

IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

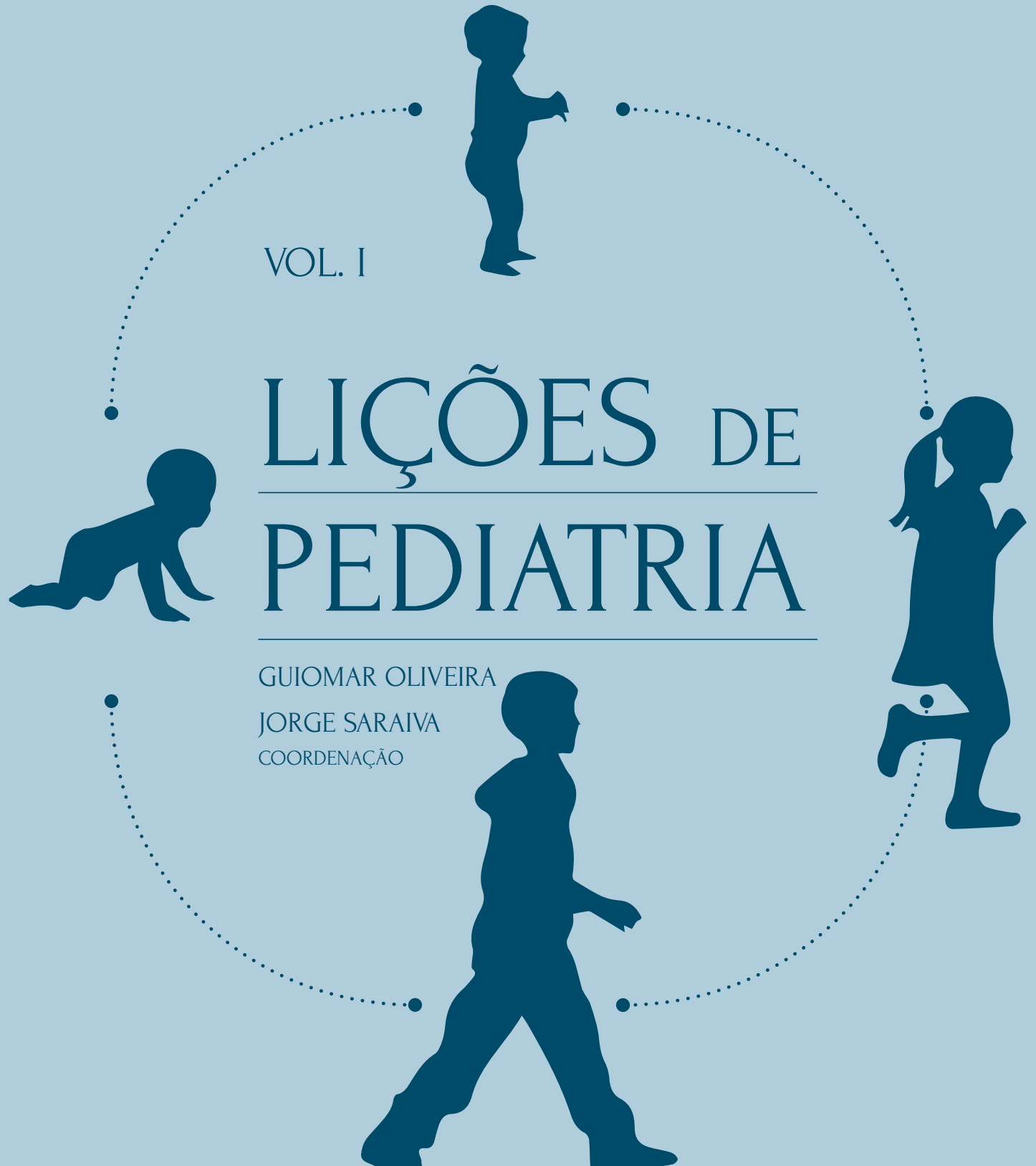
VOL. I

LIÇÕES DE PEDIATRIA

GUIOMAR OLIVEIRA

JORGE SARAIVA

COORDENAÇÃO



Capítulo 1.
Introdução à Pediatria no
contexto do ensino médico

1

Jorge Saraiva

DOI: https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_1

Página deixada propositalmente em branco

1.1 CONTEXTO

O ensino da Pediatria tem como objetivo último garantir a formação médica pré-graduada necessária e suficiente para que os futuros médicos estejam preparados para contribuir para que todas as crianças tenham a melhor saúde possível. A definição do grupo etário é clara e foi legalmente confirmada em Portugal em 2010: até aos 18 anos. Mas a saúde das crianças insere-se não apenas nos sistemas de saúde respetivos, que abordaremos a seguir, como na sociedade, a que nos referiremos depois, concluindo com o enquadramento do ensino pré-graduado da Pediatria no mundo e para o futuro.

1.2 DESCRIÇÃO DO TEMA

1.2.1 Os sistemas de saúde

Os sistemas de saúde são um conjunto de elementos interdependentes que cooperam para tentar concretizar o objetivo de manter um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Um sistema de saúde requer sempre a existência de financiamento adequado, prestadores de cuidados de saúde com excelente formação e justamente remunerados, sistemas de informação fiáveis que sustentem a tomada de decisões e estruturas e logística que forneçam consumíveis e tecnologias.

Se recordarmos que a quantificação dos fatores determinantes da saúde avalia o comportamento das pessoas (estilos de vida saudável) em 40% e a genética em 30%, restam 30%

suscetíveis de serem modificados pela existência e funcionamento dos sistemas de saúde. Destes 30% dois terços (20%) são o ambiente e as medidas de saúde pública e apenas um terço (10%) resultam dos cuidados de saúde, setor que consome mais de 50% dos orçamentos da saúde.

Neste contexto é adequado identificar os determinantes não médicos da saúde de uma população: não apenas o desrespeito por estilos de vida saudável mas também outros como o desemprego e a perda de rendimentos que se traduzem em maior dificuldade de acesso a cuidados de saúde.

