

EDUCAÇÃO MÉDICA PEDIÁTRICA

A Neonatologia, o Intensivismo e os Quadros Médicos Hospitalares. Que Implicações para a Formação Médica?

JOÃO M. VIDEIRA AMARAL

*Clínica Universitária de Pediatria / Serviço 1 / Hospital Dona Estefânia
Faculdade de Ciências Médicas / Universidade Nova de Lisboa*

Resumo

Praticamente todos os perinatologistas estão de acordo quanto à noção de que, para garantir qualidade da assistência perinatal, é mais importante a competência da equipa multidisciplinar e o espírito de cooperação do que propriamente o equipamento disponível.

O objectivo deste artigo foi debater alguns problemas do funcionamento das equipas de intensivismo neonatal, relatando alguns pormenores sobre o modo como foram criadas as primeiras equipas de cuidados intensivos neonatais, há pouco mais de uma década.

Actualmente há exemplos de dificuldades surgidas em equipas pela circunstância de haver casos de dispensa do serviço nocturno, segundo a lei, o que cria instabilidade na elaboração das escalas.

Nesta perspectiva, torna-se fundamental que se proponha uma modificação do regulamento em futuros concursos, especificando alguns aspectos do desempenho dos médicos providos na área de neonatologia com intensivismo, uma vez dispensados do serviço de urgência.

Por fim chama-se a atenção para outras tarefas de grande importância que poderão ser cometidas aos neonatologistas ex-intensivistas seniores, dada a sua experiência, nomeadamente no ensino pré e pós-graduado, assim como na investigação.

Palavras-Chave: Neonatologia; cuidados intensivos neonatais; educação médica; legislação; quadros médicos hospitalares.

Summary

Neonatology, Intensive Care and Hospital Medical Staff. Implications for Medical Education

Few perinatologists would argue against the concept that the key component in the provision of good perinatal care is the existence of a multidisciplinary team of dedicated, knowledgeable, and experienced professionals who work hand in hand. The

environment in which care is provided and the ancillary equipment that is available are far less important.

The purpose of this paper is to relate concisely, according to the experience of the authors some issues concerned with the development of the medical staffing since the beginning of neonatal intensive care era in our country, no more than one decade ago.

Nowadays, some centres face the problem related to the difficulty in recruitment of skilled neonatologists for night shifts and some details are raised as evidence of maladaptation of the law to the particularities of this new model of medical care in our country.

As a matter of fact, this *statu quo* creates some instability, has negative implications on medical care and educational process, deserving more adequate legislation. At last the important role for the senior ex-intensivists is discussed, emphasizing potential important tasks for them, namely in terms of teaching (undergraduate and postgraduate) and research.

Key-Words: Neonatology; neonatal intensive care; medical education; legislation; hospital medical staffing.

Introdução

Pode afirmar-se que o intensivismo neonatal no nosso país tem pouco mais de 15 anos. Trata-se, com efeito, de uma valência muito jovem, com uma história algo peculiar, talvez sobreponível, em muitos aspectos, à verificada noutros países ⁽¹⁾.

As primeiras unidades de cuidados intensivos neonatais começaram a ser formadas nalguns hospitais, à revelia de qualquer plano nacional estruturado, mercê do interesse especial de determinados grupos de pediatras, já dedicados à pediatria neonatal e, em certas circunstâncias, com o apoio de mecenas como a Fundação Calouste Gulbenkian, para a indispensável aquisição de aparelhagem sofisticada, inexistente, até então, no nosso país ⁽²⁾.

Assim, com um misto de autodidactismo, entusiasmo e dedicação de médicos, enfermeiros e outros profissionais, e com o apoio de neonatologistas experientes nesta área pelo trabalho desenvolvido em países estrangeiros

Correspondência: João M. Videira Amaral
Rua do Lobito, lote 74
2775 229 Parede
Facsimile: 214 581 872
Endereço electrónico: jmvamaral@mail.telepac.pt

onde o intensivismo já adquirira maturidade, foram surgindo as equipas pioneiras.

No nosso caso, (e nos outros?) a unidade de cuidados intensivos neonatais arrancou com algumas limitações, não obedecendo eventualmente a todos os padrões internacionalmente estabelecidos ⁽³⁻⁵⁾. E, durante um período inicial difícil, pode afirmar-se com propriedade que o seu funcionamento era clandestino. Efectivamente, os elementos médicos integrantes da equipa formada em regime de voluntariado, eram «pertença» da pediatria médica e a nova modalidade assistencial, exigindo permanência 24 horas/dia, 7 dias por semana e 365 dias por ano junto do recém-nascido em estado crítico, com independência do serviço de urgência de pediatria geral (vulgo banco), mas sem acumulação com este, obrigava a um esforço sobre-humano dos intensivistas «de novo», sem estatuto. A posteriori conclui-se que a hora de arranque, à custa da dedicação extrema de todos os intervenientes, foi decisiva, pois, se esperássemos por condições ideais, não teria sido dada oportunidade de sobrevivência a muitas crianças, hoje adolescentes ^(6, 7). O objectivo deste artigo é debater alguns problemas relacionados com o funcionamento das equipas de intensivismo em neonatologia, susceptíveis de se repercutirem no processo de ensino-aprendizagem.

