

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA DE ATUAÇÃO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Introdução

Ao projetar um programa de residência na área da pediatria, deve-se ter em mente que os pediatras que hoje finalizam sua formação, estarão atuando no atendimento de crianças e adolescentes entre 2020 e 2050. Portanto, enfrentarão desafios assistenciais muito diferentes daqueles vivenciados no passado recente até os dias de hoje. Alguns destes futuros desafios já estão bem identificados. Estudos que analisam as mudanças ocorridas no perfil de doenças ao longo dos últimos anos permitem antever que os maiores desafios da pediatria para as próximas décadas estarão relacionados a: Gestação na adolescência, Mortalidade perinatal, Medicina de Urgência, Infecções (sepsis), Causas externas (incluindo acidentes, uso de álcool e drogas), Doenças crônicas, Crianças com “complexidade médica” (Lantos J. A New Pediatrics for a New Century. *Pediatrics* 2013;131:S121–S126).

Na tentativa de preparar-se para este novo cenário o Instituto Nacional de Saúde (NHI) norte-americano elegeu, recentemente, três campos prioritários para o desenvolvimento e estímulo de pesquisas pediátricas: Medicina Intensiva Pediátrica, Emergência Pediátrica e Reabilitação de crianças acometidas por doenças agudas ou crônicas. Portanto, dentre os desafios para as próximas décadas a medicina de urgência é considerada uma das principais prioridades para a saúde da criança e adolescente.

Por tudo que conhecemos, pode-se concluir que em nosso meio estas mesmas prioridades e desafios deverão ser enfrentadas nos próximos anos. E, frente as inúmeras e inquestionáveis razões que incluem a Urgência em Pediatria como uma prioridade atual e para os anos vindouros, torna-se indispensável portanto, a implementação imediata de Programas de Residência com Área de Atuação em Emergência Pediátrica em nosso país.

Ao longo das últimas décadas a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ao identificar os novos desafios assistenciais vem promovendo movimentos complementares em seus programas de residência para ajustar-se as novas demandas. O Programa Geral de Residência em Pediatria vem sofrendo

continuadas modificações com ampliação no tempo de formação (atualmente 3 anos), modificando o seu conteúdo e fazendo um controle de qualidade na certificação do Título de Especialista através de avaliação de conhecimento e habilidades. Com esta estratégia a SBP objetiva entregar a população pediatras com formação e habilidade nos mais diversos campos de atuação, capacitados a prestar assistência com alto padrão de qualidade.

Por outro, a SBP reconhece e prioriza a necessidade de prover pediatras com formação especializada em determinadas áreas de atuação, para liderarem mudanças assistenciais, melhoria na infraestrutura organizacionais e também, no crescimento da produção de conhecimento nas respectivas áreas. Para tal fim, elegeu o desenvolvimento de Programas de Residência em Áreas de Atuação da Pediatria, tais como: Medicina Intensiva, Neonatologia, Pneumologia, Oncologia, Imunologia entre outros. Esta política de absoluto sucesso tem dado resultados impressionantes tanto no âmbito assistencial (benefício direto aos pacientes), mas também para a pediatria como um todo. Pois, estes profissionais (líderes em suas áreas de atuação) tem promovido mudanças organizacionais e assistenciais em suas áreas com reflexos inclusive na ampliação do mercado de trabalho para o pediatras gerais (P.ex.: Unidades neonatais, UTI pediátricas, entre outros).

Até 2002, a SBP tinha obtido reconhecido junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) o seu programa de Residência de 3º ano em Emergência Pediátrica. Naquele ocorreu a unificação de especialidades e áreas de atuação definidas pela Associação Médica Brasileira (AMB), CNRM e Conselho Federal de Medicina (CFM). Por motivos desconhecidos até hoje, a Urgência e Emergência passou a ser área de atuação exclusiva da Clínica Médica. Não sendo área de atuação da pediatria não havia como manter este programa reconhecido e suspendeu-se a formação de pediatras com treinamento e habilitação na área de atuação de Emergência pediátrica. Esta situação absurda que é mantida até os dias de hoje (mais de 13 anos) apesar dos reiterados pedidos enviados pela SBP a CNRM e AMB. Esta impossibilidade traz enormes prejuízos à população, à pediatra, ao ensino e a pesquisa em nosso meio.

Podemos questionar se a formação atual do pediatra geral não seria suficiente para habilitá-lo a atuar como liderança médica nos seus diversos níveis (assistência, ensino, pesquisa e gerenciamento) na área de Urgência e Emergência?

Mesmo considerando que 20-25% da carga horária do programa de residência em Pediatria geral seja hoje dedicada a urgência essa formação é incompleta para o que se espera de um profissional que lidere o processo nesta importante área.

