

COMO VAI A PEDIATRIA E COMO VÃO OS PEDIATRAS

NOTÍCIAS

Seminário «Comparative analysis of the organisation of Paediatric care in the European Union, Norway and Switzerland», Bruxelas, 15 de Dezembro de 2000

O seminário «Comparative analysis of the organisation of Paediatric care in the European Union, Norway and Switzerland» foi organizado pelos ministérios dos assuntos sociais, saúde pública e ambiente da Bélgica, pela Confederação Europeia dos Especialistas em Pediatria e pelo Hospital Universitário de Leuven. A direcção da Sociedade Portuguesa de Pediatria aceitou o convite que lhe foi endereçado e participou na colheita de dados prévia e na sua apresentação e discussão em Bruxelas no dia 15 de Dezembro de 2000.

O objectivo do seminário era a partilha de informações de cada um dos dezassete países convidados permitindo aos responsáveis belgas conhecer a situação actual e as experiências dos outros estados.

O Prof. L. Cannoodt apresentou os resultados de um inquérito europeu sobre a organização dos cuidados pediátricos. Apesar de serem evidentes as diferenças entre os países do norte e do sul, nomeadamente o papel dos pediatras nos cuidados primários que é inexistente nos primeiros, há tendências comuns.

Recursos humanos

• Como consequência de uma crescente falta de pediatras há cada vez mais médicos sem treino em pediatria a prestarem cuidados de saúde a crianças. O número de médicos actualmente em formação na área da pediatria é inferior ao dos que se presume deixarem em breve de exercer. A falta de pediatras é mais visível nos serviços de urgência, na pediatria comunitária e nos cuidados de saúde a crianças com deficiências. As listas de espera para consultas de pediatria é já actualmente de 2 a 6 meses na Dinamarca, Holanda, Reino Unido, Suécia e Irlanda.

• As resistências ao reconhecimento oficial das subespecialidades pediátricas dificultam o seu desenvolvimento.

Organização dos recursos

• O controlo de qualidade ainda não está suficientemente desenvolvido e persistem problemas de acessibilidade geográfica e económica (custos de terapêuticas prescritas e restrições de sistemas de seguros nomeadamente quanto a consultas de promoção de saúde no grupo etário dos 2 a 6 anos e à transferência de cuidados médicos para departamentos de pediatria).

• O aumento da importância dos cuidados de saúde ambulatoriais e da exequibilidade dos tratamentos em hospital de dia e domiciliários podem vir a polarizar a actividade pediátrica em apenas dois níveis: cuidados ambulatoriais e cuidados terciários.

• Os cuidados intensivos pediátricos são ainda assegurados nalguns casos por unidades de adultos e em muitos países a organização dos cuidados intensivos pediátrico e neonatais é independente. A responsabilidade pelo transporte é variável e está geralmente melhor organizado na área neonatal.

Algumas das soluções propostas foram a criação nos orçamentos da saúde de uma parcela específica para os cuidados de saúde em idade pediátrica e uma partilha de funções dos pediatras (quer com médicos de família com treino adequado em pediatria, quer com outros pro-

fissionais como psicólogos, nutricionistas e enfermeiros). Foi também apontado como exemplo a seguir a recente criação do Ministério da Criança na Irlanda.

A par da exigência de uma formação pediátrica adequada para todos os clínicos responsáveis pela observação de crianças foi defendido o princípio de que todos os cuidados médicos hospitalares no grupo etário pediátrico devem ser prestados em departamentos de pediatria, a par da exigência de que todos os cuidados de enfermagem a crianças devem ser executados por enfermeiros com a especialidade.

A reorganização e adaptação dos cuidados hospitalares em pediatria inclui obrigatoriamente uma fusão de serviços, a par das unidades de obstetrícia. Para ultrapassar a relutância das populações e responsáveis políticos locais deve ser acentuado que só as unidades com meios humanos e dimensões minimamente adequados podem estar habilitados a prestar cuidados de saúde com segurança e qualidade. Os custos por internamento são também 50% mais elevados nas unidades de pequena dimensão e nestas as taxas de ocupação são geralmente inferiores. Foi referido que as despesas em saúde infantil deveriam ser distribuídas em 60% para cuidados médicos em ambulatório e em 40% para cuidados em internamento.

O número mínimo de pediatras por unidade de internamento foi avaliado como sendo de 7 no Reino Unido e de 5 Holanda e Bélgica (nesta última eventualmente de 3 em horário completo mas assegurando apenas um serviço de prevenção fora das horas de normal funcionamento do serviço).

