

Desafios da Aprendizagem e Adaptação Contínua na Urgência

Challenges of Continuous Learning and Adaptation in the Emergency

Luís Duarte Costa (<https://orcid.org/0000-0001-7798-3672>)

Trabalho em urgência desde que me licenciiei há 22 anos, sou especialista de Medicina Interna (MI) há 14 anos e, nos últimos 6 anos, sou director do serviço de urgência (SU) do Hospital da Luz Lisboa a que chamamos Atendimento Urgente Adultos.

Trabalhar em urgência foi uma das motivações que me levou a escolher MI e identifiquei várias vantagens que acho que todos reconhecemos:

- Trabalho próximo e em equipa, com enfermeiros e médicos com diferentes experiências e conhecimentos;
- Espírito de batalha e adrenalina dos casos difíceis com a satisfação de salvar vidas e sentimento que fazemos a diferença nos doentes que tratamos;
- Doentes com patologia variada e em grande quantidade;
- Discussão de casos clínicos em grupo;
- Disponibilidade imediata de várias técnicas e exames complementares.

Podemos dizer que há uma escola de urgência? Sem dúvida que sim! Todos nos lembramos de vários doentes na urgência que nos ensinaram alguma coisa que nunca mais vamos esquecer. Desde casos mais simples, como uma dor de ouvido por infecção herpes zooster ou uma mononucleose manifestada pelo eritema que surgiu após início de amoxicilina, até situações mais raras ou complexas, como um Addison manifestado por hiponatremia e pele bronzeada ou um doente em choque por anafilaxia.

Mas, cada vez mais, as actuais premissas da urgência estão a impedir a formação, já de si difícil pela actualização constante das ciências médicas. Identifico aqui algumas:

- Afluência excessiva de situações não urgentes que provocam desgaste e não deixam tempo e concentração para o ensino;
- Baixo reconhecimento pelos pares que leva a desmotivação e falta de investimento pessoal nesta área;
- Sem seguimento do acto médico: a maioria dos doentes que observamos não os voltamos a ver;
- Trabalho pontual e equipas heterogéneas com diferentes formações, muitas vezes sinalizado como desvantagem, pode, na verdade, ser uma mais-valia pela diversidade do trabalho e colegas neste período semanal.

Como é que então se superam os desafios de aprendizagem e adaptação contínua num SU?

Para as questões da formação, elaborei alguns pontos que desenvolvo de seguida:

- I. Modelos de Urgência
- II. Especialidades médicas e cirúrgicas e o papel da MI
- III. Avaliação em Urgência

Para as necessidades de adaptação contínua, identifiquei outros:

- IV. Serviço de Urgência no Hospital
- V. Auditoria e reclamações
- VI. Gestão e comunicação

I. Modelos de Urgência.

Em primeiro lugar, temos de saber o que nos é pedido, que é diferente nos diferentes modelos de urgência.

- Modelo “clássico” a MI fica responsável por todos os doentes com patologia médica que serão cerca de 50%-60%. Isto é, não se inclui doentes com história de trauma. É um modelo mais confortável para os Internistas mas com dois tipos de problemas: clínicos, quando a triagem orienta para outra especialidade doentes com trauma ou suspeita de patologia cirúrgica mas que a etiologia é “médica” (o doente que caiu porque teve um AVC ou uma síncope); eficácia/produktividade: médicos generalistas estão mais bem preparados para considerar todas as causas e o doente no conjunto que, no contrário, não acontece (o doente que caiu esperou pela observação de ortopedia que só depois, se tiver sorte, enviou para a MI).
- Modelo “autónomo”: todos os médicos trabalham em exclusivo para o SU. Do ponto de vista de Gestão é o mais atraente, mas, para a equipa médica, a médio prazo não funciona. Se por um lado será mais simples fazer formação a médicos residentes de um serviço, por outro, como qualquer serviço fechado, os médicos perdem capacidades externas ao funcionamento da urgência. Acresce o desgaste permanente do SU que leva a abandonos e equipa residual de menor qualidade. E não esquecer, que nunca haverá um serviço totalmente autónomo para actos muito técnicos e dependentes de experiência acumulada, como cateterismos e cirurgias.
- Modelo “dedicado”: formado por equipas heterogéneas de generalistas que trabalham sempre na mesma equipa e com apoio de várias especialidades em consultoria ou, se adequado, em presença física. Por exemplo, num SU com unidade