Como é consensual no mundo e em particular em Portugal os cuidados de saúde em idade pediátrica foram pioneiros ao aplicar e obter excelentes resultados com medidas de saúde pública do âmbito da prevenção primária (*i.e.* Plano Nacional de Vacinação), secundária (Programa Nacional de Diagnóstico Precoce – atualmente rastreio de hipotiroidismo, 24 doenças hereditárias do metabolismo e fibrose quística – e Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância) e terciária (núcleos de apoio a crianças e jovens em risco e núcleos hospitalares de apoio a crianças e jovens em risco).

Quanto aos cuidados de saúde a Pediatria foi mais uma vez pioneira em Portugal com a consolidação do trabalho em equipa transprofissional com formação permanente e articulação formal (Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente; Comissões Regionais da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente e Unidades Coordenadoras Funcionais da saúde materna e neonatal e da saúde da criança e do adolescente).

A Pediatria é um exemplo neste contexto: os índices portugueses melhoraram estrondosamente

desde o último quartel do século vinte e até ao presente. E porquê? Em primeiro lugar pela melhoria das condições socio-económicas das populações (os 40%), potenciada por medidas de medicina preventiva como os anteriormente mencionados Plano Nacional de Vacinação e Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (que representam os 20% e que serão explicitados em capítulos independentes); mas também e de forma indispensável pela “existência de financiamento adequado, prestadores de cuidados de saúde com excelente formação e justamente remunerados, sistemas de informação fiáveis que sustentem a tomada de decisões e estruturas e logística que forneçam consumíveis e tecnologias” que permitiram obter excelentes resultados com os recursos existentes sob a liderança do Dr. Albino Aroso e do Professor Doutor Torrado da Silva que me abstenho de aqui explicitar por serem abordados em outros capítulos, em particular o intitulado “A organização da rede de cuidados de Saúde Infantil e Juvenil em Portugal”.

