

Regresso ao Futuro

Back to the Future

“IT IS ALWAYS WISE TO LOOK AHEAD, BUT DIFFICULT TO LOOK FURTHER THAN YOU CAN SEE.”

WINSTON CHURCHILL

Gonçalo Cordeiro Ferreira

Área de Pediatria Médica, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Lisboa, Portugal

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Acta Pediatr Port 2015;46:177-9

Em 2010, em artigo publicado na revista *Pediatrics*, uma *task force* nomeada pela Academia Americana de Pediatria procurava identificar as megatendências que teriam impacto profundo na prática pediátrica para a década seguinte (de 2020 em diante).¹

Para cada uma das tendências encontradas foram previstos três tipos de cenários (o melhor e o pior possível e o mais plausível, geralmente a meio caminho entre os dois primeiros).

Se bem que focadas para a realidade norte americana, neste mundo altamente globalizado, uma grande maioria delas adapta-se às nossas condições.

Das oito tendências apontadas, destaco duas que me parecem apropriadas para suscitar uma reflexão e uma discussão sobre o que nos espera e como nos podemos (e devemos) preparar.

Em primeiro lugar, a mudança das características demográficas e clínicas das crianças e famílias. Aqui acrescento uma questão não contemplada no artigo, mas incontornável na atualidade nacional - a diminuição da taxa de natalidade.

Do ponto de vista clínico irá prevalecer a criança com doença crónica complexa.

Estima-se que 13-18% das crianças e jovens apresentem uma doença crónica de índole orgânica ou mental. Destas destaca-se um subgrupo mais vulnerável, com doença crónica complexa, que envolve vários órgãos e sistemas, ou apenas um mas necessitando de apoios muito especializados (muitas vezes com dependência de tecnologia médica), sendo previsível o internamento frequente em centros terciários.²

Estes doentes que, no total, são menos de 1% das crianças, consomem 15% do total dos recursos de saúde, totalizam 19% das hospitalizações, 49% dos dias de internamento e 53% dos gastos hospitalares.^{3,4}

Estes números tenderão a aumentar pela sobrevivência acrescida do grande pré-termo e de muitas doenças anteriormente fatais, como cardiopatias complexas, doenças neurológicas graves, anomalias genéticas, transplantes, entre outras.

Os cuidados a estas crianças resultam numa rede muito complexa, que se estende por diversas especialidades e subespecialidades, muitas vezes em mais do que uma

instituição de saúde, outros profissionais (enfermagem, terapeutas vários, nutricionistas) e ligação a serviços fora da saúde, como o ensino especial e os serviços sociais.

No hospital terciário, para evitar andar perdida entre tantos médicos e consultas, tem de ser criada a figura do gestor do caso complexo, entregue, na maioria dos casos, a um internista pediátrico bem preparado para essas funções.⁵

No entanto, um programa exclusivamente hospitalocêntrico não serve estas crianças nem as famílias. Assim, impõe-se uma ligação forte a equipas de cuidados continuados ou eventualmente paliativos, que só tardiamente, e graças ao esforço de uns tantos, contra muitas barreiras burocráticas e muita incompreensão, se começa a esboçar.

Mas estas crianças precisam também de cuidados de proximidade, só conseguidos através de uma forte articulação entre os hospitais, os cuidados continuados e os centros de saúde.

Ora sabendo-se que um terço dos internamentos não programados destes doentes é evitável e que mais de metade é consequência de deficiências da coordenação dos cuidados prestados, é imprescindível que em cada polo (hospital e comunidade) desta rede esteja um médico treinado e com tempo e inclinação para a resolução dos múltiplos problemas que afetam estas crianças.⁶

A quem cabe esse papel nos centros de saúde, que vai para além da prestação de cuidados primários, sendo claramente cuidados secundários extra-hospitalares? Está o médico de família em condições de o preencher e quer sê-lo?

No referido artigo, o cenário mais plausível é que as boas práticas, quanto aos cuidados a este grupo, se centrem em projetos inovadores, mas limitados a determinados contextos e sem disseminação global, e como *worst case* a falha generalizada de coordenação entre os atores.¹ A continuar como estamos em Portugal, oscilaremos entre os dois cenários, com muitas possibilidades de nos situarmos no pior possível.

As questões demográficas têm no nosso país uma condicionante particular - a baixíssima taxa de natalidade,

que passou em 10 anos de 11,4 para 7,9 nascimentos por 1000 habitantes, e a idade média materna para o primeiro filho que se situa nos 30 anos.

As políticas de incremento da natalidade baseadas apenas em subsídios financeiros estão votadas ao insucesso. A questão que leva os casais a terem tão poucos filhos e tão tarde vai para além do meramente económico. Quem quer ter filhos se depois não tem tempo para os criar e educar? E em Portugal cada vez se prolongam mais os horários laborais, para além de que é visto com desconfiança o trabalhador que não fique mais tempo no emprego do que o estipulado no seu contrato.

Mas sendo a criança um bem escasso e sabendo o impacto decisivo que os seus primeiros anos irão ter no adulto em que se vier a tornar, quer nos aspetos físicos quer mentais, tem de ser muito bem acompanhada para que possa florescer devidamente.

