

# CARTA HOSPITALAR PEDIÁTRICA

## Reflexão

**José C Peixoto**

Respondendo ao apelo, para comentar o documento “Carta Hospitalar de Pediatria” elaborado pela Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente<sup>(1)</sup>, começo por destacar muito positivamente o seu aparecimento e a submissão à discussão pública. Felicito os seus proponentes e estou certo que vão contribuir para melhorar a assistência pediátrica em Portugal.

Na elaboração duma carta hospitalar, há princípios que devem ser garantidos: garantia de acesso universal, equidade, efectividade, eficiência, distribuição geográfica, coordenação que garanta responsabilização e continuidade dos processos. Pretende-se obter bons resultados, evitando desperdício e rentabilizando recursos.

Depois de analisar o documento, destaco alguns factores positivos e outros que podem comprometer estes princípios.

### Factores positivos:

- A hierarquização dos hospitais em Serviços de Pediatria Geral (SPG) e Serviço de Pediatria Especializado (SPE), com a definição das respectivas responsabilidades assistenciais.
- A definição dos recursos, rácios e população mínima para justificar um Serviço.
- A cooperação prevista com os Centros de Saúde através de protocolos de referência a ser elaborados pelas Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF)
- A previsão de 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 nas urgências hospitalares, reforça a partilha assistencial que se lhes exige nos Cuidados primários.
- A previsão de uma Unidade de Internamento de Curta Duração em todos os Serviços.
- A tentativa de racionalizar as Sub especialidades, Cuidados Intensivos e Cirurgia pediátrica, subentendendo-se a previsão de regionalização dos cuidados.

### Factores que exigem mais reflexão

#### Ambulatório

O ambulatório dos serviços de pediatria, tanto Geral como Especializado é fundamental para satisfazer a seguintes tarefas assistenciais:

- Necessidades do próprio hospital
- Consulta de Referência específica para os médicos de família/Centros de Saúde e Pediatras locais .
- Consulta de Rastreio nos SPG, e resposta à referência nos SPGE, de doentes das sub especialidades.
- Consulta de Desenvolvimento. A prevalência elevada dos problemas de desenvolvimento justificam esta consulta em todos os SPG para servir de referência local e rastreio de casos complexos para os CDC Regionais. Deve incluir o Núcleo de

Apoio à Criança Jovem de Risco recentemente previsto na Rede Nacional das Crianças de Risco <sup>(2)</sup>

- Consulta multidisciplinar para adolescentes. A inexistência de serviços de Saúde para adolescentes, a prevalência elevada dos seus problemas, justificam a criação duma consulta multidisciplinar que sirva a referência dos médicos de família nas situações em que a logística dos CS e a competência sejam ultrapassados. A existência de apenas 3 Centros de Adolescência de referência é insuficiente para todas as necessidades deste escalão etário, servindo apenas para os casos problema.

Sabe-se que os médicos de família actualmente executam 90% desta actividade no âmbito dos cuidados primários e que necessitam referir pelo menos 10-15% da sua actividade<sup>(3)</sup> A CNSCA preconiza para a solução deste problema a figura do Pediatra Consultor. <sup>(4)</sup> Atendendo ao nº de Pediatras, nº de Centros de Saúde, rácio Pediatras: população esta solução <sup>(3)</sup> só é viável actualmente na região de Lisboa. Na Região Centro existem apenas 180 Pediatras, 110 Centros de Saúde e 700 extensões. <sup>(5)</sup> Na Região Norte estas relações são semelhantes. As exigências hospitalares dispensam poucos pediatras para estas funções. Organizar uma Consulta de Referência nos S Pediatria 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 a deslocação do Pediatra Consultor se faça para efectuar esta consulta nos CS há sempre limitações logísticas que justificam a deslocação de alguns doentes ao hospital. Esta actividade deve ser o suporte fundamental para as UCF concretizarem o seu papel de avaliação/formação e articulação continuas.

### Subespecialidades

A Baixa Prevalência da patologia da maioria das Subespecialidades, a competência e experiência exigidas, as responsabilidades na formação, a necessidade de actualização permanente, a necessidade de recursos e técnicas diferenciadas exigem uma distribuição eficaz e eficiente.

Os subespecialistas distribuem a sua actividade pelas seguintes áreas:

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

Os 2 elementos propostos pela CNSCA são insuficientes para satisfazer em pleno estas tarefas, ficando comprometidos os projectos profissionais, a universalidade, a equidade, a efectividade e a continuidade dos projectos. É impossível 2 elementos cumprirem em pleno estas tarefas. O aparecimento de falsas necessidades e a duplicação de recursos nos hospitais da Rede de referência é inevitável e a efectividade e eficiência ficam comprometidas. É preferível uma Subespecialidade com 4 elementos do que dispersar a assistência por 2. Dentro do Hospital, para minorar o problema, devem ser libertados da responsabilidade do Internamento. Devem partilhar a assistência às crianças internadas com a equipa de Pediatria Geral a quem deve competir a coordenação geral da Assistência. Os subespecialistas deveriam funcionar aqui, como consultores em sistema de partilha assistencial, para poderem dispor de tempo para as restantes tarefas. A “balcanização” do Internamento Pediátrico, gasta energia, é dispendioso, cria falsas necessidades, não

garante melhor assistência e não rentabiliza os recursos. Só raramente se justifica internamentos específicos das especialidades. Ex: Oncologia. Os Subespecialistas devem satisfazer as referências dos hospitais 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. Esta competência poderá ser fornecida pelo Serviço da respectiva Subespecialidade a quem voluntariamente e por vocação se disponibilizam para tal. Tal como nos EUA se estes problemas não são antecipados e os projectos profissionais não forem garantidos, surgirão problemas a curto prazo (6,7)

### **Cirurgia**

A hipótese de criação de Cirurgia Pediátrica nos SPG levanta-me muitas dúvidas. Há 30 anos, em toda a Região Centro, existe apenas um Serviço e Cirurgia e 1 Cirurgião Pediatra em Viseu.

É possível que com esta regionalização plena, possam haver crianças a ser operadas por cirurgiões 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 agradecem 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.

### **Cuidados intensivos**

Uma UCI regional deve garantir assistência de eleição no interior da Unidade e garantir o acesso universal a todos os doentes da região. Deve investir na formação e prever a criação de pólos de reanimação em todos os SPG da rede de referência. Deve avaliar o sistema e pelo menos 1 em cada Região deve garantir o transporte interhospitalar medicalizado. 3 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 cumpre o acesso universal, duplicam-se serviços. A eficácia não melhora, a experiência diminui, as crianças não agradecem o Estado em vez de poupar desperdiça.

A distribuição do nº de Unidades proposta, parece adequada, excepto em Lisboa onde não existe população pediátrica para garantir efectividade e eficiência a 4 Unidades no total, com apenas 19 camas. Na Região Centro 30 anos de história demonstram que 1 Unidade apenas, consegue dar boa resposta a 321949 crianças em idade pediátrica. O segredo mais uma vez é querer e mais uma vez aplicar com coerência os C's do trabalho em equipa: coordenação, comunicação, cooperação complementaridade, competência e continuidade. (8,9)

.....

### **Coordenação - Avaliação, Responsabilização**

- Não estão previstas responsabilidades nas áreas da avaliação e formação das Redes de Referência. Penso que a coordenação deveria ser prevista e bem definida já que é o grande suporte da responsabilização e da 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 referência tanto com os CS como as relações interhospitalares. Evitaram duplicações que só comprometem a efectividade e eficiência. Ao apoiar as UCF's mantiveram um sistema de avaliação, comunicação e formação quase contínuas.

Estou convicto que com estas sugestões se pode melhorar a efectividade, eficiência, melhorar projectos profissionais, e conceder maior equidade, melhorar os acessos e oferecer maior estabilidade à Rede de Referência Pediátrica proposta.

José Carlos C Peixoto

Membro da Ex: Comissão Nacional Materna e Neonatal

#### Bibliografia.

1 - Carta Hospitalar de Pediatria. Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente - Documento em discussão. [www.spp.pt](http://www.spp.pt) e [www.acs.min-saude.pt](http://www.acs.min-saude.pt)

<http://www.acs.min-saude.pt/2008/04/04/cartahospitalarpediatria?r=959>

2 - Maus tratos em crianças e jovens. Intervenção da Saúde DOCUMENTO TÉCNICO. Direcção-Geral da Saúde, Outubro, 2007

3 - Organização da assistência materno-infantil e pediátrica em Portugal. <http://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=46&op=2&ID=132>

4 - Pediatras nos Agrupamentos de Centros de Saúde - Pediatra Consultor. <http://www.acs.min-saude.pt/2008/02/25/pediatraconsultor?r=959>

5 - Anuário Estatístico de Portugal.2006 INE

6 - Final report of the FOPE II pediatric subspecialists of the future workgroup. Gruskin A, Williams RG, McCabe ER, et al. *Pediatrics*. 2000;106:1224-1244

7 - **Pediatric Generalists and Subspecialists: Determinants of Career Satisfaction**  
Richard Shugerman ; Mark Linzer; Kathleen Nelson; Jeffrey Douglas; Roberta Williams; Robert Konrad;  
for the Career Satisfaction Study Group  
*Pediatrics* Vol. 108 No. 3 September 2001

8 - Eficácia da Rede de Referência Perinatal da Região Centro. Edite Costa, Pascoal Moleiro, Leonor Carvalho, Fabela Neves, Jorge Oliveira, José Peixoto e Grupo MBP. Boletim do CEP 2006.

9 - **Implementing Potentially Better Practices for Multidisciplinary Team Building: Creating a Neonatal Intensive Care Unit Culture of Collaboration**  
*PEDIATRICS* Vol. 111 No. 4 April 2003