1.2.2 Quais foram os recursos existentes?

Portugal obteve muito melhores resultados em saúde com menos despesa do que a grande maioria dos países desenvolvidos. Cumprir esclarecer que a comparação deve ser preferencialmente realizada em termos de despesa real e não em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB). Vejamos porquê: se num país o rendimento médio mensal for de 500€ e a despesa em saúde de 50€ o consumo é aqui 10% do seu rendimento; se noutro país o rendimento médio mensal for de 1.000€ e a despesa em saúde de 90€ o consumo é aqui nove por cento do seu rendimento.

O segundo país gasta mais (90€ *versus* 50€) ou menos (nove *versus* 10%) em saúde? Se uma utilização adequada do orçamento em saúde do primeiro lhe permitir ter melhores resultados do que o segundo, poderá este dizer que “isso é porque outro está a gastar 10% em saúde enquanto eu apenas gasto nove; pelo que lhe recomendo que diminua a despesa em saúde”?

Se considerarmos a despesa em saúde em percentagem do PIB no início da segunda década do século XXI Portugal tinha a décima primeira maior despesa em saúde, 11% *versus* a média da dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) de 9,3%. Mas em valor absoluto Portugal estava em vigésimo segundo lugar com 2619 USD PPPs e a média da OCDE era de 3322...

1.2.3 Quais os resultados?

Em Portugal em 2010 só sete por cento dos prematuros com menos de 32 semanas nasceram em locais sem unidades de cuidados intensivos neo-natais (o segundo melhor resultado da União Europeia-UE), a mortalidade fetal em Portugal foi de 3,2 por 1.000 (segundo lugar na UE), a mortalidade neonatal foi de 1,6 por 1.000 (quarto lugar depois de Islândia, Finlândia e Suécia), a mortalidade infantil foi de 2,5 por 1.000 (quarto lugar depois de Islândia, Finlândia e Suécia).

1.2.4 Quais os problemas que permanecem?

O baixo peso ao nascimento é pior do que a média europeia (em 2010 8,3 para 6,5 UE) e

está a piorar acompanhando a prematuridade, o excesso de peso, os erros alimentares, o diminuto exercício físico regular e a precocidade e excesso de consumo de álcool e tabaco.

Apenas 30% dos adolescentes realizam as consultas preconizadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

A transição dos doentes crónicos da Pediatria para as especialidades de adultos tem modelos bem definidos mas não está implementada, a par dos cuidados paliativos pediátricos.

Haverá ainda que procurar prever a evolução na organização dos sistemas de saúde em resultado do desenvolvimento tecnológico (biomedicina e sistemas de informação e comunicação), cuidados à distância (telemedicina nomeadamente com a teleconsulta e a telemetria) e a distribuição das responsabilidades pelos vários grupos profissionais como na decisão médica partilhada e autorresponsabilização das pessoas, já designada “coprodução da saúde” ou a transferência de tarefas para grupos profissionais de maior acessibilidade / menor diferenciação / menor custo ou menor acessibilidade / maior diferenciação / maior custo.

1.2.5 A sociedade

A evolução demográfica tem um impacto em toda a sociedade mas muito rapidamente na Pediatria por requerer de imediato uma reorganização dos recursos existentes e uma rápida reformulação da formação dos técnicos de saúde para as necessidades previsíveis a curto prazo.

A realidade é a de um país com um número anual de nascimentos de cerca de 80.000, com

um número crescente de filhos únicos, mães menos jovens, famílias monoparentais, emigração e desemprego. Mas para além da evolução demográfica temos que estar conscientes da urbanização e mobilidade crescentes, das mudanças epidemiológicas (pandemias, reflexos das alterações climáticas, doenças não transmissíveis) e da redistribuição das morbidades (doenças mentais, músculo-esqueléticas, crónicas).

1.2.6 O ensino da Pediatria para o mundo e o futuro

A formação dos médicos é uma componente de um dos quatro pilares para o funcionamento adequado de um sistema de saúde já anteriormente referido: uma formação de excelência.

A formação dos médicos continua historicamente sustentada no Relatório Flexner de 1910 que estabeleceu as bases científicas da atividade profissional e recentemente no modelo de ensino centrado no aluno e no método de resolução de problemas.