No documento emanado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) “*Child Well Being*” que avalia em vários países as dimensões económicas, sociais, sanitárias e educativas da vida das crianças, ficamos em vários itens muito mal colocados em relação aos outros países desenvolvidos.⁷ Há pois que melhorar em muitos campos e os cuidados de saúde são um deles.

Uma das formas de poder melhorar a resposta a estes novos desafios prende-se com a formação dos médicos, o que nos conduz à segunda tendência selecionada no artigo da revista *Pediatrics* - a dinâmica da força de trabalho pediátrica, em que os cenários melhor ou pior dependem da preparação dos futuros pediatras para as novas condições demográficas que irão enfrentar.

No nosso país, o novo programa curricular para o internato de pediatria procura responder a esta questão, propondo, à semelhança de muitos outros na Europa, um tronco comum de três anos e dois anos diferenciados entre pediatria geral hospitalar e subespecialidades pediátricas.

Inicialmente estava também prevista uma derivação para a pediatria extra-hospitalar, mas foi deixada cair, principalmente porque, atendendo à estrutura de cuidados montada, não haveria no Serviço Nacional de Saúde (SNS) procura para esses pediatras.

Considero que a breve prazo teremos de remediar

este erro, sobretudo atendendo ao novo currículo do internato de medicina geral e familiar, em que o tempo destinado a formação em saúde infantil e juvenil se reduz para dois meses.⁸ Ou seja, perante um futuro em que o doente pediátrico é mais complexo e necessita de muitos cuidados secundários fora do hospital e exige a prestação de superlativos cuidados primários nos primeiros anos de vida pelo impacto futuro que causam, desinveste-se na formação pediátrica dos médicos de família.

Penso que esta estratégia tem implícito o convite para que o pediatra volte ao centro de saúde para se responsabilizar pelos cuidados primários, pelo menos nos dois primeiros anos de vida, e pelos cuidados secundários dos doentes complexos, integrando-se na equipa de cuidados ao doente e à família, em que a criança se insere. Os pediatras como advogados dos interesses das crianças têm de fazer prevalecer, junto dos órgãos da tutela e profissionais, esta visão.

Esta política é explicitamente defendida pela Academia Europeia de Pediatria, que recomenda sem ambiguidades que é benéfica a presença do pediatra nos cuidados primários e que o treino nesta área tem de ser de excelência.⁹

Assim, a formação para todos os que se irão ocupar da criança do futuro num contexto extra-hospitalar é obrigatória e deve ser realizada parcialmente fora dos hospitais. Para tal defendo a criação de um instituto de pediatria ambulatória em cada Administração Regional de Saúde (ARS), que funcionará como incubadora onde futuros pediatras e médicos de família se aprenderão a conhecer e a saber lidar com as crianças e famílias complexas e complicadas do amanhã.¹⁰

Prever o futuro parece fácil em contextos em que o passado foi adiado e o presente não é cumprido.

No entanto a melhor maneira de acertarmos na previsão e nos objetivos é estarmos um passo à frente, ou como disse Peter Drucker:

“The best way to predict the future is to create it.”

Correspondência

Gonçalo Cordeiro Ferreira
goncalo.cf@chlc.min-saude.pt

Referências

1. Starmer A, Duby J, Slaw K, Edwards A, Leslie L. Pediatrics in the year 2020 and beyond: Preparing for plausible futures. *Pediatrics* 2010;126:971-81.
2. Simon T, Berry J, Feudtner C, Stone B, Sheng X, Bratton S, et al. Children with complex chronic conditions in inpatient hos-

3. Neff J, Sharp V, Muldoon J, Graham J, Myers K. Profile of medical charges for children by health status group and severity level in a Washington State Health Plan. *Health Serv Res* 2004;39:73-89.
4. Berry J, Hall M, Hall D, Kuo D, Cohen E, Agrawal R, et al. Inpatient growth and resource use in 28 children’s hospitals : A longitudinal,

multi-institutional study. *JAMA Pediatr* 2013;167:170-7.

5. Srivastana R, Stone B, Murphy N. Hospitalist care of the medically complex child. *Pediatr Clin North Am* 2005;52:1165-87.

6. Matlow A, Wright J, Zimmerman B, Thomson K, Valente M. How can the principles of complexity science be applied to improve the coordination of care for complex pediatric patients? *Qual Saf Health Care* 2006;15:85-8.

7. Organisation for Economic Cooperation and Development. Comparative child wellbeing across the OECD [consultado em Junho de

2015]. Disponível em <http://www.oecd.org/els/family/43570328.pdf>

8. Portaria n.º 45/2015, Diário da República. 1.ª série, N.º 36, 20 de fevereiro de 2015. Ministério da Saúde. Programa de especialização da área de formação de medicina geral e familiar.

9. Stiris T, del Torso S, Mercier J-C, Barak S, Wettergren B, Ross-Russell R, et al. Improving paediatric care in the community. *Lancet* 2015;385:1505.

10. Cordeiro-Ferreira G. Futuro da prática pediátrica, Parte II. *Notas Pediatr* 2010;1:12-5.