

Tecnologia e inovação em UTIs pediátricas: uma visão conectada da Oceania

PALESTANTES

Monica Brooks, Trevor Duke, Emma Haisz

Emma Haisz

Olá e bem-vindos ao podcast da região da Oceania para a Semana de Conscientização sobre UTIs Pediátricas da WFPICCS. Meu nome é Emma Haisz e sou enfermeira consultora clínica em uma UTI pediátrica em Brisbane, Austrália. O tema da Semana de Conscientização sobre UTIP deste ano é tecnologia e inovação em terapia intensiva pediátrica. Hoje, tenho o prazer de apresentar nossos dois convidados, o Dr. Trevor Duke, especialista em terapia intensiva pediátrica do Melbourne Royal Children's Hospital, professor de pediatria da Universidade de Melbourne, Departamento de Pediatria, e professor de saúde infantil da Faculdade de Medicina da Universidade de Papua Nova Guiné. A Dra. Monica Brooks é intensivista pediátrica na UTI pediátrica do Auckland Starship Children's Hospital, na Nova Zelândia. Ela é indígena de Fiji e concluiu a sua formação médica inicial em Fiji. Bem-vindos ao podcast de hoje. Para os ouvintes que não estão familiarizados com a região da Oceania, trata-se de uma região no Oceano Pacífico que contém milhares de ilhas. Existem 14 países, sendo os dois maiores a Austrália e a Nova Zelândia, que são bem conhecidos pelas suas unidades de cuidados intensivos pediátricos de alta qualidade e inovadoras, bem como pelas colaborações em investigação. Muitos dos restantes países ainda estão em desenvolvimento e enfrentam desafios relacionados com recursos limitados, isolamento da população e vulnerabilidade a desastres naturais e alterações climáticas. Decidimos focar o podcast de hoje em alguns dos países menores da Oceânia para permitir a discussão sobre como a tecnologia e a inovação têm sido utilizadas para desenvolver e melhorar os cuidados

intensivos pediátricos para as suas populações. Monica, como a primeira intensivista pediátrica a concluir a sua formação fora da Nova Zelândia e da Austrália na nossa região, adorávamos ouvir um pouco sobre essa experiência e também sobre alguns dos desafios e progressos inovadores dos quais você fez parte ao longo da sua carreira.

Monica Brooks

Obrigada, Emma, obrigada pelo convite para este podcast e obrigada pela apresentação encantadora, tanto para mim e para o Trevor, como também para a Oceânia. Sim, sou a primeira intensivista indígena treinada em Fiji, formada pelo College of Intensive Care and Medicine da Austrália. Eu me formei, obtive minha bolsa de estudos no ano passado e acabei de começar meu trabalho como intensivista aqui no Starship Children's Hospital, em Auckland. Fiz a maior parte da minha formação médica e pediátrica em Fiji, na Fiji School of Medicine. Na verdade, a maior parte da minha experiência inicial em pediatria foi no Colonial War Memorial Hospital, que fica em Suva, a capital de Fiji. Também trabalhei no Lautoka Hospital, que também tem uma UTI pediátrica menor, que era compartilhada com a equipa de UTI para adultos na época. A experiência de trabalhar em Fiji na altura foi que tínhamos muitas crianças a morrer de doenças que, na Austrália e na Nova Zelândia, não teriam. Coisas como asma. Vimos muitos casos de sépsis e muitas das mortes também se deveram a atendimentos tardios e à localização geográfica. Nem sempre é fácil chegar às crianças no hospital, seja por estrada ou mesmo por barco. Por vezes, a experiência que tive em Fiji foi incrível e fantástica. Aprendi muitas habilidades que me ajudaram na minha formação em Melbourne. Fiz a maior parte da minha formação em UTI pediátrica em Melbourne, o que foi incrível, e foi definitivamente um contraste muito grande entre a formação e o trabalho em Fiji e o trabalho em uma instituição como o Royal Children's Hospital em Melbourne, onde havia recursos tão abundantes e uma diferença tão grande em comparação com o que usávamos em Fiji. Como exemplo, vou falar sobre o serviço de resgate em Fiji quando eu estava lá como pediatra. A UTI é cuidada por pediatras. Todos nós somos formados como pediatras gerais, mas temos que cuidar dos resgates da UTIN e da UTI pediátrica e do departamento de emergência, além das enfermarias da clínica. Quando fazíamos resgates para ilhas mais distantes ou mesmo para áreas remotas dentro do continente, isso significava ir com a enfermeira. E tínhamos uma pequena caixa de ferramentas com o básico. Tinha o laringoscópio; podíamos levar uma lâmina, qualquer uma que encontrássemos nas