Estudos internacionais que avaliaram as habilidades e exposição de programas de residência de pediatria (3 a 4 anos) desenvolvidos em grandes hospitais, demonstram que ao final da residência estes pediatras tem uma exposição insuficiente ao mínimo de situações de urgências pediátricas recomendáveis. Em um estudo avaliando o programa de residência de pediatria (4 anos) em um grande centro de referência nos EUA, observou que 89% dos residentes de pediatria **não** foram expostos ao **mínimo** de situações preconizadas pela CNRM dos EUA (Mittiga M et al. Pediatric Emergency Medicine Residency Experience: requirements versus reality. *Ped Emerg Care* 2008). Outro estudo, demonstra que os residentes de pediatria em seu estágio regular no departamento de emergência são expostos a um pequeno número de pacientes crítico (~14 pacientes graves por residente de Pediatria em seu treinamento) (Resident exposure to critical patients in a pediatric emergency department. *Chen Eh Pediatr Emerg Care* 2007, 23: 774). Estas mesmas carências na formação e aquisição de habilidades pelo residente de pediatria na área de urgência também são constatadas em nosso meio (Bonow et al. *JPediatr* (Rio J.)) e também, através da análise do desempenho da prova de especialista em pediatria promovido pela SBP.

Estes resultados não significam necessariamente que o pediatra esteja incapacitado para atuar em serviço de Emergência Pediátrica. Mas, é imperioso reconhecer que o impedem de ser uma referência, um líder e um elemento inovador nesta área. As lacunas em suas competências e habilidades nesta área demandam que haja um profissional adequadamente treinado e habilitado para apoiá-lo e melhorar seu desempenho quanto estiver atuando em emergência pediátrica.

Um outro questionamento enfrentado no entendimento deste problema refere-se ao possível interesse de pediatras para realizar mais um período de treinamento para obter a titulação em área de urgência e emergência pediátrica. Essa resposta já foi dada no passado quando até 2003 havia vários serviços com programas de residência de 3º ano em emergência pediátrica, com vagas disputadas através de concurso e listas de suplentes. Nos EUA a Emergência

pediátrica é das subespecialidades que mais cresceram na última década (500% no período 1992-1999), sendo a segunda mais procurada pelos pediatras que concluíram a Residência básica, perdendo apenas para a Neonatologia.

Observa-se ainda em nosso meio a necessidade de um interlocutor vocacionado e identificado nesta área que sirva como interlocutor tanto nas discussões intra-hospitalares como extra-hospitalares visando a implementação de políticas de gerenciamento e assistência em Emergência Pediátrica.

Entendemos, portanto, que a formação em emergência pediátrica é um poderoso estímulo para atrair indivíduos talentosos, fixá-los nesta importante área da medicina, para que exerçam sua liderança promovendo qualificação e crescimento na assistência, na pesquisa, no ensino e no gerenciamento.

Pelas razões acima expostas, as instituições abaixo discriminadas propõem o seu credenciamento para desenvolver um Programa de Residência em Área de Atuação de Emergência Pediátrica com um ano de duração. Este programa visa formar um profissional qualificado para atendimento das situações clínicas e traumáticas agudas de nossa população e, especialmente, para liderar a organização dos serviços de Urgência e Emergência Pediátrica do Brasil. O programa foi desenhado conforme as diretrizes adotadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e é embasado, também, na experiência bem-sucedida de dois programas já em funcionamento no país: um no Hospital de Pronto Socorro, em Porto Alegre (RS), há 18 anos; e outro no Hospital Marsejana, em Fortaleza (CE), há 6 anos.

Esta proposta contou com o apoio formal da Sociedade Brasileira de Pediatria, sendo elaborada por membros representantes das instituições:

- | | |
|---|-------------------------------|
| a. UFRGS – H. Clínicas de P Alegre | e. Unicamp (SP) |
| b. USP - Instituto da Criança | f. Hospital Menino Jesus (SP) |
| c. H Sabara (SP) | g. H Geral Nova Iguaçu (RJ) |
| d. UFCSPA – H. Criança Santo Antônio (RS) | |

Minuta: **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA DE ATUAÇÃO DE EMERGÊNCIA
PEDIÁTRICA**
CFM- 25/06/2015

1- Duração:

UM ano

2- Número de vagas:

Mínimo: duas vagas.

O número máximo de residentes será de acordo com o volume e facilidades ofertadas pelo serviço

3- Carga horária:

60 horas semanais de acordo com as recomendações da CNRM, incluindo férias de 30 dias.

4- Objetivos do profissional a ser formado:

- Aprofundar o conhecimento, habilidades e competências na área de Urgência e Emergência Pediátrica nos seus diversos cenários.
- Desenvolver a capacidade de geração de conhecimentos dentro de quatro componentes: habilidade clínica, pesquisa, educação e gestão.
- Formação de líderes que possam influir e impactar no atendimento, gerenciamento e planejamento do setor, incluindo a liderança da equipe multiprofissional.
- Formação de profissional apto a contribuir na geração de soluções alinhadas às necessidades de política de saúde de sua região.

5- Locais de treinamento

- Serviço de Emergência Pediátrico com um mínimo 50.000 atendimentos externos.

- A complexidade assistencial deve garantir uma demanda mínima próxima de 10% de pacientes classificados como até segundo nível de escala de prioridades (5 níveis)
- Unidade de transporte intra e extrahospitalar
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (mínimo dez leitos).
- Anestesiologia e cirurgia (Serviços de Imagem com procedimentos anestésicos / centro cirúrgico / recuperação anestésica).
- Serviço de trauma.
- Área de Imagens
- Opcionais complementares (p.ex.: otorrino, cardio, queimados, intoxicações, acidentes por animais peçonhentos...)