Diretor do Serviço de Urgência, Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

<https://doi.org/10.24950/rspmi.1221>

de trauma terão de estar presentes as várias especialidades cirúrgicas envolvidas. Este é o modelo do SU onde trabalho e que, no meu entender, tem mais benefícios e menores riscos. Implica maior carga trabalho para generalistas, mas mais eficiente para o doente e serviço. Necessita de formação para áreas do conhecimento em falta, de acordo com as várias especialidades que formam a equipa e, sobretudo, de uma discussão franca entre os generalistas e outros especialistas para decidir quando referenciar e quando é necessário a sua presença física.

II. Especialidades médicas e cirúrgicas e o papel da MI

Em segundo lugar temos de decidir quais os doentes/ patologias que são da MI, da equipa de generalistas e quais os que devem ser de outra especialidade. Como já disse, deve ficar registado em protocolos de actuação, discutido com as várias especialidades, quando referenciar e com que prioridade, de acordo com a tipologia de urgência de cada hospital. Particular atenção para três áreas de maior afluência: ortopedia, otorrinolaringologia (ORL) e oftalmologia. Será esta a base para avaliar necessidades de formação dos diferentes tipos de médicos generalistas, inseridos em diferentes equipas de urgência.

De uma forma global, a MI orienta os doentes emergentes, a equipa de Generalistas (onde também se incluem Internistas) os restantes e diferencia-se a área de Traumatologia e Pequena Cirurgia, orientada por médicos Generalistas com formação específica ou médicos de Especialidades Cirúrgicas.

Sem hesitação, a MI deve preparar-se para dirigir o SU e chefiar as várias equipas. Para esta função é útil formação específica em comunicação, resolução de conflitos ou mesmo em Gestão Hospitalar. Deve ainda orientar todos os doentes emergentes e estar preparado para consultoria a todos os outros doentes que entram na urgência.

Assim, o curriculum para o trabalho em urgência é o equivalente ao curriculum de MI, com especial foco na fase aguda das patologias médicas e das várias técnicas já associadas à MI, como o suporte avançado de vida, a ecografia “point-of-care”, cateterização veias centrais, drenagem pleural, etc. Acresce o papel cada vez mais relevante na prática de um Internista na consultoria aos doentes cirúrgicos, especialmente os idosos, com multimorbilidade, doentes complexos ou com problemas específicos como os que envolvem anticoagulação ou imunossupressão.

III. Avaliação em urgência

Formar e avaliar são indissociáveis. Assim, devemos incentivar que na Urgência também haja um Tutor, responsável pela avaliação de determinado Interno que deve registar as várias técnicas já referidas e outras menos associadas à MI, tal como as manobras de avaliação e resolução de vertigem, tamponamento de epistaxis, artrocentese, imobilização

ou sutura de feridas simples. Devem ainda estar incluídos vários parâmetros usados em avaliações médicas, tal como a produtividade, pontualidade, assiduidade, relação com pares e outros profissionais, autonomia e responsabilidade, atitude e dedicação.

IV. Serviço de urgência no hospital

Nunca como nos últimos anos com a pandemia COVID-19, foi tão evidente a necessidade de planeamento e organização conjunta do SU com o Hospital. Para além das lições directas sobre prevenção de infeção, gestão de materiais, gestão de recursos humanos e até ergonomia do trabalho, fica a valiosa lição sobre a necessidade de organizar e planear com antecedência e trabalhar em conjunto para a resolução dos problemas. É imperioso manter reuniões regulares com o Departamento de MI, Direção Clínica e com os responsáveis da gestão para garantir o melhor funcionamento da urgência.