Para o futuro cumpre integrar duas revoluções. Em primeiro lugar o modelo transprofissional. É uma evidência que a prestação de cuidados de saúde exige uma equipa constituída por médicos, enfermeiros, outros técnicos de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica, engenheiros, administrativos, assistentes operacionais, de entre outros. Mas cada um destes grupos é formado na sua escola, tem como professores e colegas quase exclusivamente pessoas da área profissional (no caso dos alunos de medicina aulas exclusivamente para alunos de medicina e professores maioritariamente médicos e que mesmo

quando o não são têm como profissão dar aulas apenas a médicos). E pretendem os formadores que no dia a seguir à graduação todos estejam a trabalhar harmoniosamente na equipa onde foram integrados, por certo em resultado de qualidades inatas...O desenvolvimento das aptidões e atitudes para o exercício transprofissional deve pois ser integrado na formação de todos os técnicos de saúde, incluindo os médicos, baseado em competências em sistemas de saúde com sincronização e melhoria da integração horizontal e vertical. O modelo transprofissional ultrapassa a formação estritamente monoprofissional por forma a promover o conhecimento, compreensão e respeito dos outros grupos profissionais no obrigatório trabalho em equipa.

Em segundo lugar um médico formado em Portugal tem uma probabilidade relevante de ser chamado a cuidar aqui de doentes de outras origens ou até de exercer a sua profissão noutra país ou continente. Cada vez mais a adequação local/regional ou nacional pode não estar alinhada com outros contextos de exercício profissional quando as oportunidades de trabalho ocorrem cada vez com maior frequência num contexto diferente do da formação.

As pessoas procuram cada vez mais cuidados médicos num meio diferente do da sua residência e o turismo médico tem um aumento anual de 20%. Um terço das crianças intervencionadas no Programa Nacional de Transplantação Hepática Pediátrica não é de nacionalidade portuguesa.

Existe globalmente uma enorme carência de técnicos de saúde adequadamente treinados: segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) existem atualmente nove milhões de médicos e 18 milhões de enfermeiros mas são necessários mais

15% ou 4,3 milhões. Esta carência é acentuada por uma distribuição assimétrica com uma variabilidade nacional com uma ordem de grandeza de 10 (num planeta em que o PIB tem valores divergentes em 300 vezes, do Burundi para a Noruega, e a despesa em saúde de 600 vezes, da Eritreia para os EUA), acentuada pela correlação inversa entre as necessidades e a disponibilidade. O número de médicos e enfermeiros por 1.000 habitantes é de 4.0 mas varia desde 1.1 (África subsariana) até 12.7 (Reino Unido) (na Europa 9,6) e a proporção de enfermeiros por médico é de 2:1 mas varia de 1:1 (China) até 4:1 (EUA) (na Europa 2:1).

A variabilidade nacional e regional é crescente pela perversidade da menor atratividade das regiões com menos recursos com a tendência para uma existência de mais técnicos de saúde nos locais em que eles são menos necessários. Os EUA têm quatro por cento da população mundial, oito por cento dos médicos e 17% dos enfermeiros mas ainda assim identificam necessidades adicionais de 85.000 médicos até 2020 (para além dos atuais 756.000, dos quais 25% não têm nacionalidade norte-americana) e 260.000 enfermeiros até 2025 (para além dos atuais 3.064.000). As medidas consideradas eficazes para minorar este efeito como incentivos no local de formação, política de recrutamento para a formação, bolsas, "bonding", políticas remuneratórias, desenvolvimento profissional contínuo e integração familiar têm tido até ao momento efeito limitados.