gavetas ou nos carrinhos de vias respiratórias. Então acabávamos com uma Mac grau dois ou uma Miller um. Mas levávamos o que tínhamos. Levávamos tubos endotraqueais que achávamos que seriam suficientes para a criança e tínhamos de ter a certeza de que, com aquele tubo endotraqueal, o colocávamos no sítio certo, porque não tínhamos muitas opções e também não tínhamos tubos endotraqueais suficientes no hospital para levar. Não tínhamos mais do que três tubos endotraqueais de cada vez na nossa pequena caixa de ferramentas. Tínhamos adrenalina, atropina, suxametônio e morfina. E tínhamos uma cânula, de calibre 24 ou 22, e um intraósseo médio. Tínhamos uma sonda SAT, era tudo o que podíamos levar para monitorização. Não tínhamos ECGs nem um monitor de ECG portátil para levar connosco. Também não tínhamos um tubo intraósseo. Nem tínhamos um ventilador, um ventilador de transporte, então era preciso devolver os bebés, seja em helicópteros, aviões ou por estrada, se estivéssemos na ambulância. Isso tornava a medicina muito interessante. Não me arrependo de ter treinado e trabalhado em Fiji. Isso desenvolveu muita resiliência nas pessoas. Era preciso se contentar com os recursos limitados que tínhamos. E o maior, penso eu, o maior presente, pensávamos que era que, no final, se fossemos bem-sucedidos e pudéssemos dar alta à criança, isso era incrível. E isso valia bem o esforço. E, apesar da limitação de recursos, ainda podíamos salvar uma vida ou fazer a diferença. E também percebi que havia vantagens em obter mais formação ou formação adicional em medicina intensiva, especificamente em pediatria, na esperança de que pudéssemos mudar os resultados ou fazer algo diferente. E, usando o básico, não acho que precisamos de muitos equipamentos ou recursos sofisticados. Acho que, se nos concentrarmos no que temos e no básico, podemos mudar os resultados se aprendermos a usá-lo melhor ou de uma maneira diferente.

Emma Haisz

Obrigada por partilhar isso. Foi muito interessante ouvir a sua jornada e lembrar-me de como alguns países da nossa região são bem dotados e afortunados em comparação. Consegue pensar em algum exemplo dessa inovação engenhosa que surgiu nos últimos anos nos cuidados intensivos pediátricos em Fiji?