Sendo a principal questão dos SU a afluência e acumulação excessiva de doentes, devemos arranjar soluções para responder às necessidades dos doentes que lá se inscrevem por falta de outros recursos e garantir a rápida transferência dos doentes com indicação de internamento. São bons exemplos as consultas “pós-urgência” de várias especialidades, em particular para Ortopedia, Oftalmologia e ORL ou a referenciação aos “Hospitais de Dia”, nomeadamente nas várias áreas da MI, Oncologia, Infecçologia ou Imunoalergologia.

V. Auditorias e reclamações

Outra forma de identificarmos os problemas que nos permitem adaptar a realidade e melhorar o funcionamento dos SU serão as auditorias e a avaliação criteriosa das reclamações.

Para além da auditoria clínica que todos fazemos na relação interpares, devemos promover esse papel no chefe de equipa e reunir com a equipa de enfermagem, comissão de controlo de infeção (PPCIRA) e comissão de Farmácia e Terapêutica para, com ferramentas electrónicas adequadas, auditar e corrigir prescrições de antibióticos, de exames complementares de diagnóstico (por exemplo nos electrocardiogramas ou radiografias de tórax) ou de terapêutica de diversas patologias.

A avaliação das reclamações permite-nos conhecer a perspectiva do doente. Devemos informar sempre quem está envolvido e identificar se houve alguma falha para que se possa corrigir. Na minha experiência, a esmagadora parte das reclamações é associada à falha de comunicação e não a algum erro médico. Por isso é tão importante criar documentos com informação dos principais diagnósticos de alta e imprimir os registos de urgência onde devemos explicar as decisões tomadas e as recomendações para ambulatorio.

VI. Gestão e comunicação

Por fim, para conseguir gerir um serviço tão complexo como o da Urgência, é fundamental conseguir agregar todos os intervenientes, em particular os médicos, para o mesmo propósito. Para isso é fundamental fixar objectivos, medir os vários parâmetros e comunicar os resultados a todos, de forma clara e transparente.

Defendo que todos saibam todos os resultados do serviço, desde os tempos de espera para as várias fases do percurso do doente (triagem, avaliação médica, exames complementares e duração do episódio), à tipologia de doentes e produtividade de cada médico, até aos diagnósticos mais frequentes de alta ou de internamento. Caberá depois ao director de serviço e chefe de cada equipa, dar a importância relativa de cada parâmetro às diferentes equipas e aos diferentes médicos escrutinados. Sempre de forma construtiva e, quando adequado, de forma elogiosa, promovendo o brio e mérito.

Em conclusão, a formação em urgência deve ser uma prioridade de todo o Hospital e, em particular, do Departamento de MI de que o SU faz parte. Cada SU deve identificar o melhor modelo de funcionamento e proporcionar tempo e ferramentas de formação a todos os médicos que lá trabalham. Seja formação teórica, em ambiente de simulação ou em estágios práticos. Devem existir protocolos de actuação e referência para outras Especialidades e, quando adequado, formação em áreas específicas que permitam ganho de autonomia e eficiência. Em contrapartida, todo o Hospital tem de apoiar o SU neste objectivo, com planeamento de várias soluções que permitam uma rápida drenagem dos doentes que lá se inscrevem e de métodos de avaliação e auditoria que melhorem o funcionamento do serviço. Deve

ser reconhecido o papel de chefe de equipa e fomentado o brio e mérito dos médicos que trabalham num serviço tão estimulante quanto desgastante. ■

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proveniência e Revisão por Pares: Comissionado; sem revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Commissioned; without external peer review.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Lúis Duarte Costa - ldcosta@hospitaldaluz.pt

Diretor do Serviço de Urgência, Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

Av. Lusíada 100. 1500-650 Lisboa

Recebido /Received: 2022/10/31

Aceite / Accepted: 2022/11/03

Publicado / Published: 2022/12/19