O papel da Pediatria no Mestrado Integrado em Medicina é substancialmente diferente da especialidade de Pediatria nos cuidados de saúde em Portugal. Esta última tem como objetivo preparar médicos especialistas com conhecimentos,

aptidões e atitudes para garantir cuidados de saúde de qualidade às crianças que requeiram cuidados hospitalares, seja por suspeita ou confirmação de doença aguda grave, de complicação preocupante de doença aguda ou crónica, ou de doença crónica que pela sua gravidade ou natureza requer referência hospitalar. Inicia a sua intervenção com a sub-especialidade de neonatologia em colaboração com a subespecialidade de medicina materno-fetal da especialidade de ginecologia-obstetrícia, no diagnóstico e terapêutica fetal, e prolonga-se até aos 18 anos com o culminar do processo anteriormente iniciado de transição de adolescentes com doença crónica para uma especialidade de adultos.

A formação pré-graduada em Pediatria tem assim que tomar em consideração a preparação de todos os médicos, não apenas os futuros pediatras e outros especialistas exclusivamente dedicados às crianças, como os cardiologistas pediátricos, os cirurgiões pediátricos e os pedopsiquiatras mas, no contexto nacional, os futuros médicos assistentes das crianças portuguesas – médicos especialistas em medicina geral e familiar -, os especialistas em órgãos e sistemas que participarão com frequência na prestação de cuidados de saúde hospitalares a crianças, como a cirurgia cardiotorácica, a dermatologia, a oftalmologia ou a otorrinolaringologia, e até especialidades exclusivamente de adultos nomeadamente pelo papel que são chamadas a desempenhar no processo de transição de adolescentes com doenças crónicas das especialidades pediátricas para a medicina de adultos.

A preparação de uma gravidez deve iniciar-se na consulta pré-concepcional, da responsabilidade do médico especialista em medicina geral e familiar do casal (recordando aqui que um dos

objetivos é a referência para cuidados hospitalares de casais em que sejam identificados fatores de risco). Da mesma forma a preparação da promoção e vigilância de saúde infantil deve começar na consulta pré-natal realizada pelo médico que será o futuro médico assistente da criança, em geral o médico especialista em medicina geral e familiar dos pais. No entanto esta última não se encontra ainda prevista no atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

O ensino da Pediatria no Mestrado Integrado em Medicina em Coimbra na segunda década do século XXI tem ainda que garantir os conhecimentos, aptidões e atitudes necessários para o exercício da profissão noutros locais e num futuro a médio e longo prazo. Há países, nomeadamente europeus, em que o modelo de vigilância médica das crianças pressupõe que seja sempre da responsabilidade de um especialista em Pediatria. E o papel de outros técnicos de saúde, nomeadamente enfermeiros e psicólogos, pode vir a redistribuir responsabilidades sobre qual o responsável pela vigilância e promoção de saúde em áreas como as vacinações, a alimentação ou a monitorização e rastreio dos problemas do neurodesenvolvimento.

Evidentemente que o resultado final utilizará não apenas os programas de formação específica, habitualmente designados de internato médico, como o plano de desenvolvimento profissional que cada um irá construir – mas também aqui, quer para maximizar o aproveitamento da formação pós-graduada quer para cada um saber escolher o que deve priorizar para a sua formação individual é imprescindível acautelar que é agora, enquanto alunos universitários, que são reunidas as condições adequadas para garantir o sucesso nesse futuro próximo.

No final das unidades curriculares de Pediatria I e II (primeiro e segundo semestre do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina) e do estágio de Saúde Infantil (6º ano do Mestrado Integrado em Medicina) o futuro médico:

Deve ser capaz de participar ativamente na prestação em equipa de cuidados de saúde primários e secundários a crianças e adolescentes no seu ambiente familiar e social e na programação do seu desenvolvimento profissional contínuo em qualquer área médica com especial atenção às necessidades especiais deste grupo etário.

Deve analisar os indicadores de saúde de cada grupo etário, descrever o desenvolvimento embrionário e fetal e avaliar as anomalias congénitas, descrever as amplas variações do comportamento das crianças normais, os seus limites e os factores determinantes do crescimento, desenvolvimento e maturação afetiva, as necessidades nutricionais, afetivas e educacionais para cada grupo etário, avaliar o cumprimento do plano nacional de vacinação e a utilização de outras vacinas comercializadas no país, aplicar os planos de prevenção de outras doenças, intoxicações e acidentes, descrever a epidemiologia das doenças com maior prevalência, analisar a utilização de meios complementares de diagnóstico laboratoriais e imagiológicos, aplicar as bases da terapêutica farmacológica e utilizar a rede de cuidados de saúde à disposição da criança e da família.