Panorama actual

Especificando, vem este escrito a propósito do panorama actual no respeitante às equipas médicas de intensivismo neonatal que prestam serviço em certas unidades integradas em hospitais com valência materno-infantil. Excluindo os casos das unidades instaladas em maternidades, já com quadro próprio de neonatologia, a situação actual dos elementos integrantes das referidas equipas pode tratar-se do seguinte modo: um grupo de médicos que pertencia ao quadro de pediatria médica passou a ocupar vagas de perfil em neonatologia; outro grupo, não pertencendo ao mesmo quadro, mediante concurso, passou a ocupar as restantes vagas.

Volvidos os anos, estamos actualmente a viver uma fase em que alguns médicos, por virtude da lei vigente, ficam dispensados, ou a prestação do serviço nocturno da urgência (como foi referido, autónoma e independente do serviço de urgência geral de pediatria do hospital) ou da totalidade da prestação da referida urgência criando, como é fácil deduzir, dificuldades na elaboração das respectivas escalas.

Independentemente de se adoptar ou não em cada hospital ou serviço uma política de não preenchimento de todas as vagas de determinado quadro médico, criando reservas para o futuro, poderá chegar-se a uma situação

peculiar de recurso à solução de contratar tarefeiros doutro hospital para viabilizar as referidas escalas de urgência.

O problema teria menor acuidade se a formação especializada em neonatologia começasse logo no início do 4.º ano do internato, após um tronco comum de pediatria geral de três anos, como tem sido preconizado ^(8, 9). Seriam assim criadas condições para que a integração de determinado elemento na equipa de neonatologia de processasse logo após o término do internato da especialidade, trazendo benefícios vários, tais como: igualdade de circunstâncias (pelo tempo de estágio idêntico de treino durante os dois últimos anos do internato) de todos os concorrentes para as vagas de perfil em neonatologia, integração na equipa em idade mais jovem, (logo com tempo de trabalho futuro efectivo mais longo), garantia de um aperfeiçoamento profissional mais adaptado às especificidades da equipa que aquele elemento passou a integrar. Prosseguindo este critério ao longo dos anos, haveria garantias de um rejuvenescimento programado da equipa com entrada de novos elementos à medida que outros se aposentavam ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Soluções possíveis

Nesta perspectiva, como resultado do cenário traçado, inexistente antes da era do intensivismo, torna-se fundamental que no regulamento específico de futuros concursos de provimento (dizendo respeito a vagas de especialistas numa área como a do intensivismo neonatal, a qual implica a prestação de serviço de urgência em circunstâncias algo diferentes das convencionais), sejam contemplados, entre muitos, certos parâmetros, menos pertinentes noutras áreas, mas que aqui têm pleno cabimento, como sejam a idade (a mais jovem como critério de preferência), a definição das condições de prestação no âmbito do item «urgência» e as condições de desempenho uma vez atingida a idade de dispensa, quer das tarefas do serviço nocturno, quer das tarefas da urgência na totalidade.

Segundo algumas personalidades com quem tenho debatido o assunto, as soluções a curto prazo para o problema seriam, tão «simplesmente» «colocar» o ex-intensivista noutra área da pediatria médica da mesma instituição e «transferir» da pediatria médica médicos mais jovens, do respectivo quadro, para integrarem a equipa de neonatologia para as tarefas de intensivismo. Trata-se, no meu entendimento, de soluções aparentemente enviesadas as quais encerram algumas vulnerabilidades. Com efeito, à luz da legislação vigente, é inviável a transferência de médicos integrados em quadros de serviços diferentes (na hipótese de, em determinada instituição existir serviço de neonatologia e serviço de pediatria médica, com qua-

dros estanques). E, na hipótese de estar prevista a circulação de médicos na mesma instituição haverá ainda que ponderar, entre outros, certos condicionalismos: 1) dificuldades de desempenho, no âmbito da pediatria geral, de ex-intensivistas os quais tendo trabalhado durante muitos anos em regime de exclusividade na neonatologia, necessitarão de um período intermédio de actualização em pediatria geral; 2) a indispensabilidade de um período médio de formação de três anos para a aquisição da competência em neonatologia, aplicável, quer a médicos já com a especialidade de pediatria geral, quer a internos após realização de um período de formação básica ou tronco comum (modalidade formativa de pós-graduação não adoptada no nosso país ⁽¹³⁻¹⁵⁾).