Monica Brooks

Sim, em termos de recursos, acho que o único recurso que temos, e que acho que se aplica à maioria das ilhas do Pacífico Sul, é o recurso humano. E a nossa força de trabalho é algo em que podemos realmente trabalhar e desenvolver, e que irá contribuir para mudar ou alterar os resultados para as populações pediátricas. A região do Pacífico Sul é limitada pelas finanças. Os orçamentos para a saúde não são exatamente uma prioridade. Infelizmente, há muitas outras prioridades na comunidade que têm precedência sobre o orçamento da saúde. Além disso, somos limitados por recursos e equipamentos, o que não é algo que podemos mudar rapidamente. E isso tem sido um desafio contínuo ao longo de muitos anos. Por isso, é um pouco mais difícil para nós tentar mudar rapidamente. Somos gratos no sentido de que recebemos muito apoio para a nossa força de trabalho. Isso se traduz em mentoria em telecomunicações com os nossos colegas no exterior em diferentes áreas. Existem alguns na plataforma Zoom, e a plataforma Teams tem contribuído muito para garantir que haja uma partilha contínua de conhecimento com o Pacífico. Ao mesmo tempo, aqueles de nós que trabalham longe do Pacífico ou na Austrália, Nova Zelândia ou outros países europeus também podem aprender com o Pacífico sobre os processos de doenças que eles tiveram e quais patologias eles têm, em termos de doenças infecciosas, e quais estratégias eles têm em vigor. Levamos um pouco disso conosco ou aprendemos como mudar a forma como estamos a gerir algumas das patologias infecciosas na nossa comunidade, agora, nas nossas sociedades? Portanto, o equipamento que temos inclui ventiladores. Não temos ECMO, o que não é grave. Não é uma necessidade e não é algo que os orçamentos possam suportar. Mas temos instrumentos para as vias respiratórias e dispositivos circulatórios, ou medicamentos, que nos permitem, pelo menos, prestar os melhores cuidados possíveis às nossas crianças. Vimos que o melhor conhecimento que temos é o melhor que temos. Por isso, acho que as telecomunicações e as plataformas Zoom melhoraram muito isso e mudaram o conhecimento das nossas comunidades do Pacífico. Mas também ganhámos com isso aqui na Austrália e na Nova Zelândia. Acho que é realmente nisso que se deve trabalhar: na força de trabalho. Acho que os outros aspetos, em termos de equipamento e recursos, são muito mais difíceis do que uma questão maior, mais abrangente, com a qual se pode lidar. Acho que é necessário criar redes dentro da nossa própria região do Pacífico Sul. Por exemplo, criamos um grupo de cuidados intensivos para o Pacífico Sul para ver o que cada país tem em termos de recursos, partilhar o nosso conhecimento e partilhar como estamos a usar esses recursos. Essa é provavelmente uma ótima maneira de começar. Depois, temos os nossos colegas. Temos pessoas que têm as nossas experiências. Trabalhamos nos mesmos ambientes. E depois temos o conhecimento médio de todos. O Trevor foi um grande mentor para mim e até mesmo uma grande fonte de recursos quando eu ainda estava em formação em Fuji.

Lembro-me de uma pequena história em que intubei um bebê com síndrome de aspiração. Ele talvez não se lembre, mas havia um recém-nascido que estava bastante doente e eu tinha ficado sem ventiladores. Então, pensei: o que mais posso fazer? Eu tinha um tubo na endotraqueia. O que mais eu poderia fazer? Tínhamos um CPAP de bolha instalado. Então pensei: “Bem, vamos colocar este bebê, deixá-lo respirar, colocá-lo no CPAP de bolha e ver como fica”. Depois, liguei e enviei uma mensagem ao Trevor, a dizer o que tinha feito. Se estava certo. Porque nunca tinha feito isso antes, mas não tínhamos mais opções. Não tinha ventilador. E o conselho do Trevor foi: sim, fez bem, veja como corre. E aquele miúdo sobreviveu. Extubámos para CPAP e ele sobreviveu até à alta. Mas foram redes úteis e informações e conhecimentos extremamente valiosos que pude aceder muito rapidamente — enviando um e-mail para alguém na Austrália, e foi isso que fizemos. Está tudo bem ou não? Por isso, acho que ter as pessoas certas nos lugares certos é extremamente útil.

Emma Haisz

Obrigada por partilhar isso, adorei, demonstrou como a comunicação bidirecional é um aprendizado em ambas as direções, não apenas os países mais desenvolvidos ajudando as UTIs em desenvolvimento, mas esse aprendizado também ocorre no sentido contrário. E você mencionou o Trevor e como ele a apoiou nessa história, e espero que agora o Trevor possa partilhar um pouco sobre cuidados intensivos pediátricos, a situação dos cuidados intensivos pediátricos ou o desenvolvimento desse serviço atualmente em PNG.

Trevor Duke

Obrigado, Emma. Para mim, a história de Monica é incrível, realmente, é muito bom ouvir. É uma história de realização pessoal, mas também é uma história de avanço dos cuidados intensivos pediátricos e da pediatria em geral nos países do Pacífico. E Monica tem um compromisso contínuo com a formação em Fiji. Acho que essas redes da diáspora que ajudam e as pessoas que consideram isso uma comunidade de prática da Oceânia, se assim quiserem, são muito importantes. Mas, como disse, Emma, a região é muito diversificada e enorme em tamanho, e relativamente modesta em população, em