Deve realizar a avaliação adequada do crescimento, desenvolvimento e maturação emocional de crianças e adolescentes e das suas relações com o meio e executar os objetivos das consultas de saúde infantil e juvenil; o aconselhamento da família na prevenção das doenças evitáveis nomeadamente no âmbito da nutrição, infeções,

acidentes e comportamento na família, na escola e na comunidade e aconselhar a família e a comunidade na promoção da saúde, do crescimento e desenvolvimento da criança de modo a permitir a máxima expansão das suas potencialidades para se tornar num adulto saudável, emocionalmente estável, socialmente integrado e economicamente autónomo; o diagnóstico e tratamento das doenças frequentes; a identificação das situações emergentes e urgentes e prestar cuidados adequados a cada uma e aos meios disponíveis localmente; a identificação adequada e a orientação oportuna das situações que ultrapassam a sua competência; a aplicação de decisões sustentadas na medicina baseada na evidência e a comunicação das conclusões e juízos sobre um artigo científico recente com um tema frequente em saúde infantil de forma clara e fundamentada.

Deve valorizar a prática clínica dedicada, profissional e eticamente correta; advogar a equidade para diferentes situações culturais, económicas e educacionais das crianças, adolescentes e respetivas famílias; defender os direitos das crianças e adolescentes; reconhecer as suas limitações e estar motivado para uma aprendizagem futura com elevado grau de autonomia.

1.3 FACTOS A RETER

O direito das crianças a cuidados de saúde só se pode concretizar numa sociedade em que os profissionais de saúde participem na defesa de todos os direitos das crianças;

As condições socio-económicas das famílias e das sociedades são condicionantes relevantes do estado de saúde das crianças;

Portugal é um caso de estudo na aplicação de recursos e obtenção de resultados em saúde infantil em que o modelo de organização constituiu um fator crítico;

O baixo peso ao nascimento, a ausência de estilos de vida saudável, o excesso de peso e o abandono das consultas médicas de vigilância e promoção de saúde pelos adolescentes constituem problemas a aguardar solução;

Está em curso a consolidação da transição de doentes crónicos com necessidade de cuidados hospitalares das especialidades pediátricas para as especialidades de adultos e a implementação dos cuidados paliativos pediátricos e da rede de cuidados continuados integrados pediátricos.

NOTA HISTÓRICA

(o ensino de Pediatria no mundo, em Portugal e em Coimbra)

O reconhecimento das especificidades da saúde das crianças é relativamente recente. A definição do grupo etário, a organização dos cuidados hospitalares e o ensino médico pré-graduado tal como o conhecemos são aquisições do século XX. Hoje em dia em Portugal está estabelecida a obrigatoriedade de prestação de cuidados hospitalares em ambiente pediátrico até aos 17 anos e 364 dias com a exceção da especialidade de obstetrícia, orientação também em vigor no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A identificação do primeiro local especificamente destinado a prestação de cuidados de saúde a crianças não é consensual uma vez que é difícil classificar algumas instituições como meramente responsáveis por cuidados gerais a crianças

abandonadas ou como assegurando cuidados de saúde a crianças doentes.

As primeiras instituições comprovadamente destinadas a prestação de cuidados de saúde a crianças doentes foram o *"Dispensary for the Infant Poor, Red Lion Square"* (Londres, 1769) e o *"Hôpital des Enfants Malades"* (Paris, 1802).

Em Portugal a primeira decisão de criação de um hospital pediátrico foi assinada pelo Rei D. Pedro V, a pedido da Rainha D^a Estefânia, em quatro de agosto de 1860 e foi inaugurado em 14 de julho de 1877 – o ainda atual Hospital de Dona Estefânia.

