sub-especialidades pediátricas com implicações na formação e no esquema assistencial. Por fim, foi discriminado um conjunto de situações clínicas que são do foro da pediatria geral

Bibliografia

1. Sampayo F, Rosa FC, Ferreira GC, Coutinho JÁ, Fontoura M, Antunes NL (Grupo de Trabalho da Sociedade Portuguesa de Pediatria). O Problema das especialidades pediátricas. *Rev Port Pediatr* 1990; 21: 498-9
2. Sampayo F. Especialidades pediátricas. In Educação Pediátrica (edição da Sociedade Portuguesa de Pediatria). Lisboa. *Matriz-Publicidade e Edições*, 1990
3. Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos. *Revista Ordem dos Médicos* 2003; 19: 6-7
4. Barros-Veloso AJ. Reflexões acerca do currículo em medicina interna. *Acta médica Portuguesa* 1993;
5. Videira-Amaral JM. Relatório Pedagógico sobre ensino-aprendizagem da Pediatria. (Provas de Agregação no âmbito da Universidade Nova de Lisboa). Lisboa, edição do autor, 1996
6. Caetano E. Tecnologia da unidade de internamento hospitalar. Associação portuguesa de Engenharia Hospitalar (ed); Lisboa, 1980
7. Hurt H. Continuing Care of the high-risk infant. *Clin Perinatol* 1984; 11: 3-17
8. Stickler BB. The pediatrician as a consultant. *AJDC* 1989; 143:73-4
9. McCumon PJ, Hansen TN. Why are children's hospitals so busy? *J Pediatr* 2003; 142: 219-20