comparação com outras regiões do mundo. E há muitos países desses 14 que mencionaste que não tiveram essa história de desenvolvimento de cuidados intensivos pediátricos como Fiji teve e, claro, Austrália e Nova Zelândia. Na verdade, isso vale para a maioria dos outros pequenos estados insulares. Agora, disseste que vamos nos concentrar em dois países pequenos, mas, na verdade, Papua-Nova Guiné não é um país pequeno. Na verdade, tem pelo menos 11,6 milhões de habitantes, mesmo numa estimativa conservadora. Portanto, se não me engano, Monica, é maior do que a Nova Zelândia. É certamente um país enorme, tanto em tamanho como, tal como Fiji, muito disperso geograficamente, mas de formas diferentes — em alguns aspetos semelhantes e noutros bastante diferentes. É também um dos países com menos recursos da região. E digo isso porque, de certa forma, é um país com muitos recursos, pois possui uma grande riqueza mineral e um ambiente natural incrível, assim como Fiji, além de recursos humanos. No entanto, a economia não é tão forte e o financiamento dos serviços de saúde não tem sido robusto. Isso, somado a muitos outros fatores, resulta em uma taxa de mortalidade infantil que, atualmente, é de cerca de 42 por 1000 nascidos vivos. Agora, compare isso com Fiji, onde é cerca de, se não me engano, Monica, cerca de 28 por 1000 nascidos vivos. Há algumas estimativas de que talvez seja 26, mas provavelmente é 28 por 1000 nascidos vivos para menores de cinco anos. E depois compare isso com a Austrália e a Nova Zelândia, onde as taxas de mortalidade de crianças com menos de cinco anos são de quatro por cada 1000 nascidos vivos. Portanto, há uma diferença de dez vezes entre a Austrália e a Papua-Nova Guiné. Isso não quer dizer que a PNG não tenha feito progressos. Em 1990, a taxa de mortalidade indefinida era de cerca de 90 a 100 por 1000, pelo que houve uma redução substancial da mortalidade infantil nesse período. Digo isso como pano de fundo porque, até recentemente, na Papua-Nova Guiné, não parecia apropriado introduzir qualquer coisa que se parecesse com serviços de cuidados intensivos pediátricos, mas, na verdade, a queda na mortalidade infantil tem sido muito substancial, como eu disse, nas últimas duas décadas. E ainda assim, as melhores coisas que se podia fazer pelas crianças naquele país continuavam a ser a imunização, a nutrição e a educação, melhorando a qualidade e o acesso aos serviços básicos de saúde. Temos 22 hospitais provinciais em todo o país e um grande hospital terciário, e muitas crianças chegam a esses hospitais e a hospitais distritais menores com doenças graves e precisam de um nível de cuidados mais elevado do que o que tradicionalmente tem sido possível oferecer. Temos um projeto de estratégia para a PICU na Papua-Nova Guiné, e é muito básico. Ele está ligado à estratégia nacional global de saúde infantil e ao que tem sido feito nos últimos 20 anos para tentar melhorar a qualidade básica dos cuidados. O objetivo tem sido começar com o acesso a cuidados pediátricos de boa qualidade em todo o país. Isso começa com a