Todas estas questões levantam outra: a da mobilidade de médicos entre instituições da mesma «região de saúde», fazendo sentido à luz do conceito de regionalização na saúde e do espírito das unidades coordenadoras funcionais, mas, segundo parece, não especificamente contemplada nos regulamentos convencionais dos concursos da carreira médica.

Trata-se, de facto, de problemas muito complexos e delicados, decorrendo da evolução dos modelos assistenciais na saúde, que urge equacionar e regulamentar quanto antes, havendo o risco de se criar um vazio no panorama da Neonatologia no nosso país, comprometendo todo um trabalho desenvolvido durante anos. Na resolução deste problema complexo haverá que entrar em linha de conta com o risco potencial de experiência dos ex-intensivistas neonatologistas seniores, os quais, para além doutras funções na prestação de cuidados noutra área de assistência neonatal, poderiam ter papel de primordial importância, quer nos ensinamentos de pré- e pós-graduação, (formação de internos e de intensivistas), quer na educação médica contínua, quer ainda – agora com mais disponibilidade – na investigação ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Acções

Torna-se, assim, fundamental criar um grupo de pressão (as Direcções da Sociedade Portuguesa de Pediatria e da Secção de Neonatologia da mesma, para além dos responsáveis das diversas unidades, poderiam ter um papel

decisivo) chamando a atenção junto da tutela para a necessidade de adequar o regulamento de futuros concursos às novas realidades, designadamente no que se refere à definição explícita das condições de desempenho dos médicos futuramente providos. Tal investimento traduzir-se-ia, seguramente, numa melhor qualidade assistencial e, por conseguinte, numa melhor formação ⁽¹⁸⁾.

Bibliografia

1. Amaral JMV. Aspectos da organização duma unidade de cuidados intensivos neonatais. *Rev Port Pediatr* 1980; 11: 210-32.
2. Amaral JMV. A Unidade de Recém-Nascidos de Alto Risco do Hospital Dona Estefânia. *Bol Clin HCL* 1985; 42: 143-4.
3. Brans YW. Planning a perinatal center: from vision to reality. *Clin Perinatol* 1983; 10: 3-8.
4. Basler DS: Principles of building a perinatal center. *Clin Perinatol* 1983; 10: 9-30.
5. Honton M(ed). Perspectives in perinatal and pediatric design. Columbus – Ohio, Ross Laboratories, 1988.
6. Neto MT, Serelha M, Carvalhosa G, Tavares MN, Amaral JMV: Mortalidade numa unidade de recém-nascidos – retrospectiva de 10 anos. *Rev Port Pediatr* 1993; 24: 169-74.
7. Serelha M, Duarte L, Tavares MN, Neto MT, Alves A, Portela MH, Amaral JMV. Outcome in adolescents with birth weight under 1500 grams. in «8th European Workshop on Neonatology-Proceedings». Magdeburg/Deutschland, Otto-Von Guericke – Universitat Ed. 1999.
8. Van den Berghe G. Pediatric training in European Community. Confederation of European Specialists in Pediatrics (CESP). *Eur J Pediatr* 1991; 150: 619-22.
9. Sampayo F, Rosa FC, Ferreira GC, Coutinho JA, Fontoura M, Antunes NL. O problema das especialidades pediátricas. *Rev Port Pediatr* 1990; 21: 498-9.
10. European Society for Pediatric Research-European Board of Pediatrics; The European Training Syllabus in Neonatology. Brussel, CESP (ed) 1999.
11. Sampayo F: Especialidades pediátricas. In Educação Pediátrica (ed. *Rev Port Pediatr* – monografia), Lisboa, Sociedade Portuguesa de Pediatria (ed), 1989.
12. Neto MT. Comunicação pessoal, 1999.
13. Winter RJ. Neonatology and residency training: enough is enough. *Am J Dis Child* 1990; 144: 953-4.
14. Yu VYH. The training of a neonatologist. *Early Hum Dev* 1992; 9: 121-3.
15. Confédération Européenne des Spécialistes en Pédiatrie (CESP/ UEMS): Charter on training of medical specialists in the EU-Requirements for the specially paediatrics. UEMS no. 9415, 1990.
16. Canosa CA, Vaughan III VC, Lue HC (eds): Changing needs in pediatric education. New York, Raven Press, 1990.
17. Auld PAM. Training and staffing in the neonatal intensive care unit. *Clin Perinatol* 1980; 7: 155-8.