A colaboração entre as unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos deve ser estimulada.

A proposta belga para reorganização dos departamentos de pediatria prevê a exigência de prestação de cuidados médicos em ambiente pediátrico até aos 16 anos com possibilidade de acompanhamento 24 horas por dia no mesmo local por pelo menos um familiar (em instalações apropriadas) e a exigência de uma actividade mínima anual (avaliada não por número de camas mas por número de internamentos e tratamentos). Caso um departamento não ultrapasse os valores mínimos estabelecidos por três anos consecutivos o seu encerramento deve ser considerado e executado excepto em circunstâncias excepcionais (nomeadamente distância para o departamento de pediatria mais próximo). Será também considerada obrigatória a existência de educadores de infância e de um psicólogo em todas as unidades de pediatria.

Reunião do European Board of Paediatrics, Bruxelas, 16 de Dezembro de 2000

A Direcção da Sociedade Portuguesa de Pediatria fez-se mais uma vez representar na reunião do European Board of Paediatrics da Confederation of European Specialists in Paediatrics que decorreu em Bruxelas no dia 16 de Dezembro de 2000.

A avaliação da formação em Pediatria continua na ordem do dia. Foram apresentadas reflexões sobre as diferentes modalidades possíveis: exames finais e avaliação curricular dos formandos e avaliação *in loco* e creditação dos serviços com capacidade formativa.

O Prof. Alan Craft expôs a experiência do Reino Unido. A admissão ao Royal College of Paediatricians and Child Health obriga à aprovação em dois exames. O primeiro consiste numa prova escrita de escolha múltipla com 60 perguntas, 20 das quais abordam temas de ciências básicas. Os candidatos têm geralmente 18 meses de formação em Pediatria quando se submetem a este exame de cuja aprovação depende a evolução no programa de formação. O segundo exame é constituído por uma prova escrita (cinco perguntas sobre uma história clínica, dez de interpretação de resultados laboratoriais e vinte sobre a de imagens) e uma prova oral (avaliação das aptidões, capacidades de comunicação com crianças e familiares e atitudes) com discussão de casos clínicos. Anualmente há 2.000 candidatos, metade dos quais do Reino Unido, e as provas realizam-se cada quatro meses. No primeiro exame há 80% de aprovações e a taxa de sucesso na primeira tentativa é de 50%. O Reino Unido também aplica um sistema recente de avaliação dos centros de formação que inclui visitas periódicas, apresentado pela Dr.^a Janet Anderson.

A Dr.^a Helena Davies comparou os livros de registo de actos médicos (log book) com os *curricula vitae* como metodologias de avaliação. O Prof. Bert van der Hayden relatou a experiência holandesa que atribuiu prioridade à avaliação dos centros de formação. A formação em Pediatria decorre durante 3 a 4 anos num dos 8 hospitais universitários e durante 1 a 2 anos num dos 24 outros hospitais com capacidade formativa e que são sujeitos a visitas de avaliação regulares. A avaliação dos formandos é da responsabilidade de cada centro: após exames trimestrais há uma exclusão ou aprova-

ção do candidato no final do primeiro ano. Posteriormente há exames anuais cujos resultados não interferem com o decorrer do treino hospitalar.

Foi considerado prioritário desenvolver o processo de avaliação e creditação dos centros de formação e só posteriormente iniciar a avaliação dos formandos.

A lista das subespecialidades de Pediatria continua a aumentar: a criação das subespecialidades de Hemato-Oncologia, Neuropediatria e Doenças Metabólicas deve ser aprovada no primeiro semestre de 2001.

O reconhecimento da capacidade formativa para as diferentes subespecialidades é da iniciativa das sociedades científicas europeias respectivas e a metodologia seguida bem assim como os resultados já obtidos são muito variáveis. Relativamente a Neonatologia, à Endocrinologia e às Doenças Infecciosas as sociedades europeias referiram ter já estabelecido contactos com as autoridades nacionais. Quanto à Nefrologia, à Alergologia, à Reumatologia e à Gastroenterologia Hepatologia e Nutrição está em curso a colheita de dados. Finalmente a Medicina Respiratória referiu ter já concluído a lista dos centros a quem reconhecia capacidade formativa. Neste último caso todo o processo decorreu sem a participação das autoridades de cada um dos 22 países envolvidos (entre eles os 15 da União Europeia). Várias delegações, entre elas a portuguesa, manifestaram a sua discordância quanto a esta metodologia. Foi decidido que os resultados obtidos relativamente a cada país fossem enviados às autoridades nacionais respectivas para avaliação e eventual aprovação.