formação e não apenas com a formação, mas com a distribuição do pessoal adequado em todas as províncias, que, em média, têm cerca de 300 a 400 000 habitantes. São províncias muito grandes. Algumas províncias têm até 500 ou 600 000 habitantes. Atualmente, todas as províncias, com exceção de duas, têm pediatras e há um ou dois pediatras para cada 500 000 pessoas. Assim, temos agora uma proporção de crianças por pediatra de cerca de 0,5 por 100 000, o que ainda é equivalente ao que existe na maioria dos países africanos menos desenvolvidos, na verdade 0,5 por 100 000. Portanto, o primeiro passo é realmente ter recursos humanos adequados, não apenas pediatras, mas também enfermeiros pediátricos, enfermeiros de saúde infantil que saibam prestar cuidados pediátricos básicos de boa qualidade a nível provincial e até mesmo a nível distrital, ou ainda mais abaixo. Atualmente, em Port Moresby, existe uma pequena unidade de cuidados intensivos pediátricos, que é uma UTI com 12 leitos dentro da ala pediátrica geral. E, neste momento, não fazemos ventilação mecânica lá, então as crianças que precisam de ventilação mecânica são internadas, como têm feito há muito tempo, há pelo menos uma década, na unidade de terapia intensiva para adultos. E as razões mais comuns para a necessidade de ventilação mecânica em crianças na Papua-Nova Guiné e em muitos países da Oceania são picadas de cobra ou síndrome de Guillain-Barré, esse tipo de coisa, em que os pulmões estão relativamente normais, mas há problemas neuromusculares que provavelmente se resolverão com o tempo. Portanto, há muitas crianças que necessitam de ventilação mecânica de curto ou mesmo longo prazo para essas condições e para cuidados pós-operatórios e traumatismos. Não é ideal fornecer ventilação mecânica a crianças com pneumonia muito grave. Muitas vezes, isso distrai da prestação dos serviços mais básicos. E já vi isso acontecer antes. Por isso, o tipo de programa que temos em vigor há cerca de 15 anos tem sido tentar melhorar a qualidade dos cuidados agudos básicos. Isso inclui tecnologia, inclui obter oxigénio, por exemplo, certamente a nível provincial e até mesmo a nível distrital. E há um programa para o uso de concentradores de oxigénio em todo o país. Mesmo durante a COVID, claramente, o oxigénio tornou-se uma questão muito importante e um défice visível, e as inovações incluem instalações móveis de oxigénio que podem ser transportadas num contentor e gerar oxigénio desde que haja um fornecimento contínuo de energia. E essas instalações foram enviadas para várias províncias, as sete do país. Mas, mais importante ainda, existem concentradores de oxigénio que chegam ainda mais longe na cadeia de serviços de saúde, até hospitais distritais, onde, na verdade, o fornecimento de eletricidade é instável, mas que funcionam com energia solar. Assim, existem 40 centros de saúde em todo o país que têm agora fornecimento de oxigénio alimentado por energia solar, e que estão em funcionamento desde 2015. Estão a funcionar muito bem e, em projetos de investigação de campo em

grande escala, demonstraram reduzir a taxa de mortalidade por pneumonia e a necessidade de encaminhamento, entre outras coisas.

Emma Haisz

É uma inovação incrível que alguém como eu, que trabalhou apenas no Canadá e na Austrália, nem sequer pensaria em perguntar. Obrigada por partilhar que os concentradores de oxigénio movidos a energia solar são incríveis, porque o oxigénio é o medicamento ou tratamento de primeira linha para cuidados intensivos pediátricos ou cuidados intensivos para adultos. Obrigada por partilharem que ambos mencionaram o aspeto dos recursos humanos e a formação destes profissionais de saúde. Quais são alguns dos desafios e soluções que estão a ser implementados nessas regiões para ajudar a superar essas carências?

Trevor Duke

Talvez eu possa acrescentar que a redução da mortalidade que observamos nos hospitais provinciais da Papua-Nova Guiné nos últimos 15 anos não se deve apenas à inovação tecnológica. Na verdade, acho que isso é uma parte muito pequena. É um apoio para os profissionais de saúde terem tecnologia quando antes não a tinham, mas ainda assim, acho que o fator chave tem sido a formação. A Organização Mundial da Saúde tem um programa de formação para profissionais de saúde, médicos não especialistas e enfermeiros. Na PNG, temos gabinetes de extensão de saúde, os seus técnicos de saúde e agentes comunitários de saúde, e oferecemos-lhes formação em cuidados hospitalares para crianças. Existe um programa chamado «cuidados hospitalares para crianças», que já foi alargado a quase todas as províncias da PNG. E acho que essa formação, que abrange todas as doenças comuns, doenças agudas, das crianças, e como gerir a triagem e avaliação de emergências e o tratamento e uma abordagem holística aos cuidados pediátricos, tem sido provavelmente tão necessária quanto quaisquer melhorias em produtos, tecnologia ou outros recursos. E isso reforça o que a Monica disse, que é, apenas para que saibam, a riqueza dos recursos humanos em todos os países que precisam de ser apoiados, para melhorar

a qualidade dos serviços. E esse tem sido um programa muito bem-sucedido, os cuidados hospitalares para crianças.