6- Objetivos Cognitivos do Programa

No mínimo, DEZ por cento (10%) da carga horária deve ser destinada a atividades teóricas, seja sob a forma de aulas, seminários, discussão clínica, revisão de artigos, entre outros. O embasamento teórico prático deve abranger as principais situações agudas em Pediatria, tais como as listadas abaixo, mas não restritas apenas a estas:

- a. Ressuscitação cardiopulmonar.
- b. Sequência rápida de intubação.
- c. Choque (séptico, hipovolêmico, cardiogênico).
- d. Insuficiência respiratória aguda.
- e. Asma aguda grave
- f. Noções básicas de ventilação mecânica.
- g. Emergência em vias aéreas superiores.
- h. Meningoencefalites.
- i. Estado de Mal convulsivo
- j. Sedação e analgesia.
- k. Cetoacidose diabética.
- l. Atendimento inicial ao politraumatizado e TCE.
- m. Intoxicações exógenas.
- n. Acidentes com animais peçonhentos.
- o. Anafilaxia.

- p. Urgências hipertensivas.
- q. Síncope e Coma
- r. Insuficiência cardíaca congestiva e crise de cianose.
- s. Distúrbios do ritmo cardíaco.
- t. Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos.
- u. Aspectos éticos e legais do atendimento em OS
- v. Noções básicas em gestão e administração de serviços de Urgência e Emergência
- w. Noções em metodologia científica para pesquisas em emergência
- x. Atendimento de catástrofes

7- Competências

- a. Reconhecer as afecções agudas de crianças e adolescentes atendidas em unidades de Urgência/ Emergência e a adequada implementação dos respectivos protocolos.
- b. Estabelecer imediatamente linhas de atendimento da urgência.
- c. Auxiliar no atendimento de pacientes com necessidades específicas e dependentes de tecnologia.
- d. Capacidade de autonomia e liderança
- e. Propor e desenvolver um projeto de pesquisa (TCC)
- f. Demonstrar capacidade de gerenciamento dos processos administrativos da unidade (gestão de custos, alocação de recursos humanos, fluxos)
- g. Participação na implementação de ferramentas de gestão (protocolos assistenciais, indicadores de qualidade,...)
- h. Conhecer as prioridades e políticas nacionais / regionais de saúde com ênfase na área de urgência e emergência pediátrica

8- Habilidades

Será requerido um conjunto mínimo de habilidades, a considerar:

- a. Acesso Vascular venoso periférico e central (incluindo cateter umbilical)
– mínimo de seis acessos cada; acesso arterial (mínimo seis);

- b. Acesso Intraósseo – mínimo quatro acessos;
- c. Acesso à via aérea – mínimo doze;
- d. Suporte Ventilatório Invasivo e Não Invasivo
- e. PALS ou equivalente
- f. Mínimo de procedimentos invasivos: Punção LCR (doze), Suprapúbica (seis), Torácica (quatro),
- g. Identificação de alterações e doenças agudas maiores em exames de imagens (Ecografia, Rx, CT e/ou RNM)
- h. Prática na aplicação de Sistemas de Classificação de Prioridades de Atendimento (“ Classificação de Risco”)
- i. Apresentação de tema livre ou submissão de artigo em periódico

9- Descrição das atividades

As atividades serão desenvolvidas na própria unidade e outros locais

Local	Carga horária %
Unidade\Serviço Emergência Pediátrica	50-70%
UTIP	5-10%
Transporte	5-10%
Imagens	5-10%
Trauma	5-10%
Cirurgia e anestesia	5-10%
Opcional	5-10%

Esta distribuição não pressupõe obrigatoriamente a divisão fixa em blocos.

10- AVALIAÇÃO:

Será realizada a cada seis meses, envolvendo os seguintes aspectos:

Atitudes

- Postura, comunicação, integração,...

Conhecimentos e competências

- Domínio de conteúdos da área, protocolos,...
- Projeto de pesquisa (TCC)

Habilidades

- *Check list* de aquisições

11- Ao final da residência, o profissional deverá ter competência, habilidades e atitudes para::

- a. Reconhecer, diagnosticar e tratar seguindo as melhores evidências científicas (protocolos) as principais situações agudas em Pediatria.
- b. Reconhecer, diagnosticar e iniciar o tratamento baseado nas melhores evidências científicas (protocolos) as principais situações de urgência das especialidades pediátricas (pex.: otorrinolaringológicas, oftalmológicas, ortopédicas, neurológicas, neurocirúrgicas, entre outras).
- c. Capacidade de interpretar corretamente os exames subsidiários usuais nas principais situações de urgência pediátricas.
- d. Executar os principais procedimentos de urgência.
- e. Capacidade de liderar a equipes de urgência e emergência pediátrica.
- f. Entender as políticas de saúde regionais e o sistema de referenciamento hospitalar;