No Porto o Hospital Pediátrico Maria Pia foi fundado em 1882 tendo depois sido transferido para o atual Centro Materno-Infantil Dr. Albino Aroso do Centro Hospitalar do Porto.

Em Coimbra o que existia no início do século XX era uma enfermaria de Pediatria nos antigos edifícios dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Em quatro de janeiro de 1956 iniciou-se a adaptação para sanatório de crianças de um dos edifícios do Convento de Celas. Por iniciativa do Prof. Bissaya Barreto, coadjuvado pelo Dr. Santos Bessa (cujo busto se encontra à entrada do atual auditório do Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) foi aprovada em 1971 a adaptação dos sanatórios feminino e infantil de Celas, originalmente o dormitório do antigo Convento de Santa Maria de Celas, para o futuro Hospital Pediátrico de Coimbra que viria a ser inaugurado em um de junho de 1977, integrado no Centro Hospitalar de Coimbra (criado em 10 de março de 1971). De março de 1975 até esta data o Serviço de Pediatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra foi transferido para a atual Maternidade Dr. Daniel de Matos.

A 29 de janeiro de 2011 foi realizada a transferência para as atuais instalações, tendo passado a integrar o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra em um de abril de 2011. Foi o primeiro edifício construído de raiz para hospital pediátrico em mais de um século em Portugal e permitiu o alargamento do atendimento (que anteriormente tinha sido até aos 10 anos e depois até aos 12) ao grupo etário dos 13 aos 17 anos inclusive.

O primeiro registo documental de autonomia da Pediatria no ensino médico universitário é de julho de 1841 quando Frederik Theodor Berg foi nomeado diretor médico de um orfanato em Estocolmo (e que transformaria num verdadeiro hospital pediátrico em 1849) a par de responsável pelo ensino da Pediatria tendo orientado como Professor de Pediatria do Real Instituto Médico-Cirúrgico de Carolinska desde abril de 1845 a Clínica Pediátrica formalmente instituída em maio do mesmo ano.

A realização em Lisboa de 19 a 26 de abril de 1906 do XV Congresso Internacional de Medicina permitiu a aprovação de uma proposta do Prof. Jaime Salazar de Sousa para “que o ensino cirúrgico e médico da Pediatria seja oficial em todas as Faculdades e Escolas de Medicina” o que veio a acontecer com a reforma do ensino de 1911 sendo que a nomeação do Prof. Jaime Salazar de Sousa para professor de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa ocorreu no ano letivo 1916/1917. O ensino médico da Pediatria em Lisboa transitou depois sucessivamente para o Hospital Escolar de Santa Marta, com o Prof. Castro Freire, e para o Hospital de Santa Maria, tendo-se reiniciado no Hospital de D^a Estefânia o ensino da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

O ensino médico da Pediatria no Porto iniciou-se no ano letivo 1917/1918 com o Prof. Dias de Almeida e depois, em 1919, o Prof. António de Almeida Garrett, inicialmente no Hospital de Santo António (onde mais tarde se reiniciou, no âmbito do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) e depois no Hospital de São João.

Em Coimbra o primeiro professor de Pediatria foi o Prof. Morais Sarmento, no ano letivo 1917/1918, a que se sucederam os Professores Elísio de Moura, João Porto, Lúcio de Almeida, José dos Santos Bessa e, a partir do ano letivo 1974/1975, o Prof. Henrique Carmona da Mota bem assim como pouco depois o Prof. Torrado da Silva e posteriormente a Professora Jeni Canha.

Nos cursos de medicina criados posteriormente o ensino da Pediatria está presente desde o seu início.

Leitura complementar

- Crisp N, Chen L. Global Supply of Health Professionals. *N Engl J Med* 2014;370:950-957.
- Bessa JS. “Breve História do Hospital Pediátrico de Coimbra.” *Revista da Fundação Bissaya-Barreto*, 1987;2(4):5-13.
- Norvenius SG, Randers B. “150th Anniversary of the creation of the first Chair of Paediatrics in the world.” *Acta Paediatr* 1997;86: 443-447
- OECD (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing.http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.