Monica Brooks

E eu posso acrescentar um pouco mais a partir das experiências das Fiji ou do que foi mencionado. As populações são pequenas, mas a área em que se encontram estas ilhas é vasta e as distâncias a percorrer são grandes, porque algumas delas só são acessíveis por barco ou por barco, ou no interior a cavalo, ou seja lá o que for. Mas não há médicos ou pediatras suficientes para termos um pediatra ou uma pessoa com formação em cuidados intensivos nestas áreas. Por isso, temos enfermeiros e postos de enfermagem em muitas das ilhas e aldeias mais remotas. E uma das formações que considero muito benéfica para esses profissionais de saúde é a formação em APL, que foi ministrada a todos os enfermeiros, enfermeiros especializados e estudantes de medicina no último ano de formação. Eles faziam o curso de APL antes de serem enviados para diferentes aldeias e ilhas, porque se tornariam os únicos médicos nessas áreas. Mas isso também significava que, quando esses médicos recém-formados ligavam para um pediatra no continente, eles já tinham feito a maior parte da reanimação e apenas seguiam o algoritmo do pilar A, o que era bastante útil para eles. Eles não precisavam necessariamente intubar, mas colocavam os pacientes em oxigênio, colocavam um intraocci e iniciavam antibióticos. Depois, ligavam e diziam: «Estamos aqui, precisamos de uma equipa de resgate». Existem programas como os APL, que o Trevor mencionou. Existe um manual ou guia azul que lista apenas o tratamento da gastroenterite e da diarreia e como tratá-las com sais de reidratação oral ou fluidos intravenosos. E isso é usado em todos os hospitais, além dos centros de saúde mais pequenos. E também temos outros programas, como o peds basic, que também foi introduzido e que permitiu uma formação adicional de pediatras, anestesistas e também outros médicos, em termos de formação para cuidar de crianças gravemente doentes e como tratá-las numa UCI. E toda essa formação para os nossos profissionais de saúde, sejam enfermeiros, enfermeiros especializados ou médicos, é fantástica porque lhes dá uma ideia da reanimação básica que podem fazer e, pelo menos, podem começar antes de terem mais experiência ou de serem transferidos para um hospital de referência maior.

Emma Haisz

Também ouvi dizer que alguns países, ou alguns serviços de saúde na nossa região, recorreram a um grupo chamado «Taking Pediatrics Abroad» (Levar a Pediatria para o Estrangeiro) para fins educativos. Segundo me disseram, eles têm sessões de formação online disponíveis para enfermeiros e profissionais de saúde afins.

Monica Brooks

Sim, obrigada por mencionar isso. Na verdade, eu esqueci de mencionar. Sim, eles têm realizado programas de ensino e formação bastante regulares para pediatras da região em diferentes especialidades, não apenas tópicos específicos da UTI, mas em todas as especialidades sobre as quais eles têm dúvidas, e também discutem casos. Essa é uma forma de trazer a Austrália e a Nova Zelândia para a sala e para o espaço real, porque eles discutem os pacientes que estão bem à sua frente e podem ter uma ideia se precisam mudar o tratamento ou não. Então, essa tem sido uma ótima iniciativa que foi desenvolvida.

Emma Haisz

Antes de encerrarmos nossa sessão de hoje, há mais alguma coisa que vocês gostariam de compartilhar sobre a educação em prestação de cuidados de saúde ou as parcerias das quais fizeram parte no trabalho que realizaram em Papua-Nova Guiné ou Fiji?

Trevor Duke

É necessária uma abordagem sistêmica para pensar em bons cuidados clínicos, e isso inclui coisas que muitas vezes tomamos como garantidas, que, como sabem, incluem ter algum tipo de sistema de alerta precoce ou sistema MET, ou um sistema de alerta precoce e resposta. Agora, esse tipo de coisas, como sabem, pode ser implementado em contextos onde os recursos são mais limitados e ainda assim fazer

uma grande diferença, porque a detecção de um paciente em deterioração, por exemplo, não é uma inovação técnica ou tecnológica, mas tem sido um aspeto muito importante no tratamento da prevenção da deterioração, na prevenção de doenças graves em muitos países, em países de todo o mundo atualmente, e ter esses tipos de sistemas pode apoiar os recursos humanos, pode apoiar os profissionais de saúde para melhor prevenir mortes, penso eu. Mas há coisas que damos por garantidas, na verdade, e até mesmo coisas como commodities para qualquer avanço tecnológico, seja CPAP ou até mesmo oxigénio, ou ter um engenheiro biomédico disponível para ajudar na manutenção do equipamento. São coisas que damos por garantidas e que, em um nível geral de sistemas, precisam ser abordadas em países que têm ambições para a terapia intensiva pediátrica.

Monica Brooks

Obrigada, Trevor. Na minha perspetiva, acho que é encorajador formar localmente, mas também garantir que haja uma colaboração contínua na região. Mais recentemente, a Faculdade de Medicina de Fiji introduziu um mestrado em cuidados intensivos, que permite que aqueles que têm mestrado em anestesia possam prosseguir com este mestrado. Isso foi uma grande conquista para a escola. No ano passado, eles tiveram os primeiros quatro formandos do programa, três dos quais eram de Fiji. Um era de Tara, o que é ótimo, porque assim todos eles vão para ilhas diferentes e continuam a trabalhar em hospitais de cuidados intensivos, tornando-se líderes em medicina ou formação em cuidados intensivos nos seus países. Em termos de formação, há a formação local encorajadora e a tentativa de ver se, como sabe, a nível nacional e regional, como podemos continuar a apoiar as faculdades de medicina locais, como a PG School of Medicine, ou os seus programas, e garantir que os programas estão ao nível do resto da Oceânia. Penso que isso incentiva mais pessoas a fazer essas formações e a começar a fazê-las. E também focando em vendas adicionais e capacitação. Nós fazemos visitas e chegamos com as nossas próprias equipas internacionais e equipa de enfermagem, e tentamos integrar as equipas locais nessas equipas, para que não as deixemos com todo o conhecimento que trouxemos apenas sobre o que precisam fazer e depois partimos, mas realmente incentivamos as equipas locais a aprender, para que possam então ver como manter o programa, e mais ainda agora neste ambiente em que vejo que o financiamento global para muitos projetos e formações, que é importante para países menos desenvolvidos e com menos recursos, também está a assumir uma forma bastante nova e a ser muito

mais discutido. Por isso, acho que o foco em que realmente precisamos de nos concentrar é garantir que estamos a expandir, que estamos a desenvolver a capacidade deles também, para que, se o financiamento não chegar, não for suficiente, eles possam simplesmente intervir e assumir alguns desses projetos como seus. Porque as formações estão a ser feitas, nós os capacitámos e criámos os programas. E agora, nós que estamos na região podemos simplesmente dizer: Ótimo, agora podemos assumir, porque temos mais pessoal de segurança para construir esses programas, independentemente do objetivo das visitas. E você sabe, Tom, especificamente sobre visitas de cirurgia cardíaca, ou se é cirurgia plástica, ou Traci prepara. Mais recentemente, temos agora um cirurgião vascular em Fiji que acabou de passar um tempo em Melbourne também. Ele fez um estágio de dois anos, então agora ele é uma espécie de líder do programa de cirurgia vascular em Fiji. Portanto, há crescimento em diferentes áreas, não apenas em pediatria, mas também em outras especialidades.

Trevor Duke

Uma última reflexão: talvez devêssemos reimaginar o que a região da Oceania poderia ser nas próximas duas décadas. Poderá ser uma região onde a diferença entre os países em termos de mortalidade infantil e outros resultados de saúde infantil praticamente desapareça. Mas isso só acontecerá com muito mais cooperação e, em geral, as ligações entre o Pacífico, a Austrália e a Nova Zelândia enfraqueceram nos últimos 50 anos, e isso aconteceu por muitas razões, mas agora é um bom momento para repensar essas ligações na educação, na formação e na prestação de serviços de saúde, abordando em conjunto as alterações climáticas e reduzindo as barreiras à cooperação. Essas barreiras são complexas. São legislativas, económicas, estruturais e históricas. Mas se conseguirmos derrubar algumas dessas barreiras e desenvolver na próxima geração a noção de que todos fazemos parte da Oceania, onde as comunidades se ajudam e aprendem umas com as outras, acredito, acredito sinceramente, que isso nos enriquecerá a todos e ajudará a diminuir as disparidades.

Emma Haisz

Obrigada. Quero agradecer a ambos por terem dispensado o vosso tempo para falar comigo hoje. Gostei muito de saber mais sobre os desafios e os sucessos no crescimento e desenvolvimento dos cuidados intensivos pediátricos fora da Austrália e da Nova Zelândia, e tenho a certeza de que os nossos ouvintes irão apreciar o que aprenderam hoje. Obrigada.